



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

บทความวิจัย

- ➡ ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- ➡ การพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- ➡ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- ➡ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
- ➡ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
- ➡ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก
- ➡ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์
- ➡ ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- ➡ ประสิทธิภาพของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว
- ➡ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
- ➡ ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ➡ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บ
- ➡ คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ของสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน
- ➡ การพัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ส่งเสริมสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

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 เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์การการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

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

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดาราพร คงจา

ดร. ธีรพร สติธอังกฤษ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. มัทนา เหมชะญาติ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข

ดร. เชษฐา แก้วพรม

ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร. นุสรุา ประเสริฐศรี

ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง

รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ

รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์

ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

ดร. กীরติ กิจธีระวุฒิมงษ์

รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวน

ผศ. สมศักดิ์ วงศาวาส

ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกูริมาน

ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา

ดร. ชินกร สุจิมงคล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข

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 34 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567 ISSN 2673-0693

1. รศ.ดร. วันเพ็ญ ภิญญาโณภาสกุล
 2. รศ.ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี
 3. รศ.ดร. พิริยา ศุภศรี
 4. รศ.ดร. สุภาพ ไทยแท้
 5. รศ.ดร. ธัญชัย บุญหนัก
 6. รศ.ดร. ศรีัญญา จุฬาริ
 7. ผศ.ดร. อัครินี ตันกฤษิมาณ
 8. ผศ.ดร. ดวงเนตร ธรรมกุล
 9. ผศ.ดร. พีระนันท์ จิระยิ่งมงคล
 10. ผศ.ดร. ดวงพร ปิยะคง
 11. ผศ.ดร. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร
 12. ผศ.ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข
 13. ผศ.ดร. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
 14. ผศ.ดร. รุ่งนภา เขียวชะอุ่ม
 15. ผศ.ดร. อุตม์ชญาณี อินทเรือง
 16. ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास
 17. ดร. นกตล เลือดนักรบ
 18. ดร. ปวงกมล กฤษณบุต
 19. ดร. อรทัย เทียงธรรม
 20. ดร. พิมพ์มล วงศ์ไชยา
 21. ดร. มั่นทนา เหมชะญาติ
 22. ดร. ชดช้อย วัฒนชะ
 23. ดร. ชลียา วามะลุน
 24. ดร. โสภิต พัททิหมิน
 25. ดร. เชษฐา แก้วพรหม
 26. ดร. นุสรุา ประเลิฐศรี
 27. ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา
 28. ดร. สุวัฒนา เกิดมัวง
 29. ดร. อรัญญา นามวงค์
 30. ดร. ดลนภา ไชยสมบัติ
 31. ดร. ชินกร สุจิมงคล
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์เกี่ยวกับการุณย์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนชบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอุดรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
นักวิชาการอิสระ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนแพร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพะเยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพะเยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....1
ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- การพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....13
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน.....26
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤต.....40
ทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก.....55
- ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก.....68
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด.....82
และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก.....98
ก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- ประสิทธิภาพของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว.....114
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.....127
- ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019...139
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน.....125
ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บ
- คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ของสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน.....164
- การพัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ส่งเสริมสมรรถนะผู้นำ.....180
ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ



บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 3 ปีที่ 34 กันยายน – ธันวาคม 2567 นี้เป็นการตีพิมพ์เผยแพร่รายงานวิจัยที่ได้รับการกลั่นกรองตามระบบของวารสารฯ จำนวนทั้งสิ้น 14 เรื่อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสาระที่มีความหลากหลายทั้งทางการพยาบาล และการสาธารณสุข โดยบทความแต่ละเรื่องนั้น ได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อการสนับสนุนให้มีการเผยแพร่บทความวิจัยที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนางานด้านการพยาบาล และการบริการสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ในนามกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนทุกท่าน ที่ได้นำเสนอบทความที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการด้านสุขภาพ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขอีกในฉบับต่อไป นอกจากนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการพิจารณาบทความพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น สำหรับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการในปีหน้า วารสารฯ อาจมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับไปบ้างเพื่อความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป แต่อย่างไรก็ดีบรรณาธิการและคณะทีมงานจะยังคงมุ่งมั่นในการรักษาและส่งเสริมมาตรฐานการเผยแพร่ผลงานวิชาการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่ได้รับความสนใจจากผู้สนับสนุนและผู้สืบค้น ซึ่งจะส่งผลให้การอ้างอิงและการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้มีเป็นไปอย่างกว้างขวางมากขึ้น อันจะเป็นการช่วยส่งเสริมวงจรกิจกรรมของวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น และเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อวงวิชาการด้านการพยาบาลและการสาธารณสุขสืบไป

ดร. มณฑนา เหมชะญาติ

บรรณาธิการ



ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

The Effects of a Group Psychoeducation Program on Depressive Symptoms and Self-Care Behaviors of Older Adults with Depressive Disorder

พิชยานิกา เชื้อกาญจน์¹, รังสิมันต์ สุนทรไชยา², สารรัตน์ วุฒิอาภา³

Pitchayanika Chuakan¹, Rangsiman Soonthornchaiya², Sararud Vuthiarpa³

¹นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

¹Student of M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) Faculty of nursing, Thammasat University

²Faculty of nursing, Thammasat University ³Faculty of nursing, Rattana Bundit University

Corresponding author: Rangsiman Soonthornchaiya; Email: Srangsiman@yahoo.com

Received: June 5, 2024 Revised: July 25, 2024 Accepted: July 30, 2024

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 64 คน จากคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบประเมิน เท่ากับ .93 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพหุนาม (MANOVA) ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความแตกต่างกันทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ผู้สูงอายุ; โรคซึมเศร้า; สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม



The Effects of a Group Psychoeducation Program on Depressive Symptoms and Self-Care Behaviors of Older Adults with Depressive Disorder

Pitchayanika Chuakan¹, Rangsiman Soonthornchaiya², Sararud Vuthiarpa³

¹Student of M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) Faculty of nursing, Thammasat University

²Faculty of nursing, Thammasat University ³Faculty of nursing, Rattana Bundit University

Corresponding author: Rangsiman Soonthornchaiya; Email: Srangsiman@yahoo.com

Received: June 5, 2024 Revised: July 25, 2024 Accepted: July 30, 2024

Abstract

Older adults with major depressive disorder need a psychoeducation promoting self-care behaviors. This quasi-experimental research design aims to investigate the effects of a group psychoeducation program on depressive symptoms and self-care behaviors among older adults with depressive disorder. The participants were 64 patients, age over 60, from the outpatient psychiatric clinic at the hospital in Ubonratchathani. These were randomly assigned to an experimental group (n = 32) and a control group (n = 32). The research instruments were the following: 1) An applied program based on transformative model whose content was validated by three experts. 2) The depressive symptoms inventory for Thai older persons with depressive disorder. The reliability of this inventory was determined by a Cronbach's alpha coefficient of .93. 3) Self-care behavior assessment, which also analyzed precision Cronbach's alpha coefficient was .74. The data were evaluated using descriptive statistics and multinomial analysis of variance (MANOVA). The results of the research can be summarized as follows: The mean depressive symptoms scores and self-care behaviors of the older adults with depressive disorder in the experimental group on the posttest were different from the mean depressive scores and self-care behaviors on the pretest. After participating in a group psychoeducation program, the mean depressive scores and self-care behaviors were different from those mean scores of the control group receiving regular nursing care at a statistical significance level of .05. In conclusion, a group psychoeducation program can be used as an alternative nursing activity to reduce the depressive symptoms and increase the self-care behavior of older adults with depressive disorder.

Keywords: self-care behavior; elderly; major depressive disorder; group psychoeducation



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อประชากรมากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาอันดับ 1 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช² จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 และพบได้มากในประชากรวัยสูงอายุ³ สอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทยที่เข้าถึงบริการสะสม พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมของไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562-2566 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมจำนวน 1,249,883 คน, 1,354,047 คน, 1,474,408 คน, 1,489,527 คน และ 1,542,384 คน ตามลำดับ⁴ ซึ่งพบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนถึงร้อยละ 25.61⁵ อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับความคิดปกติกของความคิด ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น⁶ สอดคล้องกับรายงานของจากกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 91,139 คน เป็นผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตาย 2,309 คน⁷ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมักเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เกิดความเบื่อหน่ายในการดำเนินชีวิตหลังเข้าสู่วัยชรา และรู้สึกไม่มีคุณค่า⁸

ด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนเซลล์สมองที่ลดลงของผู้สูงอายุหรือแม้กระทั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์อย่างซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) และ โดปามีน (dopamine) ที่ปริมาณลดลง ความรู้สึกไม่มีคุณค่า การพลัดพรากหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาท จากที่เคยเป็นผู้ดูแลทุกคนในครอบครัวกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งอาศัย รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ⁹ เหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ว่าเหว รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เศร้า และนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด¹⁰

การให้สุขภาพจิตศึกษา ช่วยให้มีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ในการจัดการปัญหา โอเร็ม¹¹ กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องเกิดจากประสบการณ์ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้จะเกิดการกระตุ้นความคิดและความรู้สึกออกมาเป็นพฤติกรรม หากบุคคลมีการรับรู้ตนเองและมีประสบการณ์ในด้านลบ ย่อมส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกของพฤติกรรมในด้านลบ นั่นคือ มีอาการซึมเศร้ามากขึ้นและมีการดูแลตนเองลดลง การบำบัดบุคคลเหล่านี้จึงต้องเน้นที่การรับรู้และยอมรับภายในตัวบุคคล เพื่อนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และเห็นคุณค่าในตนเอง

จากการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมที่เข้าถึงบริการในโรงพยาบาล เท่ากับ 51,729 คน 55,116 คน 57,906 คน 57,516 คน และ 59,549 คน ตามลำดับ⁴ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยปี พ.ศ. 2563 จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 21,697 ราย เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศวร้อยละ 56.99⁴ ซึ่งมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น จากการสัมภาษณ์บุคลากรในคลินิกสุขภาพจิตเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัญหาหลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ ผู้ป่วยไม่มาตามนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และกลับเป็นซ้ำหรือกลับมารักษาซ้ำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น การรักษาที่ได้รับจะเน้นการรักษาด้วยยามากกว่า การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเน้นให้ผู้สูงอายุดูแลและจัดการปัญหาด้วยตนเองไม่พึ่งพาผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษามาใช้ในการลดอาการซึมเศวร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยผู้สูงอายุโรคซึมเศวเกิดการรับรู้ยอมรับ และเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นของตนเอง เกิดประสบการณ์



และทักษะในการจัดการปัญหา จนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับศักยภาพของตนเองผ่านกระบวนการกลุ่ม ที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมแรงทางบวกภายในกลุ่ม เกิดเป็นพลังกายและพลังใจในการเผชิญ อากาการซึมเศร้าและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างกัน
2. อาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

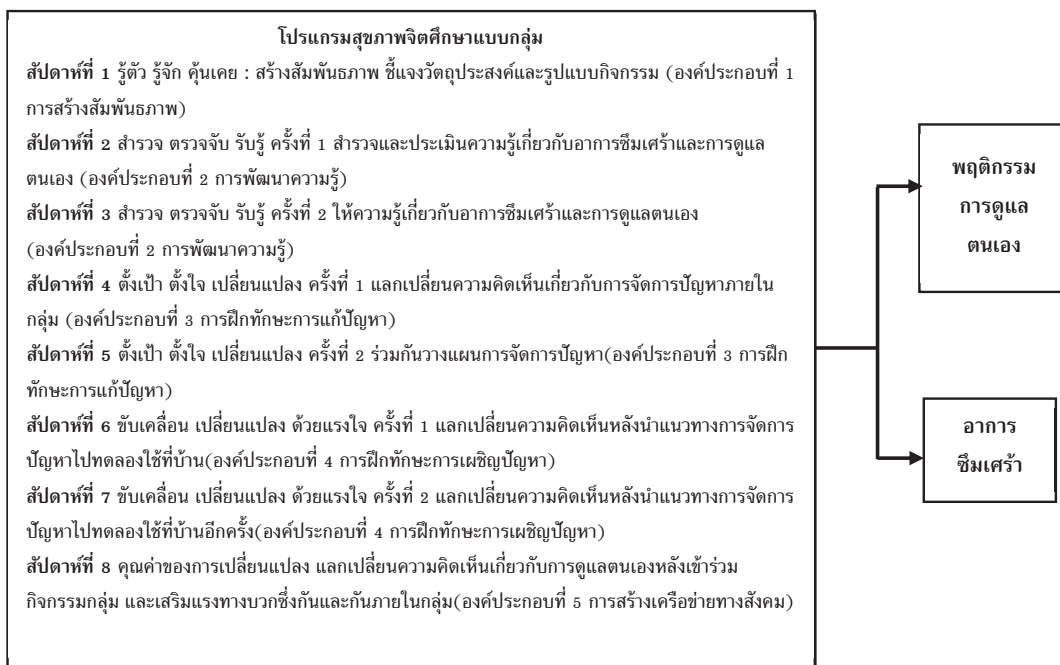
การศึกษานี้ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน¹² เป็นกระบวนการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ โดยเน้นที่อาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้น และการจัดการกับปัญหานั้นๆ แอนเดอร์สันได้นำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา มาใช้ครั้งแรกกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทจนแนวคิดนี้แนวคิดนี้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายเนื่องจากการบำบัดที่มีระบบ และกระบวนการชัดเจนตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (joining) องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) องค์ประกอบที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills) องค์ประกอบที่ 4 การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skills) และองค์ประกอบที่ 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support)

โปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เริ่มด้วยการทำความรู้จักกันและสร้างข้อตกลงภายในกลุ่มร่วมกัน เกิดสัมพันธภาพอันดีงาม เกิดความไว้วางใจ สมาชิกเต็มใจที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ก่อเกิดเป็นบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับตนเองและผู้อื่น ผ่านการแลกเปลี่ยนเหตุการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เพื่อทบทวนปัญหาและผลกระทบของโรคซึมเศร้า เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการเผชิญปัญหา

จากนั้นให้ตั้งเป้าหมายของตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง แล้วนำแนวทางการเปลี่ยนแปลงตนเองไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน แล้วนำผลการปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกอื่น โดยผู้วิจัยคอยชี้แนะ และส่งเสริมให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพของตนเอง และเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ตัวสมาชิกเอง ไม่เปลี่ยนแปลงผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม เมื่อสมาชิกเปลี่ยนแปลงตนเองตามเป้าหมายและแนวทางที่ตนเองวางแผนไว้ จะส่งผลให้เกิดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงภายในและแสดงพฤติกรรมใหม่ออกมา แล้วนำผลที่ได้จากการเปลี่ยนแปลง มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ผ่านการชื่นชมการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งช่วยให้สมาชิก มีกำลังใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ทบทวนการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้น ประเมินความพร้อมในการ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน



นอกจากนี้ผู้วิจัยยังกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นผ่านแรงสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม เมื่อมีการจัดกระทำกับองค์ประกอบทั้ง 5 ประการแล้ว จะส่งผลให้เกิดการรับรู้และการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง เกิดประสบการณ์จนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น⁹ ดังแผนภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งโดยมีกลุ่มควบคุม (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไประดับ s (standard - level hospital) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้ Test family : F-test, Statistic test : MANOVA: Global effects, Type of power analysis: A priori: Compute required sample size กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.9 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติหรือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .01 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .34 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีระดับอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง วัดด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม วัดด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination: TMSE) 3) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยกับผู้อื่นได้เข้าใจ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ที่พัฒนาขึ้นโดย รังสิมันต์ สุนทรไชยา และคณะ¹³ ซึ่งเป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าหรือติดตามผลการรักษา ในกลุ่มเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของไทย โดยวัดความรุนแรงและความถี่ของอาการซึมเศร้า มีคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ วิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

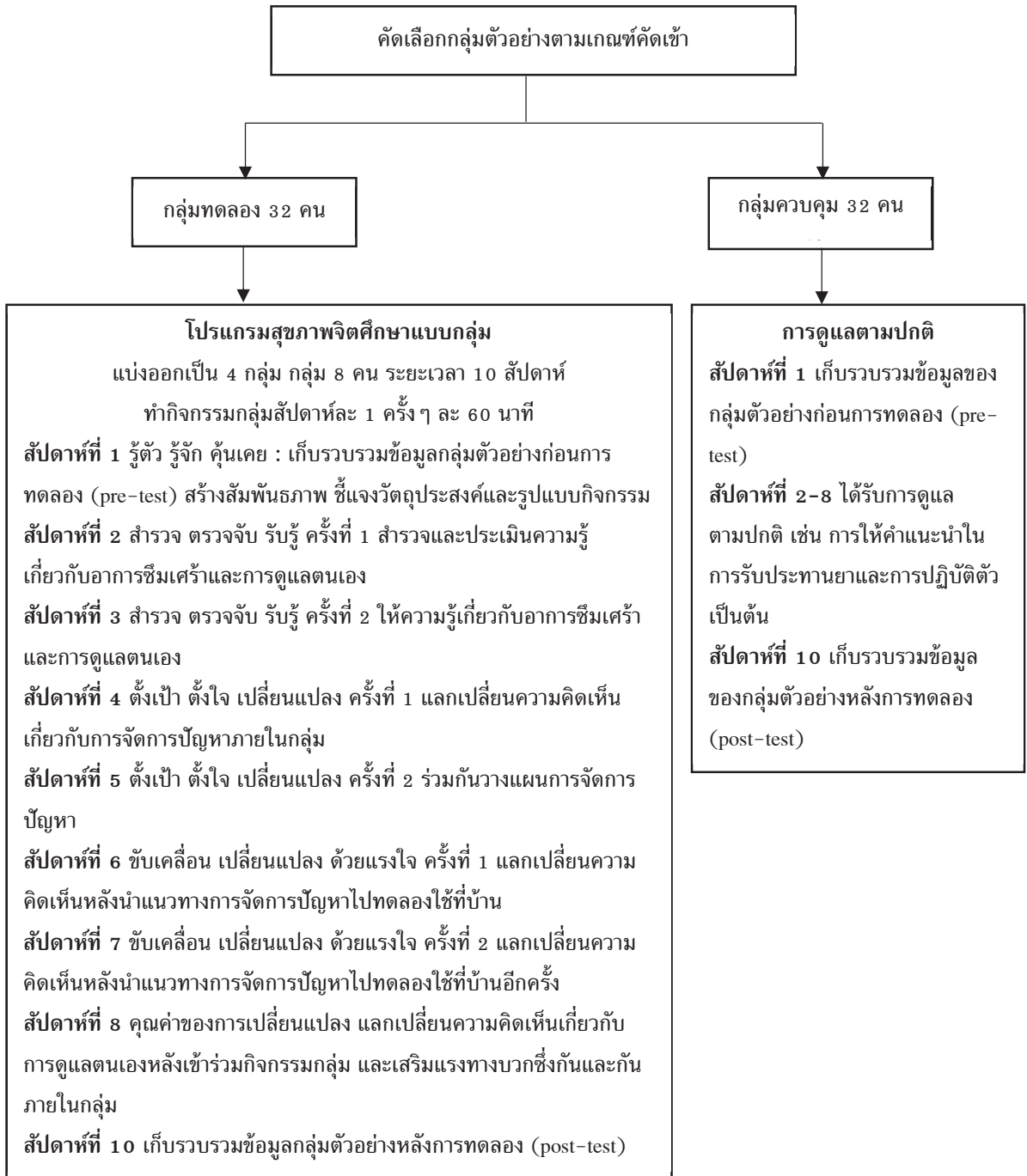
2) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง¹⁴ การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ (health deviation self-care) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยที่ข้อที่ 1-7 เป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ข้อที่ 8-12 เป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการของชีวิต ข้อที่ 13-16 เป็นการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา .74 อาจเป็นผลมาจากแบบประเมินนี้ยังไม่ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายและยังไม่ได้มีการปรับแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .94

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 รู้ตัว รู้จัก ค้นเคย กิจกรรมที่ 2 สำรวจ ตรวจจับ รับรู้ กิจกรรมที่ 3 ตั้งเป้า ตั้งใจ เปลี่ยนแปลง กิจกรรมที่ 4 ขับเคลื่อน เปลี่ยนแปลง ด้วยแรงใจ กิจกรรมที่ 5 คุณค่าของการเปลี่ยนแปลง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยแนวคิดซาเทียร์ 1 ท่าน และจิตแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ท่าน พบว่า ความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือในภาพรวมยังมีบางส่วนต้องปรับให้เหมาะสม ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมด้านกิจกรรม แล้วนำโปรแกรมฯไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า รูปแบบของกิจกรรมควรปรับเป็นการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่า การเขียนหรือวาดภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ สายตาไม่ดี ทำให้ไม่สะดวกในการทำกิจกรรมในรูปแบบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น มาปรึกษาและปรับให้เหมาะสมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ตามใบรับรองโครงการวิจัย COA No. 059/2566 รหัสโครงการวิจัย 66NU019 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ SSJ.UB 2566-010 ผู้วิจัยทำหนังสือไปยังโรงพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย แล้วคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย จากนั้นคัดเลือกผู้สูงอายุที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้อาสาสมัครวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (pre-test) สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้ช่วยวิจัยจะรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในแผนภาพ





การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variances: MANOVA)

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้ ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	ตัวแปรตาม		Type Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	อาการซึมเศร้า	ก่อนทดลอง	.063	1	.063	.000	.991
		หลังทดลอง	2388.766	1	2388.766	5.110	.027
	พฤติกรรม การดูแล ตนเอง	ก่อนทดลอง	1.563	1	1.563	.068	.795
		หลังทดลอง	328.516	1	328.516	16.293	.000
ความคลาดเคลื่อน	อาการซึมเศร้า	ก่อนทดลอง	28577.938	62	460.934		
		หลังทดลอง	28982.344	62	467.457		
	พฤติกรรม การดูแล ตนเอง	ก่อนทดลอง	1424.375	62	22.974		
		หลังทดลอง	1250.094	62	20.163		
รวม	อาการซึมเศร้า	ก่อนทดลอง	176034.000	64			
		หลังทดลอง	161963.000	64			
	พฤติกรรม การดูแล ตนเอง	ก่อนทดลอง	79686.000	64			
		หลังทดลอง	88825.000	64			

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $F=.000$, $Sig=.991$ และ $F=.068$, $Sig=.795$ ตามลำดับ และพบว่าหลังการทดลอง คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $F=5.110$, $Sig=.027$ และ $F=16.293$, $Sig=.000$ ตามลำดับ สรุปได้ว่า อาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	สถิติทดสอบ	Value	F	Sig.
กลุ่ม	Pillai's Trace	.728	39.537	.000
	Wilks' Lambda	.272	39.537	.000
	Hotelling's Trace	2.680	39.537	.000
	Roy's Largest Root	2.680	39.537	.000

จากตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกใช้สถิติ Pillai's Trace พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Pillai's Trace=.728, F=39.537, p=.000) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม คะแนนอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ยวงเดชกล้า และอภิญญา ตันเจริญ¹⁵, Sushil Kumar Maheshwari, Rintu Chaturvedi, Preksha Sharma¹⁶ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีอาการซึมเศร้าลดลง เป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ แอนเดอร์สัน และคณะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (joining) มี 1 กิจกรรม คือ รู้ตัว รู้จัก ค้นเคย เป็นการทำความรู้จักกันและสร้างข้อตกลงภายในกลุ่มร่วมกันระหว่างสมาชิก เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่น เกิดความไว้วางใจ สมาชิกเต็มใจที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ก่อเกิดเป็นบรรยากาศแห่งการเรียนรู้จากประสบการณ์ เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับตนเองและผู้อื่น การศึกษาของอเล็กซานดร้า วูด และคณะ¹⁷ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลงได้ และการศึกษาของอลิซาเบธ ชรามม์¹⁸ พบว่าการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้ามากกว่าการดูแลตามปกติ

องค์ประกอบ 2 การพัฒนาความรู้ (education) มี 2 กิจกรรม คือ สสำรวจ ตรวจสอบ รับรู้ กิจกรรมที่ 1 เป็นการสำรวจและประเมินความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีต กิจกรรมที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ช่วยเติมเต็มความรู้ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เกิดการรับรู้ยอมรับและเข้าใจสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า รวมถึงการดูแลตนเอง แต่ยังคงต้องเพิ่มเติมและเน้นย้ำในบางประเด็น โดยเฉพาะการหยุดรับประทานยาเองและการลี้ภัยรับประทานยา



องค์ประกอบ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) มี 2 กิจกรรม คือ ตั้งเป้าตั้งใจเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ 1 เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการปัญหาภายในกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 เป็นการร่วมกันวางแผนการจัดการปัญหา องค์ประกอบนี้จะให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการปัญหาตามศักยภาพของตนเองผ่านประสบการณ์หรือเหตุการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เพื่อทบทวนปัญหาและผลกระทบของโรคซึมเศร้า และให้วางแผนการนำแนวทางการแก้ปัญหาที่เลือกไปใช้ในการลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง มุ่งเน้นการจัดการปัญหาที่ตนเองไม่เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น องค์ประกอบนี้ใช้เวลาค่อนข้างมากในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการปัญหาของแต่ละคน มีทั้งการจัดการปัญหาที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการชี้ให้ผู้สูงอายุที่จัดการปัญหาไม่เหมาะสมเห็นถึงแนวทางหรือวิธีการใหม่ที่จะจัดการปัญหาให้เหมาะสมตามศักยภาพของบุคคลนั้น

องค์ประกอบ 4 การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skills) มี 2 กิจกรรม คือ ขับเคลื่อน เปลี่ยนแปลงด้วยแรงใจ กิจกรรมที่ 1 เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังนำแนวทางการจัดการปัญหาไปทดลองใช้ที่บ้าน กิจกรรมที่ 2 เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังนำแนวทางการจัดการปัญหาไปทดลองใช้ที่บ้านอีกครั้งแล้วนำคำแนะนำจากสมาชิกกลุ่มไปปรับใช้ในการเผชิญปัญหา เมื่อการนำแนวทางการจัดการปัญหาไปทดลองใช้จริง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาที่มีอยู่

องค์ประกอบ 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) มี 1 กิจกรรม คือ คุณค่าของการเปลี่ยนแปลงเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเสริมแรงทางบวกซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง ประกอบกับสัมพันธ์ทางอดีต การชื่นชมและการให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดรับรู้ว่าคุณค่าและรักตนเองมากขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น การศึกษาของแฮร์ริสและคณะ¹⁹ พบว่าสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง สัมพันธภาพทางสังคมที่ดีส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น และการศึกษาของจิตริตัน ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม²⁰ พบว่า การไม่เห็นคุณค่าในตนเองส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช หากผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงได้

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าควบคู่กับการดูแลตนเองผ่านสัมพันธ์ทางอดีตมาก่อนเกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม เกิดประสบการณ์ตรงในการคิดและลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยตนเองไม่พึ่งพาผู้อื่น เกิดความภาคภูมิใจในสิ่งตนเองทำได้สำเร็จ มีพลังกายและพลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมมากขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพิจารณารูปแบบของโปรแกรม โดยทำกิจกรรมกลุ่ม ขนาดกลุ่ม 4-6 คน และควรจำกัดเวลาในการมีส่วนร่วมของกิจกรรมให้เท่ากัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีส่วนร่วมกิจกรรมครบทุกคนตามเวลาที่กำหนดและไม่เกิดอาการเหนื่อยล้าจากการทำกิจกรรมกลุ่ม
2. ควรมีการศึกษาเพื่อต่อยอดหรือพัฒนาโปรแกรม โดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ



References

1. Alan K. Davis, Frederick S. Barrett, Darrick G. May, Mary P. Cosimano, Nathan D. Sepeda, Matthew W. Johnson, Patrick H. Finan, Roland R. Griffiths. Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2021;78(5):481-9.
2. World Health Organization. Depression[*internet*]. 2020 [cited 30 September 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Somruethai J, Jinjutha CD, Pornpat H. Predictive factors on resilience among older adults with depression Bangnampriao District, Chachoengsao Province. *Vajira Nursing Journal* 2019;21(2):51-66.(in Thai)
4. Information Technology and Communication Center, Ministry of Public Health. Statistical manual of depression[*internet*].2024 [cited 12 July 2024]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=61a59cc4548076dfa9efdc0ecb86f91b.(in Thai)
5. Wichitr P, Adchara K, Worawut S, Onanong N, Sunisa K. Prevalence and factors related to depression among elderly people in community hospitals. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020;7(2):114-26.(in Thai)
6. Taylor WD. Depression in the elderly. *New England Journal of medicine* 2014;371(13):1228-36.
7. Department of Older Persons. Statistical manual of depression in older persons[*internet*].2023 [cited 28 April 2024]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=3&id=2531.(in Thai)
8. Information Technology and Communication Center, Ministry of Public Health. Statistical manual of suicide[*internet*].2018 [cited 30 September 2023]. Available from: http://www.suicidethai.com/web_suicide/index.php/viewnew/form/detail_id/391.
9. Rawlins RP, Williams SR, Beck CK. *Mental health psychiatric nursing: a holistic life cycle approach*. 3rd ed.St. Louis: Mosby- Yearbook, Inc;1988.
10. Bangkok Health Research Center. Aging health care [*internet*]. 2020 [cited 30 September 2023]. Available from: <https://www.bangkokhealth.com/17310>
11. Orem DE. *Nursing: Concept of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby Yearbook. 1991.
12. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing* 2001;30(1): 13-7.
13. Rangsiman S, Thoranin K, Suwanna A, Wasinee W, Supattra S, Jintana L. The development and construct validity testing of depressive symptom inventory for Thai older persons with depressive disorders. *The journal of psychiatric nursing and mental health* 2018;32(2):100-12.(in Thai)
14. Prayong H. *Self-care behaviors on life satisfaction of the elderly in the garden Province Mahasarakham*. Mahasarakham: Faculty of Education, Rajabhat Mahasarakham University. 2013.(in Thai)
15. Singh A, Srivastava S, Singh B. Effect of psychoeducation on short-term outcome in patients with late life depression: A randomized control trial – Protocol. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2020;9(7):3299-303.



16. Maheshwari SK, Chaturvedi R, Sharma P. Effectiveness of psycho-educational intervention on psychological distress and self-esteem among resident elderly: a study from old age homes of Punjab, India. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2021; 11:1-5.
17. Woods A, Liles B, Guillod A, Helen C. Kales HC, Sirey JA. Perceived social support and interpersonal functioning as predictors of treatment response among depressed older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021;29(8):843-52.
18. Schramm E, Mack S, Thiel N, Jenkner C, Elsaesser M, Fangmeier T. Interpersonal psychotherapy vs. treatment as usual for major depression related to work stress: a pilot randomized controlled study. *Front. Psychiatry* 2020;11: 1-8.
19. Harris MA, Orth U. The link between self-esteem and social relationships: a meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology* 2020;119(6):1459-77.
20. Thitirat C, Laeheem Kasetchai L. Psychosocial affecting the depression among the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Social Science, Law and Politics* 2021;5(2):53-70.(in Thai)



การพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Development of Food Application Knowledge for Hypertensive Patients

สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์¹, อมรัตน์ นระสนธิ¹

Somluk Tepsuriyanont¹, Amornrat Natason¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

Corresponding author: Somluk Tepsuriyanont; Email: somluk.t@ubu.ac.th

Received: January 30, 2024 Revised: June 25, 2024 Accepted: August 20, 2024

บทคัดย่อ

การพัฒนาเทคโนโลยีให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน 3) ประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 130 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนสองแห่ง ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ตรวจสอบสภาพปัญหาและความต้องการใช้แอปพลิเคชัน 2) ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชัน 3) ทดลองใช้แอปพลิเคชัน และ 4) ประเมินผลการใช้แอปพลิเคชัน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจความต้องการใช้แอปพลิเคชัน แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน แบบประเมินความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติทดสอบที่ ผลการศึกษาพบว่า 1) แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควรรับประทาน และอาหารที่ควรลดหรือหลีกเลี่ยง คุณภาพโดยรวมของแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.65, SD=.31) 2) หลังใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.38, SD=.46)

คำสำคัญ: ความรู้เรื่องอาหาร; พฤติกรรมการบริโภค; โรคความดันโลหิตสูง; แอปพลิเคชัน



Development of Food Application Knowledge for Hypertensive Patients

Somluk Tepsuriyanont¹, Amornrat Natason¹

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

Corresponding author: Somluk Tepsuriyanont; Email: somluk.t@ubu.ac.th

Received: January 30, 2024 Revised: June 25, 2024 Accepted: August 20, 2024

Abstract

Development of innovation enhancing people's food knowledge for hypertensive people is alternative strategy for changing consumption behaviors and for controlling hypertension. This research is a research and development study. The objectives are: 1) to develop a food knowledge application for patients with hypertension, 2) to compare knowledge before and after using the application, and 3) to assess user satisfaction with the application. The sample group consists of 130 patients with hypertension who received services at two sub-district health-promoting hospitals, undergoing four research phases: 1) needs assessment, 2) application design and development, 3) application usability testing, and 4) evaluation of application effectiveness. Research tools included surveys on application usage preferences, the developed nutritional education application, application quality assessment, nutritional knowledge evaluation, and user satisfaction assessment. Results revealed that the developed application contained comprehensive content covering the benefits of foods for hypertensive patients, hypertension-fighting foods, sodium and salt quantities in foods, recommended and restricted food types. Overall, the quality of the nutritional education application for hypertensive patients was rated as excellent (Mean=4.65, SD=.31). Furthermore, statistically significant improvement in nutritional knowledge was observed after application usage ($p<.01$). Moreover, user satisfaction with the application was notably high (Mean=4.38, SD=.46), indicating a positive reception among the study sample.

Keywords: application; consumption behaviors; food knowledge; hypertension



ความเป็นมาและความสำคัญ

การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นเรื่องสำคัญของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ได้แก่ การลดน้ำหนัก การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์² การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต³ โดยการรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ทุกมื้อ รับประทานผักและผลไม้เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพร บริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2 กรัม¹ มีการศึกษาพบว่าการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดความดันโลหิตได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท การงดเค็ม/งดอาหารที่มีโซเดียมสูงสามารถลดความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท และลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สามารถลดความดันโลหิตลงได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท⁴ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง⁵⁻⁶ ถึงระดับดี⁷⁻⁸ โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ รับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารเช้าที่ใส่กะทิ รับประทานผักตองและผลไม้ต้อง รับประทานผักใบเขียว รับประทานปลาร้า ปลาทู ปลาเค็ม รับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอด รับประทานอาหารไขมันสูง พฤติกรรมบริโภคอาหารที่อยู่ในระดับต่ำได้แก่ รับประทานอาหารเช้าที่ปรุงด้วยผงชูรส ผงปรุงรส ชุปก้อน⁶ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งยังขาดองค์ความรู้ในการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม⁹

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร⁸ แสดงว่าถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้การบริโภคอาหารจะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการบริโภคอาหารให้เหมาะสมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ส่วนใหญ่การให้ความรู้การบริโภคอาหารเป็นเอกสาร¹⁰⁻¹² ผลการศึกษาพบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการให้ความรู้ที่เป็นเอกสารมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่สะดวกในการพกพา ผู้ป่วยลืม มีค่าใช้จ่ายสูงจากการใช้กระดาษ และเมื่อถูกพิมพ์ไปแล้วไม่สามารถเพิ่มข้อมูลใหม่ได้¹³

ปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น สามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ โดยการใช้เทคโนโลยีได้ง่ายมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีจึงเป็นทางเลือกที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนเป็นระบบที่นิยมประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องด้วยการใช้สมาร์ตโฟนได้รับความนิยมมากขึ้น การดาวน์โหลดแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงได้รับความนิยมมากขึ้นเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบการให้ความรู้ทางสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่แบบตัวต่อตัว หรือการให้ความรู้ผ่านเอกสารที่เป็นกระดาษกับการให้ความรู้โดยใช้เทคโนโลยีพบว่าการให้ความรู้ผ่านเทคโนโลยี บุคลากรทางสุขภาพสามารถเลือกวิธีการให้ความรู้ได้มากขึ้น ทั้งการใช้ภาพวิดีโอ คลิปเสียงรวมทั้งการใช้เนื้อหาจากแอปพลิเคชันต่าง ๆ ช่วยเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และสามารถสร้างวิธีการประเมินผลได้หลากหลายรูปแบบ¹⁴ นอกจากนี้ยังมีการออกแบบที่น่าสนใจ สะดวกต่อการพกพา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน¹³

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ทำให้ความรู้ของผู้ใช้แอปพลิเคชันเพิ่มขึ้น เช่น แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ¹⁵ แอปพลิเคชันการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ¹⁶ แอปพลิเคชันเรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ¹⁷ แอปพลิเคชันความรู้โรคหืดและการจัดการโรคหืด¹⁸ แอปพลิเคชันเรื่องการคลอดก่อนกำหนด¹⁹ แอปพลิเคชันความรู้การป้องกันและ



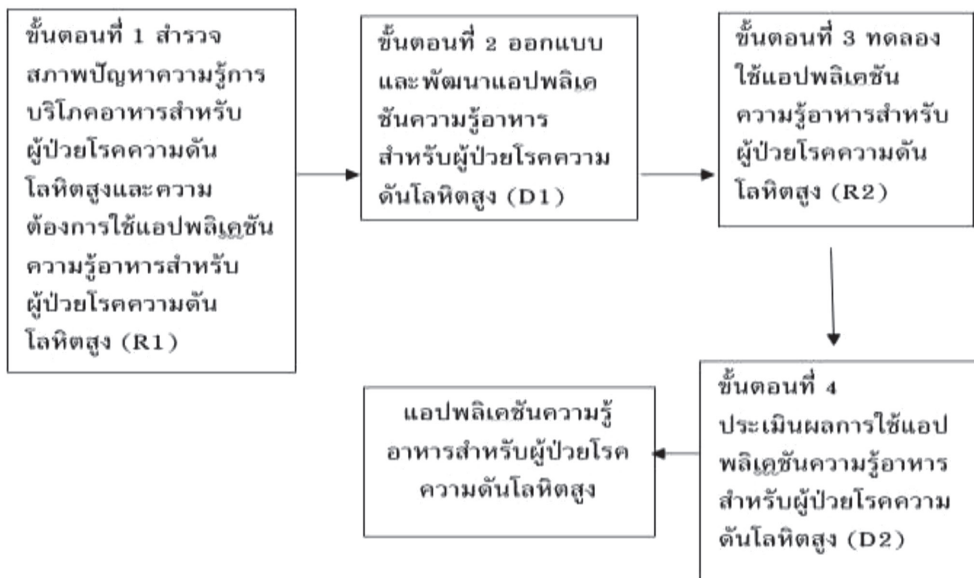
ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม²⁰ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการศึกษาพัฒนาสื่อมัลติมีเดียปฏิสัมพันธ์ให้ความรู้อาหารเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุ ใช้กับคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลแบบพกพา (notebook) พบว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังขาดความพร้อมเรื่องอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่จะนำมาใช้งาน และคอมพิวเตอร์มีความยุ่งยากซับซ้อนในการใช้งานมากกว่าอุปกรณ์ประเภทสมาร์ตโฟน²⁰ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนสมาร์ตโฟน เพื่อให้บุคลากรสุขภาพมีสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาตามขั้นตอนของสมบัติน้ำเต้า²² เพื่อการพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1,034 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (inclusion criteria) 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนที่สามารถเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้ 3) สามารถอ่าน พูด และเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบขั้นตอน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (sampling without replacement) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการใช้แอปพลิเคชัน และขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การกำหนดเกณฑ์ ขนาดประชากรหลักร้อยละใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25²³ โดยจำนวนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัดจำนวน 376 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน จำนวน 30 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power²⁴ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ระดับอำนาจการทดสอบที่ .80 และขนาดอิทธิพล .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางในการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มซึ่งสัมพันธ์กัน ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

1. แบบสำรวจความต้องการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความสนใจเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่องทางการสื่อสาร อุปสรรคเพื่อการสื่อสาร เหตุผลในการใช้สมาร์ทโฟน และความต้องการใช้แอปพลิเคชันจำนวน 18 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต มี 5 ระดับ เริ่มจากคะแนน 1-5 คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และข้อคิดเห็นอื่น ๆ จำนวน 1 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2

1. แบบประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และด้านการใช้งาน โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จากพอใช้ (1 คะแนน) ถึงดีมาก (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ²⁵ คือ ดีมาก (4.51-5.00) ดี (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) พอใช้ (1.51-2.50) และปรับปรุง (1.00-1.50)

ขั้นตอนที่ 3

1. แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโปรแกรมประยุกต์บนสมาร์ทโฟน มีรูปภาพประกอบและเสียงบรรยาย เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหาร



ด้านโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรลดหรือเลี่ยง และเอกสารอ้างอิงข้อมูล

2. แบบประเมินความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย ประโยชน์ของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรลดหรือเลี่ยง ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ²⁶ คือ สูง (24 คะแนน ขึ้นไป) ปานกลาง (18-23 คะแนน) และต่ำ (0-17 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 4

1. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน ผู้วิจัยค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ ด้านการใช้งาน ด้านการให้บริการ และด้านการใช้ประโยชน์ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จากพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ²⁷ คือ มากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) และน้อยที่สุด (1.00-1.50)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Indexes of Item-Objective Congruence) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ได้เท่ากับ .66-1 ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ

2. นำแบบประเมินความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเที่ยงโดยแบบประเมินความรู้การรับประชนยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำมาหาค่า KR-20 เท่ากับ .82 และประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันนำมาหาค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-45/2566 วันที่ 19 เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บรักษาไว้ รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการใช้แอปพลิเคชัน ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสภาพปัญหาของความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้แบบสำรวจความต้องการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำผลการสำรวจที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้มีลักษณะและรูปแบบตามความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กำหนดการวางเนื้อเรื่องความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รูปภาพประกอบ เสียงบรรยาย ออกแบบการดำเนินเรื่อง และออกแบบหน้าจอของแอปพลิเคชัน



จากนั้นดำเนินการสร้างแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามขั้นตอนที่ได้วางแผน ออกแบบไว้ พร้อมนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชันและ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำแอปพลิเคชันที่พัฒนา จากขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ท่งบอนทดลองใช้ และทำแบบประเมินความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 3 ทำแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด นำแบบสำรวจความต้องการใช้แอปพลิเคชันให้กลุ่มตัวอย่างตอบ อธิบายวิธีการทำแบบ สำรวจให้ละเอียดและเข้าใจก่อนที่จะลงมือตอบ หากกลุ่มตัวอย่างรายใดไม่สามารถทำแบบสำรวจได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ตามแบบสำรวจและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 และ 4

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่งบอน ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนใช้แอปพลิเคชัน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำแบบประเมินความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอีกครั้ง และแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้ แอปพลิเคชัน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความต้องการใช้แอปพลิเคชัน คุณภาพของแอปพลิเคชัน ความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ความพึงพอใจ โดยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน โดยใช้สถิติทดสอบที่ทดสอบกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired t-test)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการใช้แอปพลิเคชัน ผลการสำรวจความต้องการใช้แอปพลิเคชัน ความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีดังนี้

1.1 ความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55) ความรู้เรื่องอาหารที่มีมากที่สุดคือ อาหารที่ควรลดหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 90) รองลงมา คือ ชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 47) ความรู้เรื่องอาหารที่มี น้อยที่สุดคือ ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร (ร้อยละ 5) รองลงมาคือ อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21) และอาหารที่ควรรับประทาน (ร้อยละ 32)



1.2 ความต้องการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการใช้สื่อเทคโนโลยีในการศึกษาอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 58) ความรู้ที่ต้องการศึกษาได้แก่ อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 64) อาหารที่ควรลดหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 60) ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร (ร้อยละ 56) ชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56) และอาหารที่ควรรับประทาน (ร้อยละ 54) ต้องการใช้สื่อเทคนิคนำเสนอในรูปแบบรูปภาพและข้อความ (ร้อยละ 56) ต้องการให้มีสีสันสวยงามดึงดูดความสนใจ (ร้อยละ 55) และมีเสียงบรรยาย/วิดีโอ (ร้อยละ 55) ต้องการศึกษอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยสื่อการเรียนรู้ประเภทแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 59) แอปพลิเคชันไลน์ (ร้อยละ 51) และเฟซบุ๊ก (ร้อยละ 39) กลุ่มตัวอย่างระบุความจำเป็นในการมีแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64)

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสำรวจความต้องการใช้แอปพลิเคชัน มาพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาในแอปพลิเคชันประกอบด้วย ประโยชน์ของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรลดหรือเลี่ยง และเอกสารอ้างอิงข้อมูล นำเสนอในรูปแบบภาพนิ่งจำนวน 38 ภาพ พร้อมกับข้อความและเสียงบรรยาย โดยรองรับระบบโทรศัพท์มือถือทั้งระบบแอนดรอยด์ (Android) และระบบไอโอเอส (iOS) ตัวอย่างดังภาพที่ 1-4



ภาพที่ 1 หน้าแรกของแอปพลิเคชัน



ภาพที่ 2 เมนูหลักในแอปพลิเคชัน



ภาพที่ 3 ตัวอย่างในแอปพลิเคชัน



ภาพที่ 4 ตัวอย่างในแอปพลิเคชัน



2.2 ผลการพิจารณาคุณภาพของแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน อยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน และระดับดี 1 ด้าน คุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.65 (SD=.31) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพของแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=3)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
คะแนนด้านเนื้อหา	4.81	.33	ดีมาก
คะแนนด้านการออกแบบ	4.71	.25	ดีมาก
คะแนนด้านการใช้งาน	4.40	.53	ดี
คะแนนโดยรวม	4.65	.31	ดีมาก

ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ตัวหนังสือมีจำนวนมากเกินไปทำให้ใช้เวลาในการอ่านนาน ขนาดตัวหนังสือเล็กทำให้มองเห็นไม่ชัด ปุ่มกดย้อนกลับมองเห็นไม่ชัดทำให้ใช้งานยาก ผู้วิจัยปรับปรุงโดยการลดจำนวนตัวหนังสือลง เพิ่มขนาดตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น ปรับปุ่มกดย้อนกลับให้เห็นชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังใช้แอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน (n=30)

ความรู้	Mean	SD	t	p-value
ก่อน	28.43	3.85	3.45	.00
หลัง	30.03	3.84		

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน ระดับมากที่สุด 1 ด้าน ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.38 (SD=.46) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=30)

รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา	4.30	.59	มาก
ด้านการออกแบบ	4.45	.49	มาก
ด้านการใช้งาน	4.23	.58	มาก
ด้านการให้บริการ	4.36	.55	มาก
ด้านการใช้ประโยชน์	4.54	.54	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.38	.46	มาก



อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ผลการพัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า การพัฒนาแอปพลิเคชันกระทำตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา²² 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสำรวจปัญหาและความต้องการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ทราบประเด็นปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำมาออกแบบและพัฒนา เนื้อหาในแอปพลิเคชันประกอบด้วยประโยชน์ของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรลดหรือเลี่ยง และเอกสารอ้างอิงข้อมูล นำเสนอในรูปแบบภาพนิ่ง พร้อมกับข้อความและเสียงบรรยาย ประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางด้านเนื้อหาและการพัฒนาแอปพลิเคชัน ผลจากการประเมินทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแก้ไขพร้อมสำหรับการนำไปใช้จริง²² แอปพลิเคชันมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา การออกแบบ และการใช้งาน นอกจากนี้ยังมีการทดลองใช้แอปพลิเคชันให้ทราบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน²² สุดท้ายประเมินผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อปรับปรุงแอปพลิเคชันก่อนการเผยแพร่สู่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคคุณภาพของแอปพลิเคชันโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ¹⁶ พบว่า ผลการประเมินคุณภาพด้านสื่ออยู่ในระดับดีมาก และคุณภาพด้านเนื้อหาอยู่ในระดับดี

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อธิบายได้ว่าแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหากระชับ ชัดเจน สามารถสื่อสารข้อมูลให้เข้าใจง่าย มีภาพประกอบที่น่าสนใจ ง่ายต่อความเข้าใจ ภาษาที่ใช้ในเนื้อหามีความเหมาะสม ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเรียนรู้ ผู้ป่วยจึงสามารถจดจำได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง²⁸ พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังใช้แอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ²⁹ พบว่า หลังใช้แอปพลิเคชันผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการรับประทานยาสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันเรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ¹⁷ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภไม่พร้อมสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้พัฒนาตามความต้องการใช้แอปพลิเคชันความรู้อาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบการนำเสนอสามารถย้อนกลับไปได้ในหัวข้อที่สงสัยได้ตลอดเวลา ทำให้สะดวกรวดเร็วในการใช้งานและประหยัดเวลา ติดตั้งบนโทรศัพท์มือถือได้ง่ายเพียงสแกนคิวอาร์โค้ด มีทั้งรูปภาพและเสียงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ทั้งทางตาและทางหู เข้าถึงข้อมูลเรื่องอาหารได้ตลอดเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ²⁹ การศึกษาผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อประเมินและให้ความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม²⁰ และการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ



การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันเรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ¹⁷ ที่พบว่าหลังใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม
2. การนำแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ บุคลากรทางสุขภาพควรเตรียมความพร้อมในการใช้งานให้กับผู้ป่วยก่อนนำไปใช้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการวัดความรู้หลังใช้แอปพลิเคชันและความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันให้มีความห่างจากการวัดความรู้ก่อนใช้แอปพลิเคชันประมาณ 1-2 เดือน
2. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรม
3. ศึกษาเปรียบเทียบความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันกับกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบเดิม
4. พัฒนาแอปพลิเคชันความรู้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถรองรับได้หลาย ๆ ภาษา เช่น ภาษาท้องถิ่น ภาษาประเทศเพื่อนบ้าน เป็นต้น

References

1. Martinez R, Soliz P, Campbell NRC, Lackland DT, Whelton PK, Ordunez P. Association between population hypertension control and ischemic heart disease and stroke mortality in 36 countries of the Americas, 1990–2019: an ecological study. *Rev Panam Salud Publica* 2023;46. doi:10.26633/RPSP.2022.143.
2. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trickthink; 2019.(in Thai)
3. Aljuraiban GS, Gibson R, Chan DSM, Horn LV, Chan Q. The role of diet in the prevention of hypertension and management of blood pressure: an umbrella review of meta-analyses of interventional and observational studies. *Advances in Nutrition* 2024;15(1):100123. doi:10.1016/j.advnut.2023.09.011.
4. Chamroonkiadtikun P, Ananchaisarp T, Komonsuradej N, Wajanacomkul P. Prevention and management of common problems in primary care. Bangkok: Sahamit Pattana Printing; 2017.(in Thai)
5. Markmee P, Kantawee P, Suthana W, Saleeon T. An investigation of factors relationship with self-care behaviors in elderly patients with hypertension in Doi-Louang District, Chiang-Rai Province. *Journal of Health Education* 2019;42(2):86–98.(in Thai)



6. Boonyom S, Wangwonsin A, Prakaiadirek Y. Factors predicting food consumption behavior of hypertensive patients in Samoeng Tai Subdistrict, Samoeng District, Chiang Mai Province. *Journal of Public Health and Health Sciences Research* 2021;3(2):49-60.(in Thai)
7. Tantiekkarat S, Khuneepong A. Self-care behaviors of hypertensive patients in Ban Nam Kham Health Promoting Hospital, Khong Hat District, Sa Kaeo Province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University* 2019;12(6):2542-56.(in Thai)
8. Hanarong A, Toosiri C, Rattanaagreeethakul S. Factors affecting eating behaviors among hypertensive patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017;25(3):52-65.(in Thai)
9. Pheadsungnum K. The development of health behaviors about consumption in hypertension patient in Kudtapet Sub district, Lamsonthi, Lopburi. *Nursing, Health, and Education* 2018;11(1):11-16.(in Thai)
10. Wongtrakool N, Tongvichean S, Supremsri S. The effects of SK2 medication with diet control knowledge on ischemic heart disease preventive behaviors of hypertensive patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(2):123-31.(in Thai)
11. Potichai P. Effects of health promotion program for food consumption, perceived and self-care behavior on hypertension at Thawatburi Hospital, Roi-Et. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2021;2(1):185-98.(in Thai)
12. Sripanomkhate P. Effects of dietary behavior modification program guideline of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) with self-efficacy theory on reducing risk of hypertension among pre-hypertension patients. *Journal of Research and Health Innovation Development* 2022;3(1):121-32. (in Thai)
13. Panwichai W, Wongsuttitert A, Leelathakul N, Rimcharoen S, Arttawejkul P. Usability and acceptability of love thyroid application in patients with hyperthyroidism receiving radioactive iodine treatment. *Rama Med J* 2022;45(3):14-22.
14. Suvamat J, Maneewan S, Srimeechai J. Applications of health information and communication technologies for care of patients with non-communicable disease. *Nursing, Health, and Education Journal* 2023;6(3): 82-93.(in Thai)
15. Pholtana S, Nuchakul S, Yaemdonprai S, Liblub S, Wannarit L. A result of developing a discharge planning application for patients with coronary heart disease. *Journal of The Police Nurses (JOPN)* 2023;15(2): 208-18.(in Thai)
16. Chantem A. The development of application using collaborative learning on the topic “healthy exercise for the elderly”. *Veridian E-Journal, Silpakorn University* 2018;11(1):1371-85.(in Thai)
17. Chansiri S, Wongwatkit C. The effects of an educational model through a mobile web application on knowledge of sexual healthcare and prevention of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies among Akha adolescents in Chiang Rai Province. *Nursing Science Journal of Thailand* 2022;40(3):1-13.(in Thai)



18. Sriglun T, Wattanakitkrileart D, Sriyuktasuth A. The effect of asthma management program via smartphone applications on knowledge, inhaler used and symptoms control in patients with asthma. *Nursing Science Journal of Thailand* 2021;39(2):50-63.(in Thai)
19. Mayukhachot S, Howharn C. Effectiveness of mobile application usage on knowledge and behaviors for prevent premature delivery among pregnant women who have premature labor pain. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital* 2021;36(1):35-44.(in Thai)
20. Magteppong W, Triamlumlerd S, Kongsuwan P. The development of a mobile application for assessing dementia and educating village health volunteers on the prevention and caring for dementia patients. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2022;15(3):87-103.(in Thai)
21. Chaipattanamatee P. Interactive multimedia: a dietary approach to stop hypertension (DASH) for elderly. *Journal of Information Science* 2022;40(1):56-73.(in Thai)
22. Tayraukhum S. Research and development: method for research developing. *Journal of Research for Social and Community Development, Rajabhat Maha Sarakham University* 2014;1(1):2-11.(in Thai)
23. Uakarn C, Chaokromthong K, Sintao N. Sample size estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and Green formulas and Cohen statistical power analysis by G*power and comparisons. *Apheit International Journal* 2021;10(2):76-88.
24. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical science. *Behavior Research Methods* 2007;39:175-91.
25. Sajjaboriboon T. Development of application for tutorial on computer graphics lesson for student of multimedia technology department Nakhon Pathom Rajabhat University. *Rajapark Journal* 2021;15(41):283-95.(in Thai)
26. Katanyutanon T, Chanpanya W, Papao S, Baochanghan S, Noiprem T, Pali S, Saengkhan C. Self-care behaviors of diabetic and hypertensive patients at a public health center in Bangmuang subdistrict, Samutprakarn province. *APHEIT Journal* 2017;53-62.(in Thai)
27. Treenon P, Teanthong S, Boonlom T, Wanchai C, Boonbanjong C, Pontep Y, et al. High school students' knowledge and skill about basic life support (BLS): the effects of using an application. *Journal of Nursing and Health* 2019;37(3):98-105.(in Thai)
28. Thajang S, Panyathorn K, Loonprom N, Kensila U, Khomhanpol P, Jeenklun K, et al. Effects of using media application on prevention of complications for knowledge on patients with hypertension. *Udon Thani Rajabhat University Journal of Sciences and Technology* 2020;8(2):89-104.(in Thai)
29. Pholtana S, Nuchakul S, Yaemdonprai S, Liblub S, Wannarit L. A result of developing a discharge planning application for patients with coronary heart disease. *Journal of The Police Nurses (JOPN)* 2023;15(2): 208-18.(in Thai)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

Factors Related to Hopelessness of Family Caregivers of Patients with Stroke in Community

ณวริษฐ์ พีระถาวรวิทย์¹, ภาวิณี แพงสุข¹, ชลดา กิ่งมาลา¹, ศุภวรรณ ชิมทอง¹

Nawarit Peerathawornwit¹, Pavinee Pangsuk¹, Chonlada Kingmala¹, Suphawan Kimthong¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

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

Received: May 18, 2024 Revised: June 20, 2024 Accepted: October 25, 2024

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลหลักที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกวัน จนเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 85 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 – เมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีความสิ้นหวังระดับปานกลาง ร้อยละ 58.8 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ความเครียด ($r=.28, p<.01$) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ($r=-.23, p<.05$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r=-.27, p<.05$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r=-.27, p<.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะควรดูแลญาติผู้ดูแลโดยการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเองและการมีพลังอำนาจแห่งตน เพื่อช่วยป้องกันความสิ้นหวังที่จะเกิดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ : ความสิ้นหวัง; ญาติผู้ดูแล; ระบบนิเวศวิทยา; โรคหลอดเลือดสมอง



Factors Related to Hopelessness of Family Caregivers of Patients with Stroke in Community

Nawarit Peerathawornwit¹, Pavinee Pangsuk¹, Chonlada Kingmala¹, Suphawan Kimthong¹

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

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

Received: May 18, 2024 **Revised:** June 20, 2024 **Accepted:** October 25, 2024

Abstract

Caring for stroke patients at home is the duty of family caregivers to care for the patient continuously every day. Caring for a stroke patient affects the physical and mental of family caregivers. This descriptive correlation research aimed to examine level of hopelessness and factors related to hopelessness in family caregivers of patients with stroke at community. The participants were 85 family caregivers of patients with stroke residing in communities by purposive sampling. Data were collected by interview between May 2023 to April 2024 and were then analyzed using descriptive statistics, chi-square test and Pearson Correlation. The results showed most family caregiver of stroke patients had a moderate level of hopelessness 58.8% and factors associated with hopelessness were stress ($r=.28$, $p<.01$) length of time caring for the patient ($r=-.23$, $p<.05$) self-esteem ($r=-.27$, $p<.05$) and social support from family ($r=-.27$, $p<.05$). The results of this study suggest that caretaker relatives should be taken care of by counseling and promoting self-worth and self-empowerment. To help prevent hopelessness that will occur in relatives who care for stroke patients in the future.

Keywords: hopelessness; family caregiver; ecological system; stroke



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่มีประชาชนเสียชีวิตทั่วโลกอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2560 เท่ากับ 278.49 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565¹ ด้วยพยาธิสภาพของโรคนี้ส่งผลกระทบต่อเนื้อสมอง จึงทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีร่องรอยความเสียหายหลงเหลืออยู่และต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพ ทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง²⁻³ หน้าที่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงตกเป็นของครอบครัว⁴ และครอบครัวจะมอบหมายให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง มาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver) โดยในแต่ละครอบครัวนั้น อาจมีญาติผู้ดูแลหลายคน แต่ในทุกครอบครัวจะมีญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีกิจกรรมการดูแลมากที่สุดในครอบครัว⁵ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องทุกวันและมีภาระงานที่มาก ส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้านกับญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ⁴ พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับค่อนข้างบ่อย อ่อนล้าและรู้สึกร่างกายทรุดโทรม⁶ ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ คือ วิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระ เปื่อหน่าย⁷ เครียด⁴⁻⁵ และมีภาวะซึมเศร้า⁴ เป็นต้น ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบ เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย เป็นสถานการณ์สำคัญที่พบได้ที่บ้านในทุกช่วงของการดูแล วนเวียนให้ญาติผู้ดูแลต้องพบเจอเป็นวงจรทุก ๆ วัน จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยได้⁸⁻⁹

ความสิ้นหวัง (hopelessness) เป็นอารมณ์ที่พบได้บ่อยในกลุ่มบุคคลที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นความรู้สึกการหมดหวังในผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้สูง¹⁰ และเป็นสิ่งที่บุคคลต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้ซ้ำ ๆ และหลีกเลี่ยงไม่ได้ จนเกิดความรู้สึกหมดหนทางและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้¹¹ ซึ่งบุคคลที่มีความสิ้นหวัง อาจแสดงอาการโศกเศร้า ตอบสนองล่าช้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ เหนื่อยเพลีย ต่ำหนืดตนเอง ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล และความนับถือตนเองลดลง¹¹ และเมื่อมีความสิ้นหวังเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อบุคคลได้ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีประสบการณ์ในการเกิดความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยได้ และเกิดผลกระทบโดยตรงทั้งต่อตนเองและผู้ป่วยตามมา¹² การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางกาย ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ คุณภาพการนอน⁹ อายุ ความคิดในการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาที่ดูแลในแต่ละวัน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาระในการดูแล¹³ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้สึกสิ้นหวัง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็ง¹⁴ ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹⁵⁻¹⁶ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน¹²

การศึกษาคความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่า ความสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการดูแลผู้ป่วย เช่น เหนื่อยล้า ท้อแท้ใจ รู้สึกผิดและโทษตนเอง รู้สึกผิดหวังที่ดูแลแล้วอาการแย่ลง จนไม่อยากจะดูแลผู้ป่วยต่อไป ส่งผลให้คุณภาพการดูแลเปลี่ยนแปลงไปและเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเอง สาเหตุที่ทำให้เกิดความสิ้นหวังมีทั้งจากญาติผู้ดูแลเอง ผู้ป่วยและจากครอบครัวที่ทำให้เกิดความสิ้นหวังเกิดขึ้น¹² ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาออกแบบรูปแบบการลดความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของระบบนิเวศวิทยา (ecological system theory)¹⁷ ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญคือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์



กับสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมขึ้น โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมนี้มีถึง 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน ระดับวัฒนธรรม และระดับมิติของเวลา โดยกรอบแนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้กว้างขึ้น โดยเฉพาะการมองปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สาเหตุของการเกิดความสิ้นหวังมีทั้งระดับบุคคลของญาติผู้ดูแล ระดับระหว่างบุคคลคือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและระดับสังคมและชุมชนคือครอบครัว¹² และพบว่าที่ผ่านมาได้มีการนำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยานี้ มาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย^{5,18} โดยทำการศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่พบว่ามีความเสี่ยงต่ออัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 48.05 ต่อประชากรแสนคนและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และพบว่าญาติผู้ดูแลมีความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย¹² ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ จะสามารถทราบปัจจัยป้องกันการเกิดความสิ้นหวังที่กว้างขวางมากขึ้น นำไปสู่การออกแบบการดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความสิ้นหวังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิด ecological system theory ของ Bronfenbrenner¹⁸ มาเป็นกรอบในการวิจัย เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลว่ามาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยความสัมพันธ์นั้น มี 5 ระดับ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในระดับตัวบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน ระดับวัฒนธรรม และระดับเชิงเวลา ขทำให้มุมมองในด้านปัจจัยที่สามารถส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้ง 5 ระดับ ได้แก่ 1. ปัจจัยระดับตัวบุคคล (microsystem) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนตัวของญาติผู้ดูแล 2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (mesosystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น (interpersonal) 3. ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (exosystem) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับสังคมหรือชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ 4. ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (macrosystem) เป็นปัจจัยภายนอก เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม กฎหมาย ศีลธรรม หลักศาสนา เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารรณกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว ได้ปัจจัยที่สัมพันธ์ในแต่ละระดับดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 85 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .37 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้¹³ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 68 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 25% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากคัดเลือกพื้นที่ในจังหวัดสุรินทร์ โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลาก (simple random sampling) จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)



ได้แก่ เป็นญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ไม่จำกัดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 02-01-66 วันที่ 18 เมษายน 2567 และนักวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย ได้แก่ การแจ้งรายละเอียดของงานวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การสอบถามความยินยอม การไม่บังคับและไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล การเปิดโอกาสให้ระบายนามความรู้สึก การให้ชกถามข้อสงสัย การยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อเกิดความรู้สึกในแง่ลบต่อการเข้าร่วมวิจัย การไม่เปิดเผยชื่อ การเก็บรักษาความลับของข้อมูล และการให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกในด้านลบขณะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 11 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเจ็บป่วย สถานภาพ ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่กลับมารักษาที่บ้าน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองของภาวิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 4 ระดับ คือ ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในระดับมาก ปานกลาง น้อยและไม่มีความมั่นใจเลย คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนได้แก่ 31-40 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับมาก 21-30 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง และ 10-20 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของภาวิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 10 ข้อ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ประเมิน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนได้แก่ 12-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับเล็กน้อย 9 - 11 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับปานกลาง 5-8 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการพึ่งพาระดับสูง 0 - 4 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับสูงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวของภาวิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับคือ สัมพันธ์ภาพดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้งและไม่เคยมีสัมพันธ์ภาพดังกล่าวเลย คะแนนสูงสุด 100 คะแนน คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวม 100 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 73.35-100 คะแนน หมายถึง สัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับมาก 46.68-73.34 คะแนน หมายถึง สัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแล



ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ 20.00–46.67 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของภาวณี พรหมบุตร นพวรรณ เปี้ยชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 15 ข้อ 3 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว จากญาติ/เพื่อนบ้านและจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับคือได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ค่อนข้างมาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่ได้เลย คะแนนรวม 75 คะแนน มีคะแนนอยู่ในช่วง 75–15 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 56–75 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก 36–55 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 15–35 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแลของ ภาวณี พรหมบุตร นพวรรณ เปี้ยชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ แบบสอบถามมี 34 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่มีเลย คะแนนสูงสุด 170 คะแนน คะแนนต่ำสุด 34 คะแนน คะแนนรวม 170 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 124.67–170 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับมาก 79.34–124.66 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลาง และ 34–79.33 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับน้อย

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญของ ภาวณี พรหมบุตร นพวรรณ เปี้ยชื่อและสมนึก สกุลหงษ์โสภณ⁵ มีจำนวน 13 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale มี 5 ระดับ คือ ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด คะแนนสูงสุด 65 คะแนนคะแนนต่ำสุด 13 คะแนน คะแนนรวม 65 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 47.67–65 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญมาก 30.34–47.66 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญปานกลาง และ 13–30.33 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญน้อย

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามความสามารถในการแก้ปัญหา ที่พัฒนาและแปลขึ้นโดยนิชา สมานทรัพย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา¹⁶ มีจำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 20 ข้อ และข้อคำถาม เชิงลบจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มี 6 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยเห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุด 210 คะแนน คะแนนน้อยสุด 35 คะแนน คะแนนรวม 210 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 151.67–210 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีทักษะการแก้ไขปัญหาในระดับมาก 93.34 – 151.66 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีทักษะการแก้ไขปัญหาในระดับปานกลาง และ 35–93.33 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ไขปัญหาในระดับน้อย

ส่วนที่ 10 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่พัฒนาและแปลขึ้นโดยนิชา สมานทรัพย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา¹⁶ มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนน้อยสุด 10 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 31–40 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก 21–30 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลางและ 10–20 คะแนน ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับน้อย

ส่วนที่ 11 แบบสอบถามความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่พัฒนาและแปลขึ้นโดยนิชา สมานทรัพย์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา¹⁶ แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก (16 ข้อ) และข้อคำถามเชิงลบ (14 ข้อ) คะแนนมากหมายถึงมีความสิ้นหวังมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความสิ้นหวังน้อย คะแนนสูงสุด 30 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนรวม 30 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 19–30 มีความสิ้นหวังในระดับมาก 11–18 มีความสิ้นหวังในระดับปานกลาง และ 0–10 มีความสิ้นหวังในระดับน้อย



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยทั้ง 11 ส่วนได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษาได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 15 ราย ปรับปรุงและทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้แก่แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง เท่ากับ .85 แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ .94 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวเท่ากับ .83 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .91 แบบสอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแล เท่ากับ .96 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ เท่ากับ .93 แบบสอบถามความสามารถในการแก้ปัญหา เท่ากับ .87 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ .79 และแบบสอบถามความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยอนุมัติ จากนั้นดำเนินการแจ้งพื้นที่วิจัย ขอรายชื่อผู้ป่วย ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. สอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสถานที่ที่สะดวกและสบายใจในการตอบแบบสอบถาม และไม่เป็นการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาทีต่อราย
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับของตัวแปร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแล ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square test)²⁰ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความเครียดของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รายได้ครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)²⁰ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 63.5) มีอายุเฉลี่ย 51.89 ปี (Min=19, Max=89, Mean=51.89, SD=13.97) มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 51.8) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 48.2) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 65.9) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรชาย/บุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 47.1) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในช่วง 1-12 เดือน (ร้อยละ 44.7) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 97.6) และครึ่งหนึ่งมีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 -10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.9)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.6) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 81.2) มีอายุเฉลี่ย 72.18 ปี (Min=24, Max=96, Mean=72.18, SD=15.19) มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 74.1) อาชีพก่อนการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 63.5) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 54.1) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในช่วง 1-12 เดือน (ร้อยละ 44.7) และมีระยะเวลาที่กลับมารักษาที่บ้านอยู่ในช่วง 1-12 เดือน (ร้อยละ 45.9)

ส่วนที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยที่ศึกษากับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในระดับมาก มีความเครียดในระดับน้อย มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาในระดับปานกลาง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวในระดับมาก มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญอยู่ในระดับมาก มีความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ในระดับการพึ่งพาเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยที่ศึกษา (n=85)

ปัจจัย	พิสัย	Mean	SD	ระดับ
ปัจจัยระดับตัวบุคคล				
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	21-40	34.65	4.70	มาก
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	0-20	9.09	6.74	เล็กน้อย
ความเครียด	34-118	53.46	22.99	น้อย
ความสามารถในการแก้ไขปัญหา	113-183	144.15	18.33	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	23-40	32.72	4.73	มาก
ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล				
สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว	51-95	77.96	10.57	มาก
ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน				
แรงสนับสนุนทางสังคม	38-75	57.01	10.45	มาก
ปัจจัยระดับวัฒนธรรม				
ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	36-65	57.53	7.54	มาก
ความสิ้นหวัง	4-30	16.23	5.83	ปานกลาง



ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับต่าง ๆ กับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางบวก ได้แก่ ความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ได้แก่ ตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแล (n=85)

ปัจจัย	r/ χ^2	p-value
ปัจจัยระดับตัวบุคคล		
เพศ	.03	.84
อายุ	-.19	.07
ระดับการศึกษา	7.21	.06
รายได้ต่อเดือน	2.22	.69
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	-.23	.03*
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.43	.50
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.16	.14
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	.20	.06
ความเครียด	.28	.008**
ความสามารถในการแก้ไขปัญหา	-.17	.10
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.27	.012*
ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล		
รายได้ของครอบครัว	-.12	.24
สัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว	-.10	.33
ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน		
แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม	-.19	.08
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว	-.27	.012**
แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน	-.16	.12
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข	-.06	.56
ปัจจัยระดับวัฒนธรรม		
ความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ	-.06	.56

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



อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยระดับตัวบุคคล (microsystem) ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความเครียดของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดมากจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยภายในของญาติผู้ดูแลที่บั่นทอนความหวังมากที่สุด²¹ และความเครียดที่เกิดจากการมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปริมาณมากและต่อเนื่องรวมถึงการดูแลที่ไม่ประสบความสำเร็จหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการดูแลจนเกิดเป็นความเครียดเกิดขึ้นและส่งผลให้เกิดความรู้สึกในด้านลบบ่อยครั้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จนทำให้เกิดความสิ้นหวังขึ้นได้²² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น²³ และความเครียดมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ¹⁶

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงไม่ถึง 1 ปี ซึ่งยังเป็นช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยที่ไม่มีพยาบาลและทีมสุขภาพช่วยเหลือ²⁴ ญาติผู้ดูแลที่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย จึงมีความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปีหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นช่วงที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก²⁵ เป็นระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลเริ่มเผชิญกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะแรกของการกลับมารักษาที่บ้าน ต้องเผชิญกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มากและหลากหลาย รวมถึงต้องพบเจอกับประสบการณ์ใหม่ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า จึงยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยทำให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยมาก²⁶ เกิดความเครียดจากการดูแล¹⁸ เกิดประสบการณ์เชิงลบในชีวิต และนำไปสู่การเกิดความสิ้นหวังเกิดขึ้น¹⁵

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยญาติผู้ดูแลที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยจะทำให้มีความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยภายในบุคคล ที่มีผลต่อความคิดความรู้สึกภายในญาติผู้ดูแลได้ หากบุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จะทำให้เกิดความสิ้นหวังได้¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ¹⁶

และพบว่า ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (exosystem) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ปัจจัยคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวโดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่น้อย จะทำให้มีความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก ทั้งนี้เนื่องจาก แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นการสนับสนุนที่มอบให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ที่ลำบากหรือเป็นภาระของญาติผู้ดูแลที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกดีและส่งเสริมสุขภาพกายได้⁴ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยโดยอ้อมที่มีส่วนในการทำให้บุคคลเป็นแปลงความคิด เกิดความรู้สึกด้านลบจนเกิดความสิ้นหวังได้¹⁰ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ต้องดูแลที่บ้าน การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือกัน แบ่งเบาความรู้สึกและภาระหน้าที่ซึ่งกันและกันจะทำให้เกิดความหวังและมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย



ในทางที่ดีขึ้น²⁷ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญของการสนับสนุนทางจิตใจและความหวังของญาติผู้ดูแล²⁸ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อยจะทำให้มีความหวังในการหายและญาติจะเกิดความสิ้นหวังขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ¹⁶

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย

ควรมีการออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดความเครียด ส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองให้กับญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เช่น การให้คำปรึกษา การจัดการกับความเครียด การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นต้น

ด้านการนำไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติผู้ดูแล ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. บุคลากรทางสุขภาพควรออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยในช่วงแรกอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในช่วงปีแรก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้คำปรึกษา และช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

References

1. Tiamkao S. Incident rate of cerebrovascular disease in Thailand. *Thai journal of Neurology* 2022;39(2): 39-46.(in Thai)
2. Sukruenbulaporn P. Nursing care for a stroke patient at home. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj* 2021;1(2);113-29.(in Thai)
3. Paksee N, Srivisai T, Khunkaew S. Preparation of family caregivers of patient with stroke in transitional care from hospital to home. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2021;13(1);47-61. (in Thai)
4. Mollaoglu M. *Caregiving and home care*. Croatia: Intech. 2018.
5. Prombut P, Piaseu N, Sakulhongsopon S. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014;20(1);82-96.(in Thai)
6. Thongthawee B, Matchim Y, Kaewsriwong S. Family members' experience in providing care for persons with stroke: a phenomenological study. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018;38(3); 179-91.(in Thai)
7. Tongaram A, Samartkit N. Influences of caregivers' preparedness, caregivers' burden and caregiver' reward on adaptation of caregivers caring for patients with stroke. *Journal of Nursing Division* 2017;46(3); 88-102.(in Thai)
8. Surakan P, Jongudomkarn D. The family caregiver's roles in providing care for chronically the ill family members: a synthesis of qualitative research theses. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*



- 2019;26(2);83-92.(in Thai)
9. Cao Z, Chen Y, Zhang H. Effects of fatigue, rumination thinking and sleep quality on the hopelessness of malignant tumor patients family caregiver. *Support Care Cancer* 2022;31(12); 631-46.
 10. Abramson, LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory – based subtype of depression. *Psychological Review* 1986;96(2);358-72.
 11. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The hopelessness theory of depression: a quarter century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2015;22(4);345-65.
 12. Pangsuk P, Kingmala C, Peerathawornwit N. Hopelessness experience of family caregivers of patients with stroke. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2024;34(1);160-73. (in Thai)
 13. Aloba O, Ajao O, Alimi T, Esan O. Psychometric properties and correlates of the beck hopelessness scale in family caregivers of Nigerian patients with psychiatric disorders in Southwestern Nigeria. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2016;7(1);18-25.
 14. Bannaasan B, Pothiban L. Hopelessness of cancer survivors. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2018;32(2);1-12. (in Thai)
 15. Yotthongdi N, Sunthornchaiya R. Factors related to hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(1); 29-39.(in Thai)
 16. Samansap N, Soonthomchaiya R. Selected factors related to hopelessness among elderly patients with major depression. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2012;26(3);57-70.(in Thai)
 17. Bronfenbrenner U. *Making human beings human bioecological perspectives on human development.* United States of America: Sage. 2005.
 18. Suanpan N, Terathongkum S, Sakunhongsophon S. Factors predicting stress on family caregivers of stroke survivors in selected community. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2019;11(2);133-48.(in Thai)
 19. Department of Disease Control. *Situation of NCDs diabetes hypertension and related factors report.* Bangkok: Aksorn graphic and design. 2020.(in Thai)
 20. Munro BH. *Statistical method for health research.* New York: Lippincott. 2001.
 21. Dara R, Chouyboonchum T, Tiravanitkul R, Dechongkit S. Hope of parents in children with hearing impairments: a qualitative study. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2022;66(1); 77-84.(in Thai)
 22. Hooper LM, Lee SY, Tomek S, Jagggers JW, Kim G, Church WT. Attachment to peers and school: longitudinal moderators of the relation between caregiver psychological distress and adolescent hopelessness. *Journal Youth Adolescent* 2023;52(5);931-949.
 23. Liu TL, Hsiao RC, Chou WJ, Yen CF. Hopelessness in caregivers of children with attention deficit/ hyperactivity disorder: associations with depression and anxiety and multidimensionally related factors. *Journal of Formosan Medical Association* 2023;122(11);1158-1164.



24. Khomkham K, Rattanathanya D, Krainuwat K. Predictive factors for adaptation among caregivers of stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2015;16(2);114-122.
25. Kuptniratsaikul V, Thitisakulchai P, Sarika S, Khaewnaree S. The burden of stroke on caregivers at 1-year after discharge: a multicenter study. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine* 2018;28(1);8-14.(in Thai)
26. Pham TH, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(3);45-62.
27. Raetong P, Matchim M, Poosamang T. Experiences of stroke patients receiving palliative care in community: a phenomenological study. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2020;40(1);129-139.(in Thai)
28. Kaewkerd O, Chaiyasit Y, Vibulchai S, Kenthongdee W, Sirisawat M, Panput A, et al. Key factors of family adaptation to the illness of family members: an integrative review. *The Bangkok Medical Journal* 2020;16(1);95-101.(in Thai)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤต ทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

Factors Related to Transitional Stress among the Relatives when Transferring Neuro-Critically Ill Patients from Intensive Care Units to General Wards

อัษฎางค์พร หมอนวัน¹, นิภาวรรณ สามารถกิจ², เขมารดี มาสิงบุญ²

Asadangphon Monwan¹, Niphawan Samartkit², Khemaradee Masingboon²

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Students of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University Thailand.

²Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

Corresponding author: Niphawan Samartkit; Email; nsamartkit@gmail.com

Received: June 2, 2024 Revised: July 2, 2024 Accepted: July 16, 2024

บทคัดย่อ

การย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปย่อมส่งผลให้ญาติเกิดความเครียด การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างคือญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตกรุงเทพมหานคร 4 โรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 84 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วย แบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติ และแบบสอบถามคุณภาพการสอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในช่วงย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ ($M=34.69$, $SD=7.65$) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน ($r=.22$, $p<.05$) ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน ($r=-.44$, $p<.001$, $r=-.63$, $p<.001$, $r=-.36$, $p<.01$) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติ ตลอดจนพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลการดูแลและสภาวะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนให้ญาติมีความหวังที่ดี และควรมีแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ด้วยการสอนและการให้ข้อมูลอย่างมีคุณภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน; ความเครียดของครอบครัว; ภาวะวิกฤตทางอารมณ์; ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท



Factors Related to Transitional Stress among the Relatives when Transferring Neuro-Critically Ill Patients from Intensive Care Units to General Wards

Asadangphon Monwan¹, Niphawan Samartkit², Khemaradee Masingboon²

¹Students of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University Thailand.

²Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

Corresponding author: Niphawan Samartkit; Email; nsamartkit@gmail.com

Received: June 2, 2024 Revised: July 2, 2024 Accepted: July 16, 2024

Abstract

Transferring neuro-critically ill patients from intensive care unit to general ward leads patients' relatives to be stressful. This descriptive study described transitional stress and examined the relationship between perceived severity of illness, hope, caregiving preparedness, and quality of teaching with transitional stress among relatives during the transfer of neuro-critically ill patients from intensive care units to general wards. The sample were the relatives of neuro-critically ill patients who were treated at affiliated hospitals of Bangkok Hospital group. 84 participants were recruited by defining a collecting data period and selected samples following inclusion criteria. The research instruments included The Demographic Questionnaire, The Family Relocation Stress Scale, The Perceived Severity of Illness Scale. The Herth Hope Index, The Preparedness of Caregiving Scale, and The Quality of Discharge Teaching Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficients. The result showed that the stress levels of relatives of neurological critically ill patients during patient transfers from the intensive care unit to general wards were low ($M=34.69$, $SD=7.65$). The perceived severity of illness was positively correlated with transitional stress ($r=.22$, $p<.05$). Hope, caregiving preparedness, and quality of teaching were negatively correlated with transitional stress ($r=-.44$, $p<.001$; $r=-.63$, $p<.001$; $r=-.36$, $p<.01$), respectively. The study suggests that nurses who caring for patients in critical care units should develop nursing interventions to continuously assess relatives' perceived severity of illness, develop guidelines for providing consistent caregiving information and support the relatives to maintain hope. Moreover, effective nursing intervention should promote the preparedness of the relatives for caregiving responsibilities through quality teaching and information provision while patients are treated in the critical care unit. To enhance their readiness of caregiver's roles when patients are transferred out of critical care unit.

Keywords: transitional care; family stress; emotional crisis; neuro-critically ill patients



ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเป็นผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันการบาดเจ็บทุติยภูมิของสมอง ส่งผลให้เกิดความพิการ ทั้งด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา พฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตที่แย่งลงในอนาคต เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจะได้รับการย้ายไปอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในระยะฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังคงมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเหลืออยู่ เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว มีความเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้ม และการเกิดแผลกดทับ บกพร่องด้านการกลืน เสี่ยงต่อปอดอักเสบจากการสำลัก และยังพบปัญหาความบกพร่องด้านการคิด ความจำ การตัดสินใจ การสื่อสาร ภาวะสับสน และซึมเศร้า¹ ผู้ป่วยจึงมีภาวะพึ่งพาทั้งด้านการเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายสูญเสียหน้าที่ชั่วคราว บางรายสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ญาติจะมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากพยาบาล ตลอดจนดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน บางส่วน ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ในบริบทของโรงพยาบาล เอกชน หอผู้ป่วยทั่วไปเป็นลักษณะห้องแยกส่วนตัว ซึ่งจะมีเพียงผู้ป่วยและญาติอยู่ในห้องเพียงลำพัง หากญาติมีความวิตกกังวล หรือมีความเครียด อาจส่งผลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต² การที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติมีการตอบสนองทั้งด้านบวกและทางลบ โดยด้านบวกญาติผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นสิ่งที่ดี ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย มีความหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหายจากโรค แต่ในทางตรงกันข้ามญาติจะมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล รู้สึกไม่แน่นอน รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เนื่องจากสภาพแวดล้อมเปลี่ยนไป มีความแตกต่างด้านการดูแล เช่น อุปกรณ์ติดตามอาการถูกปลดออก รวมถึงเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีจำนวนลดลงเมื่อย้ายออก ส่งผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต³ โดยที่ความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้นมากที่สุดภายหลัง 1 สัปดาห์หลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต⁴

ความเครียดเป็นการตอบสนองทางจิตใจเชิงลบของญาติผู้ป่วยวิกฤตพบได้ในระยะที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเป็นภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับการย้ายไปยังสถานที่ใหม่ (family relocation stress) ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ต้องย้ายกลับมารักษาตัวซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง⁵⁻⁶ ความเครียดของญาติในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรูปแบบการตอบสนองการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส⁷ โดยที่การตอบสนองของการเปลี่ยนผ่านนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และการบำบัดทางการพยาบาล ความเครียดเป็นการตอบสนองในทางลบซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ ภายใต้การชี้แนะของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและการทบทวนวรรณกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง และความพร้อมในการดูแลของญาติ เป็นปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจส่งเสริมหรือยับยั้งความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้ การรับรู้คุณภาพการสอนเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ได้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการให้ความหมายเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและความเข้าใจของญาติผู้ป่วย อาจจะมีทั้งตรงกับการเจ็บป่วยจริงหรือเกินกว่าความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับความรู้สึกความเข้าใจและประสบการณ์



ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่การรับรู้จะสอดคล้องกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจริง การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วย พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.69, p<.001$)⁸

ความหวัง เป็นความเชื่อและทัศนคติของแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการรับมือและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ และมีหน้าที่ป้องกันความเครียด⁹ เมื่อมีความหวังจะช่วยส่งเสริมความแข็งแกร่ง ในการแก้ปัญหาเผชิญความสูญเสีย และความทุกข์ทรมาน และความหวังยังช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ป่วย¹⁰

การรับรู้ความพร้อมในการดูแลของญาติเป็นการรับรู้ของญาติถึงความสามารถหรือความพร้อมของตนเองที่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าญาติต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หากไม่ทราบข้อมูลอาจทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้น¹² นอกจากนี้ยังพบว่าความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.384, p<.01$)¹³

การสอนและการให้ความรู้แก่ญาติในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยสนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านในบทบาทผู้ดูแลเพื่อให้ญาติสามารถสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าญาติผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับทราบข้อมูลก่อนย้ายออก และหากญาติไม่ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยหรือได้รับข้อมูลแต่ไม่สามารถจดจำข้อมูลสำคัญที่พยาบาลบอกได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียดและความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยและยังพบว่าความเครียดของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย ($r=.59, p=.01$)¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านและพบว่าญาติผู้ป่วยมีความรู้สึกเครียด อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงในช่วงการย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยปกติ⁵⁻⁶ นอกจากนี้การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยและญาติยังมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและญาติ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีนโยบายให้ความสำคัญกับคุณภาพในการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับสูง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน จึงมีความสนใจศึกษาความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลหรือนวัตกรรมทางการพยาบาล ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติ

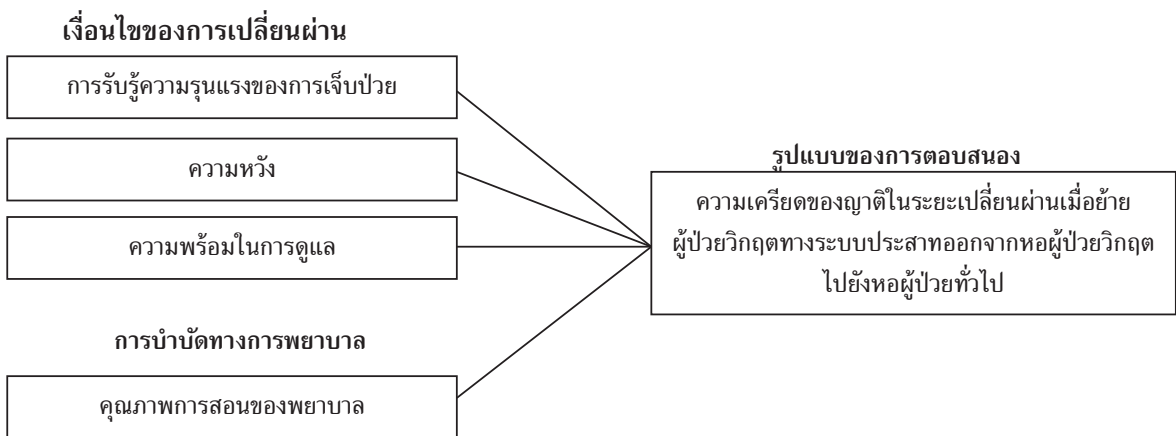
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป



กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส และคณะ⁷ และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส ประกอบไปด้วยมโนทัศน์หลัก 4 มโนทัศน์ ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เจื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบการตอบสนอง และการบำบัดทางการพยาบาล เนื่องจากความเครียดของญาติผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เป็นการตอบสนองทางลบต่อการเปลี่ยนผ่าน หากญาติผู้ป่วยวิกฤตไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดเพียงเล็กน้อยจะสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป แต่ในทางตรงกันข้ามหากญาติมีความเครียดในระดับสูงในระยะเปลี่ยนผ่านอาจส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อรูปแบบการตอบสนองในระยะเปลี่ยนผ่านคือเจื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านและการบำบัดทางการพยาบาล เจื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย ปัจจัยที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่านและปัจจัยที่สนับสนุนในการเปลี่ยนผ่าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นเจื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่อาจสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน หากญาติรับรู้ว่ามีอาการหนัก หรือยังมีความรุนแรงอยู่เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ปัจจัยที่ส่งเสริมในการเปลี่ยนผ่านได้แก่ ความหวัง การรับรู้ความพร้อมในการดูแล นอกจากนี้แล้วพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาล การสอนหรือให้ข้อมูลแก่ญาติ อาจทำให้ความเครียดของญาติลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนกับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือญาติสายตรงของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทและเป็นบุคคลที่รับรู้ว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปในเครือโรงพยาบาลเอกชน



เขตกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 สุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตประสาท หรือความผิดปกติทางอารมณ์ โดยการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 5) สมัครใจ ในการเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดเลือกของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค ทางระบบประสาทที่มีการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและมีความจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ผู้ป่วย หลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดสมองแตก และขาดเลือดทางสมอง โดยมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต ทางระบบประสาท ระดับปานกลางถึงรุนแรงเมื่อแรกรับเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่ามีภาวะเนื้องอกในสมอง หรือขาดเลือดไขสันหลัง 3) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ระดับน้อยมากถึงระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities daily living) ของสถาบันประสาทวิทยา 4) ระดับความพิการ ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ระดับ 3-5 ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) 5) ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองและไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 6) แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต คำนำวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 สำหรับการคำนวณใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นแบบสองทาง (Two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ ระหว่างรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัย โรค โรคร่วม ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการ ของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

2. แบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน ใช้แบบสอบถามความเครียดของครอบครัวที่สัมพันธ์ กับการย้ายสถานที่การดูแล (family relocation stress scale)¹⁵ พัฒนามาจากแบบสอบถามความเครียดของผู้ป่วยที่ สัมพันธ์กับการย้ายสถานที่การดูแล (relocation stress scale) ของ Son et al.¹⁶ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและ การเผชิญความเครียดของ ลาสซัสและโฟล์คแมน และทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของเมลลิส และคณะ⁷ ซึ่งผู้วิจัยทำการแปล แบบสอบถามด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย (back-translation technique) แบบสอบถามมีจำนวน 17 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 4 มิติ ประกอบด้วยความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต, การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อม, การรับรู้ว่าคุณป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต และความวิตกกังวลในการดูแลของพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามเป็น แบบ Likert scale มี 5 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 17-85 คะแนน การแปลผลความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติ โดยการหาค่าคะแนนรวม โดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านสูง คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึง มีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านต่ำ

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บตาม การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะของรัชชก ทรงทรัพย์¹⁷ มีลักษณะเป็น Visual numeric scale



เป็นเครื่องมือที่มีข้อความเพียงข้อเดียว จึงไม่ต้องนำมาหาความเชื่อมั่น ค่าคะแนนเป็นช่วง 0-100 คะแนน วิธีการประเมินทำโดยให้ญาติประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่รับรู้ว่าเป็นความรุนแรงของความเจ็บป่วย ปลายด้านซ้ายสุดของเส้นตรงเท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทไม่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามคะแนนไปทางด้านขวาของเส้นตรง โดย ปลายด้านขวาสุดเท่ากับ 100 คะแนน หมายถึง ญาติรับรู้ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด

4. แบบประเมินความหวัง ใช้แบบประเมินความหวังของ Herth มีชื่อว่า Herth Hope Index (HHI)¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยย้อนกลับ (back-translation techniques) โดย Tantisuwanitchkul et al.¹¹ แบบประเมินความหวังมีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อความทางลบจำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale มี 4 ระดับ สามารถวัดขอบเขตความหวังได้ทั้งความหวังทั่วไป และความหวังเฉพาะโดยที่ประเมินความหวังเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิง และมิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น มีคะแนนระหว่าง 12-48 คะแนน การแปลผลความหวังโดยการหาคะแนนรวม คะแนนที่สูงหมายถึงญาติมีความหวังระดับสูง คะแนนที่ต่ำหมายถึงญาติรับรู้ผู้ป่วยมีความหวังระดับต่ำ

5. แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติ (the preparedness of caregiving scale) พัฒนามาโดย Stewart & Archbold¹¹ ต่อมา Wirojratana¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation techniques) แบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ ไม่มีความพร้อมเลย (1 คะแนน) ถึง ความพร้อมมากที่สุด (5 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-5.00 การแปลผลความพร้อมในการดูแลของญาติโดยการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่สูงหมายถึงมีญาติมีความพร้อมในการดูแลมาก และค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ต่ำหมายถึงญาติมีความพร้อมในการดูแลน้อย

6. แบบสอบถามคุณภาพการสอน ใช้แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล (The Quality of Discharge Teaching Scale [QDTS]) พัฒนาโดย Weiss and Piacentine²⁰ และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation techniques) โดยแสงเดือน กันทะชู¹ ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาการสอนจำนวน 6 ข้อ และด้านทักษะการสอนจำนวน 13 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-180 คะแนน การแปลผลคุณภาพการสอนของพยาบาล โดยการหาคะแนนรวม คะแนนที่สูงหมายถึงคุณภาพการสอนของพยาบาลดี และคะแนนที่ต่ำหมายถึงคุณภาพการสอนของพยาบาลไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพการสอน ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80, .84, .91, .94 และเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .70, .85, .89, .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (G-HS 020/2565) คณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ (BHQ-IRB-2022-05-21) และคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครื่องโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล (IRB 003-2566)



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มโรงพยาบาล เอกชน เขตกรุงเทพมหานคร เมื่อแพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และตรงตามเกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตทำการสอบถามญาติซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยถึงความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างสนใจและตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ลงนาม ในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย แจกแบบสอบถาม อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลา 20-30 นาที ในระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยมีการประเมินการตอบสนอง พฤติกรรม การแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือ มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียด ผู้วิจัยให้การดูแลกลุ่มตัวอย่าง โดยการพูดคุยและ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก หรือสอบถามประเด็นของความเครียด และส่งต่อข้อมูลให้บุคลากร ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือดูแลตามมาตรฐานการดูแลญาติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป สำหรับข้อมูลผู้ปวยรวบรวมจากเวชระเบียน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณที่ร่วมการวิจัย เปิดโอกาส ให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาและข้อสงสัย แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยการใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพของการสอน โดยการใช้สถิติพรรณนา ด้วยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของ การเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพของการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ (81.2) อยู่ในวัยกลาง คนที่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 61.9) มีอายุเฉลี่ย 46.54 ปี (SD=11.68) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 61.9) โดยประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 39.3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือบุตร (ร้อยละ 39.3) รองลงมาคือ ภรรยา (ร้อยละ 31) ความถี่ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เข้าเยี่ยม 2-5 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 53.57) กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์การดูแลทั้งผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (ร้อยละ 79.8) และไม่มีประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยวิกฤตระบบอื่น ๆ (ร้อยละ 75) คำแนะนำที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ได้รับระหว่างรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มากที่สุดคือ การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ (ร้อยละ 75) โดยที่พยาบาลเป็นบุคคลที่ให้คำแนะนำมากที่สุด (ร้อยละ 97.6) ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 59.5)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 59.5) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกมากที่สุด (ร้อยละ 89.3) โดยที่ระดับความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.3) และระดับ



ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) เช่นเดียวกัน ส่วนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง เมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.7) มากที่สุด แตกต่างกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 67.7) โดยที่ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยมาก (ร้อยละ 44) สำหรับระดับความพิการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดเวลาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ร้อยละ 45.2) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทโดยรวมเฉลี่ย 7.35 (SD=7.16) จำนวนวันที่น้อยที่สุดคือ 1 วัน และนานที่สุดคือ 33 วัน

3. ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความเครียดระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ (M = 34.69, SD = 7.65) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติอยู่ในระดับมาก (M = 65.19, SD = 2.36) ความหวังอยู่ในระดับสูง (M = 42.15, SD = 4.20) ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก (M = 3.85, SD = .61) และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมาก (M = 151.83, SD = 19.49) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน(n=84)

ตัวแปร	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	M	SD	ระดับ
ความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน	17-85	18-55	34.69	7.65	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	0-100	0-100	65.19	2.36	มาก
ความหวัง	12-48	34-48	42.15	4.20	สูง
ความพร้อมในการดูแล	1-5	3-5	3.85	.61	มาก
คุณภาพการสอน	0-180	106-180	151.83	19.49	ดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.22, p<.05$) นอกจากนี้พบว่า ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.44, p<.001, r=-.63, p<.001, r=-.36, p<.01$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป (n=84)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วย วิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.22*
ความหวัง	-.44***
ความพร้อมในการดูแล	-.63***
คุณภาพการสอนของพยาบาล	-.36**

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

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง⁵⁻⁶ อธิบายจาก 3 ปัจจัยที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลของบุคลากร ปัจจัยแรกคือ ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรและภรรยาอธิบายได้ว่า บทบาทของผู้หญิงวัยกลางคน เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล มีพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคมอย่างสมบูรณ์ มีความอดทน และผ่านประสบการณ์ในการดูแลครอบครัว ทั้งสามี บุตรหรือบิดามารดา ส่งผลให้สามารถเข้าใจและตัดสินใจแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ รวมทั้งการเผชิญปัญหาจากการดูแล นอกจากนี้ยังมีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในชีวิตเป็นอย่างดี รวมถึงการมีหน้าที่การงาน และมีฐานะทางการเงิน²² อีกทั้งเมื่อได้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยที่มีความรักใคร่ใกล้ชิดผูกพันกัน ญาติจะมีความพร้อมในการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลที่ดี รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลโดยการสอบถาม หรือสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถสื่อสารหรือสอบถามข้อมูลที่สงสัยกับผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจในแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ส่งผลให้ญาติมีความมั่นใจและทำให้ความเครียดลดลง²³ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวทำให้สามารถบริหารเวลาในการทำงานหรือปรับเปลี่ยนเวลาในการทำงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้มากกว่าวันละสองครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการ การรักษาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยตลอด สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่มีอาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเมื่อแรกรับในหอผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษา ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นพอที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ จะมีความสัมพันธ์กับความเครียดทำให้ความเครียดของญาติน้อยลง เป็นการตอบสนองทางด้านบวกของญาติต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต³

นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและญาติของเครือโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษามีระบบการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบกับการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาททั้งโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



และลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกระบวนการรักษา รวมถึงการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แพทย์ พยาบาลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพจะมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลและการวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา มีการจัดประชุมทั้งทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและญาติ (patient and family meeting conference) รวมถึงการแจ้งความคืบหน้าของการรักษาตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์

สำหรับการให้ข้อมูลของบุคลากร จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาล แพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ โดยที่คำแนะนำที่ได้รับครอบคลุม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นแบบแผนส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง และสามารถเปลี่ยนผ่านเป็นผู้ดูแลได้⁴ อีกทั้งความยืดหยุ่นในการเข้าเยี่ยมทำให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ทั้งนี้ในทุกครั้งที่เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งอาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความคืบหน้าของการรักษาและแผนการรักษา พยาบาล รวมถึงคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้แล้วญาติยังสามารถสอบถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลแบบผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการเปิดโอกาสในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และความยืดหยุ่นในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติผู้ป่วย สามารถลดผลกระทบทางด้านจิตใจของญาติผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดได้⁵

นอกจากนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและบริเวณพักรอระหว่างการเข้าเยี่ยมของญาติ เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยการเยียวยา (healing environment) และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความสุขสบาย (environment comfort) เช่น การมีที่พักรอ ที่สุขสบาย มีภาพวาดเสียงเพลง หรือสิ่งอำนวยความสะดวกหรือกิจกรรมที่ญาติสามารถผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี เป็นต้น ในระหว่างรอเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งสามารถลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือในโรงพยาบาลให้ดูเป็นมิตร มีความอบอุ่น ทำให้ญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และลดความเครียดได้⁶ จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง รวมถึงกระบวนการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและความยืดหยุ่นจะส่งผลให้ญาติมีความเข้าใจในการดำเนินของโรคและมีความคุ้นเคยกับสถานะของผู้ป่วย รวมถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตและบริเวณพักรอของญาติในโรงพยาบาลญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอธิบายโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส⁷ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติ เป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน คือการให้ความหมาย ซึ่งอาจจะเอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านให้ผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ความหมายว่าญาติยังรับรู้ว่าคุณป่วยยังคงมีความรุนแรงมาก ส่งผลให้ญาติมีความเครียดสูงและอาจไม่สามารถเปลี่ยนผ่านในช่วงการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนย้ายออกอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยมากและความพิการของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับมากถึงระดับรุนแรงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยวิกฤตบางส่วนยังมีท่อหลอดลมคอ, สายยางให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะ



ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อย้ายไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และความพิการของผู้ป่วย หากญาติรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยยังรุนแรง ส่งผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้²⁶

ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน ความหวัง เป็นความเชื่อหรือค่านิยมตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน การศึกษาครั้งนี้ พบว่าญาติประเมินว่าความหวังอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตประสาทอาการดีขึ้นจนสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ทำให้ญาติมีความหวังที่ผู้ป่วยจะฟื้นหายจากโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความหวังมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและสามารถรับมือกับความกดดันและความไม่แน่นอนได้และความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว สามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องด้านจิตใจได้²⁷

นอกจากนี้ยังพบว่าความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน การศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติผู้ป่วยประเมินตนเองว่ามีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลทุกขั้นตอนของการรักษารวมถึงการเตรียมความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จากแพทย์ พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากผู้ดูแลรู้สึกพร้อมในบทบาทของตนจะส่งผลให้มีความเครียดน้อยลง²⁸ การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการลดความเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากเกิดความมั่นใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งญาติมีความเข้าใจในสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีความคุ้นเคยกับสภาวะของผู้ป่วยตลอดเวลาที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการเข้าเยี่ยมของญาติ

ด้านคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน อีกทั้งญาติประเมินว่าคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี และทำให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านบทบาทญาติสู่บทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีทักษะและมีความชำนาญ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเครียดของญาติผู้ป่วยลดลง ภายหลังที่ได้ข้อมูลผ่านการสอนตัวต่อตัวและทางโทรศัพท์จากพยาบาล และสามารถลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติได้²⁹

จะเห็นว่าผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐาน และกรอบแนวคิดการวิจัย ยืนยันได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนของพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

ข้อเสนอแนะการประยุกต์ใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติ และพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลหรือการให้คำปรึกษา (counseling) เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจกับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยก่อนย้าย
2. ควรสนับสนุนให้ญาติมีความหวัง มีกำลังใจในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จัดสถานที่เพื่อช่วยส่งเสริมความหวัง กำลังใจ ตามความเชื่อส่วนบุคคลของญาติเช่น ห้องพระ สำหรับศาสนาพุทธ สถานที่สวดภาวนา สำหรับศาสนาคริสต์ และห้องละมอด สำหรับศาสนาอิสลาม



3. ควรมีแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ด้วยการสอนและการให้ข้อมูลอย่างมีคุณภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะทางด้านการสอนแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

2. ให้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณพยาบาลประสานงานในการเก็บข้อมูล ทุกท่านที่ให้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาททุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

References

1. Green TL, McNair ND, Hinkle JL, Middleton S, Miller ET, Perrin S, et al. Care of the patient with acute ischemic stroke (post hyper acute and prehospital discharge): update to 2009 comprehensive nursing care scientific statement: scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2021;52(5).
2. Bat Tonkus M, Dogan S, Atayoglu A. Transfer anxiety in critical care patients and their caregivers. *Fam Pract Palliat Care*. 2020;5:78-84.
3. Ghorbanzadeh K, Ebadi A, Hosseini M, Madah SSB, Khankeh H. Challenges of the patient transition process from the intensive care unit: a qualitative study. *Acute Crit Care*. 2021;36(2):133-42.
4. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg*. 2019;6(3):233-46.
5. Li Y, Zou D, Yang Y, Li Y, Zhao Q, Zhou Z. A study on the psychological status of the caregivers to patients out of ICU after craniocerebral tumor surgery and their factors. *Neurosci Med*. 2021;12:1-11.
6. Zhou S, Wang J, Wang J, Zha L. Relocation stress and its influencing factors of the families of patients transferred from ICU. *Chin J Nurs*. 2017;911-5.
7. Meleis AI. *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
8. Zhang M, Hong L, Zhang T, Lin Y, Zheng S, Zhou X, et al. Illness perceptions and stress: mediators between disease severity and psychological well-being and quality of life among patients with Crohn's disease. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:2387-96.



9. Tantisuvanitchkul P, Thanakiatpinyo T, Kuptniratsaikul V. Psychometric properties of the Thai Herth Hope Index in stroke patients. *ASEAN J Rehabil Med.* 2020;30(1):15-20.
10. Alfheim HB, Hofso K, Småstuen MC, Tøien K, Rosseland LA, Rustøen T. Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: a longitudinal study. *J Intensive Crit Care Nurs.* 2019;50:5-10.
11. Archbold PG, Stewart BJ, Miller LL, Harvath TA, Greenlick MR, Van Buren L, et al. The PREP system of nursing interventions: a pilot test with families caring for older members. Preparedness (PR), enrichment (E) and predictability (P). *Res Nurs Health.* 1995;18(1):3-16.
12. Udchumpisai M, Sangsongrit N. Needs and preparedness of caregivers to care for medical critically-ill patients: a mixed-method study. *Thai Red Cross Nurs J.* 2020;13(1):261-81.(in Thai)
13. Samartkit N, Kasemkitvattana S, Thosingha O, Vorapongsathorn T. Caregiver role strain and rewards: caring for Thais with a traumatic brain injury. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2010;14:297-314.
14. Abuatiq A, Brown R, Wolles B, Randall R. Perceptions of stress: patient and caregiver experiences with stressors during hospitalization. *Clin J Oncol Nurs.* 2020;24(1):51-7.
15. Oh H, Lee S, Kim J, Lee E, Min H, Cho O, et al. Clinical validity of a relocation stress scale for the families of patients transferred from intensive care units. *J Clin Nurs.* 2015;24(13-14):1805-14.
16. Son YJ, Hong SK, Jun EY. Concept analysis of relocation stress: focusing on patients transferred from intensive care unit to general ward. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2008;38(3):353-62.
17. Songsap N. The relationship between perceived severity of illness, social support, trust, and acceptance in healthcare team members and family members' uncertainty during the waiting period for patients undergoing brain surgery [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. (in Thai)
18. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs.* 1992;17(10):1251-9.
19. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University; 2002.
20. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge Scale. *J Nurs Meas.* 2006;14(3):163-80.
21. Kunthakhu S, Watthanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. *J Nurs Sci.* 2009;27(2):83-91.(in Thai)
22. Kasemsuk K, Ritudom B. Health promotion of middle adulthood development: nurses' roles. *Reg Health Promot Cent 9 J.* 2023;17(1):368-80.(in Thai)
23. Shetty R, Bhandary R, Kulkarni V. Assessment of psychological stress among family care takers of cancer subjects in India- A cross-sectional study. *Biomedicine.* 2022;42:1044-50.
24. Meiring-Noordstra A, van der Meulen IC, Onrust M, Hafsteinsdóttir TB, Luttik ML. Relatives' experiences of the transition from intensive care to home for acutely admitted intensive care patients: A qualitative study. *Nurs Crit Care.* 2024;29(1):117-24.



25. Twibell RK, Petty Olynger A, Abebe S. Families and post-intensive care syndrome. *Am Nurse Today*. 2018;13(4):6-11.
26. Wu X, Liang Y, Zheng B, Wang H, Ning M, Zheng H, et al. Care stress in caregivers of disabled stroke patients: a cross-sectional survey. *Ann Palliat Med*. 2020;9(4):2211-20.
27. McCarthy J, Higgins A, McCarthy B, Flynn AV, Gijbels H. Family members' perspectives of hope when supporting a relative experiencing mental health problems. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(5):1405-15.
28. Hancock DW, Czaja S, Schulz R. The role of preparedness for caregiving on the relationship between caregiver distress and potentially harmful behaviors. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2022;37:15333175221141552.
29. Shoushi F, Janati Y, Mousavinasab S, Kamali M, Shafipour V. The impact of family support program on depression, anxiety, stress, and satisfaction in the family members of open-heart surgery patients. *J Nurs Midwifery Sci*. 2020;7:69.



การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

Development of the Nursing Model to Prevent Early Postpartum Hemorrhage,
Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital

ชัชฎา เย็นบำรุง¹

Chatchada Yenbamrung¹

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

¹Somdet Phra Sangharaja 19th Hospital

Corresponding author: Chatchada Yenbamrung; Email: chatcha_ki@hotmail.com

Received: November 13, 2023 Revised: June 20, 2024 Accepted: October 31, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงกันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาล 18 คน 2) ผู้คลอดทางช่องคลอด 259 คน และ 3) เวชระเบียนผู้คลอด 152 ฉบับ ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 หรือ KRIYA model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.1) ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 1.2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 1.3) การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล 1.4) การปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน และ 1.5) การจัดการการคลอดในระยะที่ 3 โดยเร็วและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 2) หลังใช้รูปแบบ ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 1 ราย ความรุนแรงระดับ E ลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลห้องคลอดอยู่ในระดับมาก และ 3) หลังใช้รูปแบบ พยาบาลมีคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด; ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก



Development of the Nursing Model to Prevent Early Postpartum Hemorrhage, Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital

Chatchada Yenbamrung¹

¹Somdet Phra Sangharaja 19th Hospital

Corresponding author: Chatchada Yenbamrung; Email: chatcha_ki@hotmail.com

Received: November 13, 2023 Revised: June 20, 2024 Accepted: October 31, 2024

Abstract

Postpartum hemorrhage is a significant contributor to maternal mortality. This research and development study aimed to create and evaluate a nursing model to prevent early postpartum hemorrhage. The research was conducted in three phases: Phase 1 involved assessing the current situation, Phase 2 focused on developing the model, and Phase 3 evaluated the model's effectiveness. The study took place from November 2022 to September 2023, with a sample population that included: 1) 18 nurses, 2) 259 vaginal birth attendants, and 3) 152 medical records of birth attendants. The results were as follows: 1. Nursing model to prevent early postpartum hemorrhage: The KRIYA model, implemented at Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital, includes 1.1) knowledge about nursing practices to prevent postpartum hemorrhage 1.2) risk assessment for postpartum hemorrhage 1.3) implementation of standard of nursing 1.4) yardstick of nursing manual, and 1.5) active management of the third stage of labour and alert to warning signs. 2. After implementing the model, the severity of one case of early postpartum hemorrhage (level E) was reduced compared to before its use. Overall, maternal satisfaction with delivery room nursing services was rated high. 3. Following the implementation of the model, nurses demonstrated significantly improved knowledge in preventing postpartum hemorrhage. Furthermore, their overall satisfaction with the nursing model was also rated highly. In conclusion, this research's findings indicate that the nursing model developed to prevent early postpartum hemorrhage can effectively address this critical issue in maternal health.

Keywords: model development; nursing care to prevent postpartum hemorrhage; early postpartum hemorrhage



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage: PPH) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา ร้อยละ 27 ทั่วโลก¹ จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2560 - 2563 มีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดทั่วประเทศ คิดเป็น 21.80, 19.90, 20.30 และ 23.10 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนรายงานการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดจากสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดในเขตสุขภาพที่ 5 ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 30.97, 35.65, 40.35 และ 33.42 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถสรุปตามปัจจัย 4T ได้แก่ 1) tone การหดตัวของมดลูกพบได้มากที่สุด 2) trauma การฉีกขาดของช่องคลอด 3) tissue การตกค้างของรกหรือชิ้นส่วนของรกภายในโพรงมดลูก และ 4) thrombin การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ปัจจัยที่พบบ่อยร้อยละ 80 เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (uterine atony)

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นอุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่สำคัญของงานห้องคลอดโดยตั้งเป้าหมายอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่าร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2559 มีมารดาที่คลอดทางช่องคลอดจำนวน 1,083 ราย พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 3.23 (35 ราย) ในจำนวนนี้มีระดับความรุนแรงต้องตัดมดลูกจำนวน 6 ราย เมื่อทบทวนหาสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดพบว่าเกิดจากสาเหตุการหดตัวของมดลูกไม่ดี ร้อยละ 60 (21 ราย) การฉีกขาดของช่องคลอดร้อยละ 31.42 (11 ราย) รกค้างร้อยละ 5.71 (2 ราย) และเกล็ดเลือดต่ำร้อยละ 2.85 (1 ราย)³ มารดาที่ต้องตัดมดลูกทั้งหมดมีสาเหตุเนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี จะเห็นได้ว่าสาเหตุหลักของภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง มาจากสาเหตุ 1) ผู้ปฏิบัติไม่ได้คัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะการตกเลือดหลังคลอดอย่างจริงจัง 2) ไม่มีเกณฑ์การคัดกรองที่ชัดเจน ทำให้ไม่ได้เฝ้าระวัง มักจะประเมิน/วินิจฉัยการหดตัวของมดลูกไม่ดีได้ล่าช้า จึงทำให้มารดาได้รับการช่วยเหลือล่าช้า³ จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2560 มีการกำกับติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทุกเดือน ทบทวนอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดทุกราย พบว่า อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ตามเกณฑ์และมีแนวโน้มลดลง แต่ในปี พ.ศ. 2561 ยังพบอุบัติการณ์อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระดับ G (ตัดมดลูก) จำนวน 2 ราย โดยมีสาเหตุจากการแก้ไขภาวะหดตัวของมดลูกไม่ดีได้ล่าช้า³

การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่ได้กำหนดเป็นแนวทางในปัจจุบันของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ได้แก่ การตรวจความเข้มข้นเลือด การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) ผู้คลอดทุกรายเมื่อแรกรับ หากมีความเข้มข้นเลือด (hematocrit) น้อยกว่า ร้อยละ 33 จะมีการเตรียมเลือดแบบ type & screen หากความเข้มข้นเลือดน้อยกว่าร้อยละ 28 ให้จองเลือด cross match packed red cells (PRC) จำนวน 1 ยูนิต ในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น ตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง เคยมีประวัติตกเลือดหลังคลอด รกเกาะต่ำ รกออกตัวก่อนกำหนด ให้จองเลือด cross match PRC จำนวน 1-2 ยูนิต (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์) การปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวก็ยังคงพบปัญหา ได้แก่ เมื่อแรกรับได้ทำการประเมินผู้คลอด ไม่พบความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความเข้มข้นของเลือด แต่ในระยะคลอด พบภาวะตกเลือด ทำให้เตรียมเลือดไม่ทันแก้ไขภาวะฉุกเฉินล่าช้าเนื่องจากคาดการณ์สถานการณ์การตกเลือดไม่ได้ ขาดการเตรียมความพร้อมในการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งการสื่อสารกับสหวิชาชีพที่ล่าช้า การเตรียมยาฉุกเฉินได้ล่าช้า การบริหารอัตรากำลังพยาบาลในภาวะฉุกเฉินไม่เพียงพอ ปัญหาที่พบดังกล่าว สอดคล้องกับหลายการศึกษา⁴⁻⁵ ที่พบว่าปัญหาในกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เกิดจากเครื่องมือหรือเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด



ไม่แม่นยำ ความไม่พร้อมในการตอบสนองกรณีฉุกเฉิน การสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และแนวปฏิบัติที่มีอยู่ยังไม่ได้รับการนำไปใช้อย่างเต็มที่หรือขาดความครอบคลุมในประเด็นด้านการสื่อสารและการเฝ้าระวัง

แม้ว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จะมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดมาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดในปี พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2565 ร้อยละ .80 (7 ราย), ร้อยละ 1.33 (11 ราย), ร้อยละ .85 (7 ราย) และร้อยละ .43 (3 ราย) ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีความรุนแรงระดับ G (ตัดมดลูก) ปัส 1 ราย³ จะเห็นได้ว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยใช้แนวคิด มาตรฐานการบริการพยาบาลทางสูติกรรม⁶ การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์^{4,7} การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์⁷⁻¹⁰ และแนวคิดการบริหารความเสี่ยง 2P Safety¹¹ ในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - กันยายน 2566 มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และการปฏิบัติการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลห้องคลอด จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2565 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อภิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และศึกษาเวชระเบียนผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในปี พ.ศ. 2556-2565 จำนวน 152 ฉบับ โดยทำการวิเคราะห์หาสาเหตุหลัก และสาเหตุร่วมของภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับการศึกษาหลักการ แนวคิด มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด และความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ นำองค์ความรู้มาวางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้แนวทางการออกแบบวิจัยและพัฒนาของ Leunglatanamas¹² เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวางแผนพัฒนารูปแบบ ดังนี้

2.1 วิเคราะห์และสรุปยกร่างรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยผู้วิจัยใช้แนวคิด บททศวรรษวิชาการ ให้มีความครอบคลุม ประกอบด้วย 1) มาตรฐานการบริการพยาบาลทางสูติกรรม⁶ 2) แนวคิดการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์^{4,7} 3) แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์⁷⁻¹⁰ และ 4) แนวคิดการบริหารความเสี่ยง 2P Safety¹¹

2.2 นำร่างรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และคู่มือที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาตั้งแต่ .6 ขึ้นไป¹³ และทดลองใช้ร่างรูปแบบกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลห้องคลอด จำนวน 5 คน ประเมินผลหลังใช้ร่างรูปแบบ



การสนทนากลุ่ม ปรับปรุงร่างรูปแบบ โดยแก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของรูปแบบ สื่อความรู้ และคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น

2.3 นำรูปแบบที่ผ่านการแก้ไข ปรับปรุง ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลห้องคลอด คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 18 คน และผู้คลอดทางช่องคลอด คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 259 คน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลและยืนยันรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

3.1 การประเมินผลโดยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอด ประเมินอุบัติการณ์ ความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลห้องคลอดในการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 2) กลุ่มพยาบาลผู้ใช้รูปแบบ ประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และความพึงพอใจต่อรูปแบบ

3.2 ประเมินคุณภาพรูปแบบโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญสาขามารดาและทารก 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวัดผล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผดุงครรภ์ 1 ท่าน ร่วมกันประเมินคุณภาพรูปแบบในประเด็น ความเป็นประโยชน์ได้คะแนนร้อยละ 98.92 และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ ได้คะแนนร้อยละ 98.29

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากการศึกษาแนวคิด บททศความวิชาการ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์พยาบาลถึงสภาพการณ์การปฏิบัติการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งแนวคำถามของแบบสัมภาษณ์ได้มาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแนวคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ 3 ข้อคำถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .60–1.00

1.2 แบบทดสอบความรู้พยาบาลเรื่อง การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นคำถาม แบบปรนัย จำนวน 20 ข้อ เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลจำนวน 24 ท่านมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ Lovett¹⁴ เท่ากับ .70

1.3 คู่มือการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในคู่มือ ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แนวปฏิบัติการพยาบาลในทุกๆระยะของการคลอด หลักการสำคัญในการดูแลรักษา และ สัญญาณเตือนภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .60–1.00

2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage risk assessment: PHRA) เป็นการประเมินความเสี่ยงในทุกๆระยะของการคลอดต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งเป็นความเสี่ยงระดับสูง กลาง และต่ำ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00

3) แบบบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นการบันทึก ข้อมูลที่สำคัญของผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักทารก ปริมาณเลือดที่เสีย สาเหตุ และระดับความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00



- 4) ป้ายเตือนความเสี่ยง PPH Alert card ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวม 50 คะแนน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .66-1.00 เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน แบ่งเป็น 5 ช่วง¹³ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบมาก, ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบน้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลห้องคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลและบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวม 50 คะแนน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .66-1 เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน แบ่งเป็น 5 ช่วง¹³ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจต่อบริการพยาบาลมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจต่อบริการพยาบาลมาก, ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจต่อบริการพยาบาลปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจต่อบริการพยาบาลน้อย และ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พึงพอใจต่อบริการพยาบาลน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย
2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทองผาภูมิ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับหัวหน้างานห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการใช้รูปแบบ รวมทั้งการติดต่อกับผู้วิจัยเมื่อต้องการคำปรึกษาขณะเก็บข้อมูล
3. ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลสภาพการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ในปี พ.ศ. 2556 - 2565 จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 152 ฉบับ และสัมภาษณ์การปฏิบัติการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด ใช้เวลา 1 เดือน (พฤศจิกายน 2565)
4. ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดย
 - 4.1 เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยเก็บข้อมูลผู้คลอดทางช่องคลอด และพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ใช้เวลา 45 วัน (1 เมษายน - 15 พฤษภาคม 2566)
 - 4.2 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 โดยเก็บข้อมูลผู้คลอดทางช่องคลอด และพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และโรงพยาบาลทองผาภูมิ ใช้เวลา 3 เดือน (มิถุนายน - สิงหาคม 2566)
5. ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลหลังใช้รูปแบบ และยืนยันรูปแบบโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 2 เดือน (กันยายน - ตุลาคม 2566)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ตามหนังสือรับรองรหัสโครงการ RIB เลขที่ 1-2566 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักของการเข้าร่วมการวิจัย และตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องและปกปิดเป็นความลับ

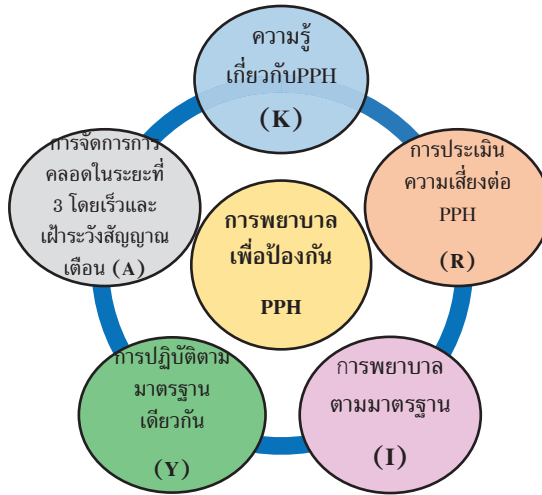
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สภาพการณ์และการปฏิบัติการพยาบาลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
2. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง อุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบและความพึงพอใจของผู้คลอดต่อบริการพยาบาลห้องคลอด ใช้สถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลใช้สถิติ Paired t-tests
3. ประเมินคุณภาพรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) 5 ท่าน

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2565 มีผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน 259 ราย พบเป็นผู้คลอดครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรก ร้อยละ 50.66 (จำนวน 77 ราย) ผู้คลอดปกติ (normal labour) มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด ร้อยละ 63.16 (จำนวน 96 ราย) สาเหตุตาม 4Ts ที่พบมากที่สุด ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี (tone: uterine atony) ร้อยละ 75 (จำนวน 75 ราย) และพบความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับ E มากที่สุด ร้อยละ 82.23 (จำนวน 125 ราย) ระดับความรุนแรงสูงสุดที่พบได้แก่ ระดับ G คือต้องตัดมดลูก พบร้อยละ 4.60 (จำนวน 7 ราย) และประเด็นสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดมีต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แก่ พยาบาลมีความตระหนักในสภาพปัญหาปัจจุบัน แต่ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน

2. รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ที่ได้รับการพัฒนา คือ KRIYA model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (knowledge: K) เป็นการให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ สาธิตการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยใช้สถานการณ์จำลอง แนะนำการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (risk assessment of PPH : R) โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง PHRA ในทุกระยะของการคลอด 3) การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด (implementation of standard of nursing: I) 4) การปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน (yardstick of nursing manual: Y) เป็นการนำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดให้เป็นแนวเดียวกัน 5) การจัดการการคลอดในระยะที่ 3 โดยเร็วและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะตกเลือดหลังคลอด (active management of the third stage of labour and alert to warning signs: A) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

โดยแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบ	ความหมาย	เครื่องมือประกอบรูปแบบ
K: knowledge of PPH	ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ความหมายและการวินิจฉัยภาวะ PPH - ปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุ 4Ts - การป้องกันภาวะ PPH - หลักการสำคัญในการดูแล รักษาภาวะ PPH - สัญญาณเตือน (early warning signs) ภาวะ PPH - บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะ PPH 	1. สื่อให้ความรู้เรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2. คลิปวีดิทัศน์ การทำ double condom intrauterine balloon tamponade
R: risk assessment of PPH	การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยประเมินในระยะ <ul style="list-style-type: none"> - ระยะแรกเริ่ม - ระยะที่ 1 ของการคลอด (1st stage of labour) - ระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด (2nd and 3rd stage of labour) 	1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (PHRA) 2. ป้ายเตือนกลุ่มเสี่ยง (PPH alert card)
I: implementation of standard of nursing	การปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด ในแต่ละระยะของการคลอด ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ระยะแรกเริ่ม - ระยะที่ 1 ของการคลอด (1st stage of labour) - ระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด (2nd and 3rd stage of labour) - ระยะที่ 4 ของการคลอด (4th stage of labour) 	คู่มือการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก



องค์ประกอบ	ความหมาย	เครื่องมือประกอบรูปแบบ
Y: yardstick of nursing manual	การปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน	คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
A: active management of third stage of labour and alert to warning signs	การจัดการการคลอดในระยะที่ 3 โดยเร็ว ได้แก่ - ฉีด oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อหัวไหล่ผู้คลอดทันทีหลังทารกคลอดไหล่น้ำ - ทำคลอดรกด้วยวิธี control cord traction โดยไม่ต้องรอรกลอกตัว - นวดหรือคลึงมดลูกเป็นระยะ ๆ การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	1. คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2. คลิปวิดีโอที่ศัลยกรรมทำ double condom intrauterine balloon tamponade ระยะแรก

3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

3.1 ผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ 1) มีอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 1 ราย สาเหตุจาก มดลูกหดตัวไม่ดี ความรุนแรงระดับ E คิดเป็นร้อยละอุบัติการณ์เท่ากับ .38 ลดลงจากก่อนใช้รูปแบบปี พ.ศ. 2562-2565 ที่มีอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ .80 (7 ราย), ร้อยละ 1.33 (11 ราย), ร้อยละ .85 (7 ราย) และร้อยละ .43 (3 ราย) ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีความรุนแรงระดับ G (ตัดมดลูก) ปีละ 1 ราย 2) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลห้องคลอด หลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22 (SD=.65) เมื่อพิจารณารายชื่อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ การให้ข้อมูลที่สำคัญในการคลอดให้ทราบ ได้แก่ เวลาคลอด เพศ น้ำหนักทารก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะคลอด ค่าเฉลี่ย 4.51 (SD=.58)

3.2 ผลลัพธ์ต่อพยาบาล 1) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ก่อนใช้รูปแบบ 12.67 หลังใช้รูปแบบ 15.67 กล่าวคือ หลังใช้รูปแบบ พยาบาลมีความรู้มากกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.52, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ($n = 18$)

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ PPH	ค่าเฉลี่ยคะแนน				t	p
	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบ			
	M	SD	M	SD		
ความรู้เรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก	12.67	2.47	15.67	3.30	3.52	<.001

2) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมหลังใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.34 (SD=.45) เมื่อพิจารณารายชื่อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ สามารถคัดกรองผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 4.72 (SD=.45)



4. ผลการยืนยันรูปแบบโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) 5 ท่าน พบว่า รูปแบบมีความเป็นประโยชน์ ร้อยละ 98.92 และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ร้อยละ 98.29

อภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โดยศึกษาสภาพการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดและการปฏิบัติการพยาบาลจริง ร่วมกับการใช้แนวคิด บททศวรรษวิชาการ ประกอบด้วย มาตรฐานการบริการพยาบาลทางสูติกรรม⁶ แนวคิดการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์^{4,7} แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์⁷⁻¹⁰ และแนวคิดการบริหารความเสี่ยง 2P Safety¹¹ รวมถึงการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน จากการบูรณาการแนวคิดดังกล่าว จึงได้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (KRIYA model) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (Knowledge: K) 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (risk assessment of PPH: R) 3) การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด (implementation of standard of nursing: I) 4) การปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน (yardstick of nursing manual: Y) และ 5) การจัดการการคลอดในระยะที่ 3 โดยเร็วและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (active management of the third stage of labour and Alert to warning signs: A) ที่มีจุดเด่น คือ มีการให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด มีการใช้เกณฑ์คัดกรองในแต่ละระยะของการคลอด และใช้มาตรฐานการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Louira et al.⁵ พบว่า การให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้ลดอัตราภาวะตกเลือดหลังคลอดการศึกษาของ Srinakrungs¹⁵ พบว่า พยาบาลห้องคลอดใช้การคัดกรองความเสี่ยงในทุกๆระยะของการคลอดเป็นสัญญาณเตือนการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด การศึกษาของ Kaewvichien et al.¹⁶ พบว่า การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้มีผลลัพธ์การพยาบาลที่ดี การศึกษาของ Churoso¹⁷ พบว่า การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีคู่มือหรือแนวทาง ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน ช่วยการป้องกันและรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ และ Pochana, Chaiwongsa & Somchok¹⁸ พบว่า การจัดการการคลอดในระยะที่ 3 โดยเร็วเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่เป็นเครื่องมือที่ทำให้พยาบาลทีมสหวิชาชีพ มีศักยภาพในการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

2.1 อุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก หลังใช้รูปแบบ พบภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) 1 ราย ความรุนแรงระดับ E คือมีการให้การรักษาเพิ่มเติม ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล 3 วัน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565 ที่มีอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ .43 (3 ราย) ความรุนแรงระดับ G (ตัดมดลูก) 1 ราย จะเห็นได้ว่าร้อยละอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกลดลง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลได้ใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดระยะแรกที่เกิดขึ้น มีการประเมินความเสี่ยงในทุกๆระยะของการคลอด ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด และมีการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้ช่วยลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลงได้ นอกจากนี้ในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pochana et al.¹⁸ พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เป็นเครื่องมือที่ทำให้พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ มีศักยภาพในการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด



พบว่า ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลห้องคลอดโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยประเด็นที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ การให้ข้อมูลที่สำคัญในการคลอดให้ทราบ ได้แก่ เวลาคลอด เพศ น้ำหนักทารก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะคลอด ที่เป็นเช่นนี้เพราะ เป็นข้อมูลของบุตรที่มารดาต้องการทราบอยู่แล้ว ในส่วนของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะคลอด เมื่อแจ้งให้ทราบ พยาบาลจะแจ้งว่าเป็นข้อมูลจำเป็นที่ผู้คลอดต้องจำไว้เพื่อแจ้งให้แพทย์ พยาบาลทราบในการคลอดครั้งต่อไป เพื่อการวางแผนการดูแลให้การคลอดครั้งต่อไปปลอดภัย ผู้คลอดจึงเห็นความสำคัญ และพึงพอใจที่ได้รับทราบข้อมูลนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meksawat¹⁹ พบว่า บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และการให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงบวกแก่ผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจในการรับบริการครั้งต่อไป เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

2.3 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า หลังใช้รูปแบบพยาบาลมีความรู้เรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มากกว่าก่อนใช้รูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบและสื่อการให้ความรู้พยาบาลมีความหลากหลาย ได้แก่ สื่อประกอบการบรรยาย การสาธิตจากสถานการณ์จำลอง สื่อวีดิทัศน์ ที่ให้ความรู้ที่จำเป็น เจาะจงกับการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถทบทวนความรู้จากสื่อต่างๆ นี้ได้ตลอดเวลา จึงช่วยให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ พยาบาลได้นำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ทำให้มีความรู้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaturongkachock, Intarasan, & Plodpluang²⁰ พบว่า หลังใช้รูปแบบซึ่งมีการให้ความรู้พยาบาลโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ประเด็นที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ สามารถคัดกรองผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง อธิบายได้จากความสอดคล้องของการศึกษานี้ ที่พบว่า พยาบาลมีความรู้ว่าการประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ควรประเมินในทุกๆ ระยะของการคลอด แต่ที่ผ่านมาไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ครบถ้วน เพราะมีปัจจัยอื่น เช่น ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีเครื่องมือที่ใช้ประเมิน เมื่อมีการพัฒนารูปแบบฯ ที่ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดในทุกๆ ระยะของการคลอด โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จนได้แบบประเมินความเสี่ยง (PHRA) ที่ชัดเจน น่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kangwantrakul and Inyasin²¹ พบว่าหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด พยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ทุกระยะและพยาบาลวิชาชีพ มีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลว่า สามารถนำไปใช้ได้จริง เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยสรุป จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้รับบริการ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง (PHRA) ในทุกระยะของการคลอด 3) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด 4) การปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน คือ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และ 5) การจัดการการคลอดในระยะที่ 3 โดยเร็ว การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว นอกจากนี้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ยังสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญที่พบว่า รูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์ร้อยละ 98.92 และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ร้อยละ 98.29



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรกำหนดเป็นนโยบายระดับโรงพยาบาลในการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และควบคุมกำกับการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่พัฒนาขึ้น ไปเผยแพร่ในการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อขยายผลการนำไปใช้

1.3 ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่พัฒนาขึ้น นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 พัฒนาต่อยอดการศึกษาเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด หรือพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในรายที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ทั้งในส่วนของข้อมูลของผู้คลอดและพยาบาลที่ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม นำมาพัฒนารูปแบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งต่อไปให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. UNICEF. United nations population fund and the world bank. Trends in maternal mortality 2000 to 2017 [Internet]. 2019 [cited 15 November 2023]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
2. Bureau of Health Promotion. Report to department of health statistics. Bangkok: Bureau of Health promotion. 2021.(in Thai)
3. Maternity Nursing Department, Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital. Self-assessment report of the maternity nursing department, Somdet Phra Sangharaja Hospital. Kanchanaburi: Somdet Phra Sangharaja Hospital. 2022.(in Thai)
4. Tuyishime E, Ingabire H, Mvukiyehe JP, Durieux M, Twagirumugabe T. Implementing the risk identification (RI) and modified early obstetric warning signs (MEOWS) tool in district hospitals in Rwanda: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth 2020;20(568), 1-9.
5. Loura K, Zahran KM, Ahmed NH, Abd-Elhafez HA. Assessment of nurses knowledge about preventive and therapeutic measures of postpartum hemorrhage. ASNJ 2019; 7:22-31.
6. Nursing Division Ministry of Public Health. Nursing standard in hospital. Bangkok: The Council. 2008. (in Thai)
7. Department of Medical Services. Guidelines on the management of standard birth. Bangkok: Department of medical services. 2015.(in Thai)
8. Titler MG, Kleiber FC, Steelman VJ, Rakel BA, Budreay G, Everett LQ, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. CRIT CARE NURS CLIN 2001;13: 497-509.



9. Thailand Nursing and Midwifery council. Nursing practice guidelines. Bangkok: Joodthong. 2008. (in Thai)
10. Tilokskulchai F, Evidence-based nursing: principle and method. Faculty of nursing Mahidol University. Bangkok. 2010.(in Thai)
11. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). 2P safety: Patient safety goal. Famous and Successful. Bangkok. 2018.(in Thai)
12. Leunglatanamas L. R&D Research and development design guidelines [Internet]. 2016 [cited 3 August 2023]. Available from: <http://164.115.41.60/knowledge/?p=377>
13. Jirawatkul A, Statistics in research: appropriate selection. Withayapat. Bangkok. 2014.(in Thai)
14. Lovett B. Cited in: Luangangoon N, Reliability of measurement instruments used in educational research, Journal of Educational Measurement Mahasarakham University 1992; 3(1):1-16.(in Thai)
15. Srinakrungs U. The study maternal risk screening protocol to prevent early 2 hours post-partum hemorrhage, Nongbualumphu Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal 2018; 26(3):126-34.(in Thai)
16. Kaewvichien S, Waleerattanapa R, Sangkhamal S, Buaban S, Panngern P. Effect of using the pediatric early warning systems (PEWS) screening with standards of nursing for pediatric dengue hemorrhagic fever on nursing outcome in Queen Sirikit National Institute of child health. Journal of the Department of Medical Services 2022; 47(2):78-87.(in Thai)
17. Churos S. Prevention of postpartum hemorrhage: Nurse's roles. Region 11 Medical Journal 2019; 33(1):181-92.(in Thai)
18. Pochana W, Chaiwongsa K, Somchok P. Development of the risk factor assessment and nursing practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage by knowledge management, Sawan Dandin Crown Prince hospital. Research and development health system journal 2021; 14(2):182-91.(in Thai)
19. Meksawat P. Service quality assessment of central library, Srinakharinwirot University. Bangkok: The central library of Srinakharinwirot university. 2006.(in Thai)
20. Jaturongkachock K, Intarasan T, Plodpluang U. The development of health literacy model for pregnant women at risk of gestational diabetes mellitus in Banpong hospital. Region 4-5 Medical Journal 2023; 42(3):431-44.(in Thai)
21. Kangwantrakul P, Inyasri O. Development of nursing practice guideline for the prevention of postpartum hemorrhage in the first two hours after giving birth at labor room, Udonthani hospital. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(2):121-34.(in Thai)



ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

Factors Predicting Postpartum Depression Among First – Time Mothers

สุธิดา สืบอนันต์¹, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี² อุษา เชื้อหอม²Sutida Suebanun¹, Tatirat Tachasuksri², Usa Chuahorm²¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา¹Graduate Student, Master of Nursing Program, Burapha University²Faculty of Nursing, Burapha University

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

Received: May 19, 2024 Revised: May 30, 2024 Accepted: June 19, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลบุตร การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอด 4–6 สัปดาห์ ที่มีบุตรคนแรก และมารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรของโรงพยาบาล 4 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 264 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในช่วงเดือนสิงหาคมถึง ธันวาคม 2566 ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85, .96, .84 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบ ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 23.11 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวระดับน้อยมีโอกาสดังกล่าวภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนระดับมาก (OR=4.19, 95%CI=2.00–8.75, p<.001) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ มีโอกาสดังกล่าวภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าผู้ที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (OR=3.25, 95%CI= 1.65–6.40, p<.001) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดี และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากครอบครัว; การรับรู้ประสบการณ์การคลอด; ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา; ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด; มารดาที่มีบุตรคนแรก



Factors Predicting Postpartum Depression Among First – Time Mothers

Sutida Suebanun¹, Tatirat Tachasuksri², Usa Chuahorm²

¹Graduate Student, Master of Nursing Program, Burapha University

²Faculty of Nursing, Burapha University

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

Received: May 19, 2024 Revised: May 30, 2024 Accepted: June 19, 2024

Abstract

Postpartum depression is a significant mental health problem that impairs childcare capabilities. The predictive research aimed to assess the prevalence of postpartum depression and identify its influencing predictors among first-time mothers. Participants were 264 first-time mothers, 4 to 6 weeks postpartum, who attended the check-up at four hospitals in Nakhon Ratchasima Province. Participants were selected through multistage random sampling, and data were collected using self-report questionnaires from August to December 2023. The research instruments consisted of personal record form, maternal role attainment questionnaire, family support questionnaire, perception of childbirth experience questionnaire, and postpartum depression questionnaire. The reliabilities were .85, .96, .84 and .88 respectively. Descriptive statistics and logistic regression were utilized to analyze the data. The results revealed that the prevalence of postpartum depression among first-time mothers was 23.11%. Significant predictors of postpartum depression included a low level of family support (OR=4.19, 95%CI=2.00–8.75, $p<.001$) and a negative perception of the childbirth experience (OR=3.25, 95%CI=1.65–6.40, $p<.001$). Therefore, nurses or midwives should promote positive childbirth experiences and encourage their families in the care of postpartum women and newborns to reduce the risk of postpartum depression.

Keywords: family support; perception of childbirth experience; maternal role attainment; postpartum depression; first-time mothers



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นความผิดปกติด้านจิตอารมณ์ที่มีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจาก 56 ประเทศในปี ค.ศ. 2018 พบค่าเฉลี่ยของความชุกทั่วโลกร้อยละ 17.7¹ และปี ค.ศ. 2022 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 34² สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในปี พ.ศ. 2559 มีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยทั่วโลก พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด ร้อยละ 18.4³ โดยมารดาที่มีบุตรครั้งแรกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีประสบการณ์การคลอดบุตร 3 เท่า⁴ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกในต่างประเทศพบว่า ปี ค.ศ. 2017 มีความชุกของการเกิดโรคในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 6.4⁵ ส่วนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 33.33⁶ ซึ่งมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรกของประเทศไทยที่ค่อนข้างสูงและอาจเกิดผลกระทบต่อมารดาและทารกได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัว โดยเฉพาะผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของมารดาในระยะยาว จากการศึกษาพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมารดาจะทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การคิดทำร้ายตนเอง และการคิดฆ่าตัวตาย⁷ รวมทั้งอาจส่งผลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและสามีลดลงได้⁸ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต น้ำหนักตัว การนอนหลับ และมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของทารกที่เพิ่มขึ้น⁹ จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบที่ค่อนข้างรุนแรงทั้งต่อมารดา ทารก และครอบครัว ดังนั้นการป้องกันการเกิดและลดผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะในมารดาครั้งแรกที่มีโอกาสสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากแนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck¹⁰ (Beck's postpartum depression theory) กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านชีววิทยา จากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนในร่างกายช่วงระยะหลังคลอด และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมเนื่องจากต้องปรับตัวกับบทบาทหน้าที่มารดา ส่งผลให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยรายได้ที่ไม่เพียงพอของครอบครัว การไม่มีคู่สมรส การผ่าตัดคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹¹⁻¹³ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูทารกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁴⁻¹⁵

จากที่กล่าวมาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่อาจเกิดขึ้นในมารดาหลังคลอด การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่เป็นสถานการณ์ปัจจุบันค่อนข้างน้อย และไม่พบการศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนการเกิดของทารก มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 17,773 ราย¹⁶ จึงเป็นพื้นที่ที่มีประชากรในกลุ่มมารดาหลังคลอดเป็นจำนวนมาก หากได้ทราบความชุกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะทำให้ทราบอัตราของการเกิดโรคและสามารถหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกได้ การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา



ครั้งแรกที่ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคลและจิตสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck ร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด ความสำเร็จในการดำรง บทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผลของการศึกษานี้จะช่วยให้ทราบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรก เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของมารดา หลังคลอดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

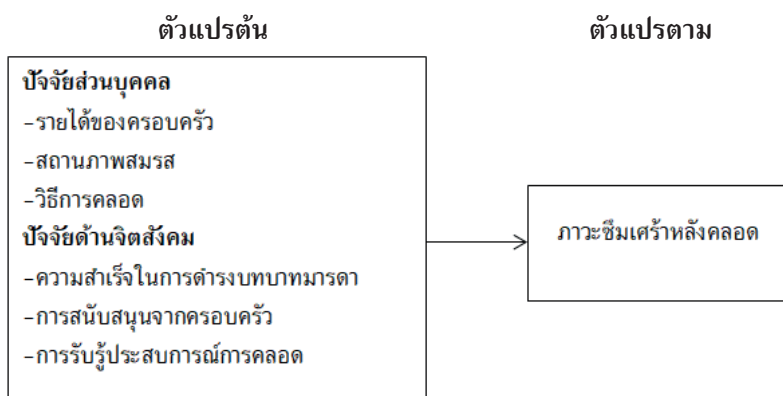
1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ ประสบการณ์การคลอด

สมมติฐานการวิจัย

รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุน จากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มี บุตรคนแรกได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck¹⁰ (Beck's postpartum depression theory) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Beck กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดได้รับอิทธิพล จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม มีผลให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติ ทางอารมณ์ที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck¹⁰ และการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามารดาหลังคลอดจะเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสำเร็จในการดำรง บทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จึงได้กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัย ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกและมารับบริการตรวจสุขภาพในช่วงระยะ 4 - 6 สัปดาห์ หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 8,309 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกและมารับบริการตรวจสุขภาพในช่วงระยะ 4 - 6 สัปดาห์ หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) คลอดบุตรที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 4) ไม่บกพร่องทางสติปัญญา สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง 1) มารดาที่ไม่ได้อยู่กับบุตรหรือไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด 2) มารดาและทารกมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด เช่น ภาวะช็อค ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การวิเคราะห์แบบการถดถอยพหุคูณตามอัตราส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายต่อ 1 ตัวแปรอิสระ การศึกษานี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัวแปร ค่าขนาดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 240 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 264 ราย แต่เนื่องจากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ซึ่งกำหนดให้ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 30 เท่าของจำนวนตัวแปรต้น¹⁷ การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 264 ราย จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากคัดเลือกโรงพยาบาลที่ศึกษาในระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โรงพยาบาลปากช่องนานา และเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 1 แห่ง จากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 โรงพยาบาล โดยการจับฉลากคือ โรงพยาบาลโชคชัย จากนั้นคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้คลอดต่อปีพ.ศ. 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 145 คน โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จำนวน 35 คน โรงพยาบาลปากช่องนานา จำนวน 59 คน และโรงพยาบาลโชคชัย จำนวน 25 คน และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากมารดาหลังคลอดที่มารับบริการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้รับอนุญาตให้ใช้หรือปรับใช้เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

2. แบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (The Maternal Role Attainment Scale Form B) พัฒนาโดย Phumonsakul, Somboonsub & Siriwattanachok¹⁸ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความผูกพันต่อบุตร ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดา และความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทมารดา มีจำนวน 23 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามาก

3. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ใช้และปรับมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์ของ Tachasuksri et al.¹⁹ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านบทบาทหน้าที่



ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ มีจำนวน 15 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 15 - 60 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

4. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พัฒนาโดย Nakanakupt, Jaichuan, & Purksametanan²⁰ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอด การควบคุมตนเอง และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอดมีข้อคำถาม 26 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 26 - 104 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (the Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS) แปลเป็นภาษาไทยโดย Pitanupong, Liabsuetrakul, & Arnont Vittayanont²¹ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 - 30 คะแนน ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) การศึกษานี้มีแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คือ แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว นำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี ความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85, .96, .84 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมได้ จำนวน 2 คน โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ชั้นเก็บข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประสานงานกับบุคลากรของหน่วยงานที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล เลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแต่ละตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นผ่านทุกข้อ ได้แก่ ปรับระดับตัวแปรอิสระและตัวแปรตามให้เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพมี 2 ค่า คือ 0 กับ 1 (dichotomous) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล คือใช้ขนาดตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของจำนวนตัวแปร การศึกษานี้มีจำนวน 6 ตัวแปร มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 264 ราย ถือว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง¹⁷ โดยพิจารณาค่า Variance inflation factor [VIF] มีค่าอยู่ในช่วง 1.00-1.20 และพิจารณาค่า Tolerance มีค่าอยู่ในช่วง .81-.99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา



รหัสโครงการวิจัย G-HS041/2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2566 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา เลขที่ 117/2023 ลงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยโรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา และโรงพยาบาลโชคชัย สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.89 ปี (SD=5.90) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 62.88) เป็นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย (ร้อยละ 30.30 และ 32.58 ตามลำดับ) เป็นมารดาที่มีการประกอบอาชีพมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.12 และ 37.88) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 19,707.46 บาทต่อเดือน (SD=13,426.60) มีความเพียงพอของรายได้เป็นบางเดือน (ร้อยละ 45.08) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 86.74) และมีสามีเป็นบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือหลังคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 55.68) ส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ครั้งแรก (ร้อยละ 75.76) อายุครรภ์เมื่อคลอดคือ 38 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 31.06) คลอดเองทางช่องคลอดใกล้เคียงกับการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 54.55 และ ร้อยละ 42.05 ตามลำดับ) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรถ์ คลอด หรือหลังคลอด (ร้อยละ 56.44) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (CPD) (ร้อยละ 12.88) ส่วนทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 89.02)

2. ข้อมูลภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่ศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6.33 คะแนน (SD=5.19) (ตารางที่ 1) โดยมีภาวะซึมเศร้าในช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 23.11 (ตารางที่ 2) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง โดยความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 104.42 (SD=7.97) การสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.28 (SD=7.20) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีคะแนนเฉลี่ย 83.11 (SD=9.31) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่ศึกษา (n=264)

ตัวแปร	Range		Mean	SD
	Possible	Actual		
ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา	23 - 115	72 - 115	104.42	7.97
การสนับสนุนจากครอบครัว	15 - 60	15 - 60	54.28	7.20
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	26 - 104	52 - 104	83.11	9.31
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	0 - 30	0 - 28	6.33	5.19

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (n=264)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (น้อยกว่า 11 คะแนน)	203	76.89
มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	61	23.11



3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.09$ $p < .001$, $\chi^2 = 19.69$ $p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		χ^2	p
	หลังคลอด		หลังคลอด			
	n = 203		n = 61			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)					3.64	.056
< 8,300 บาท	14	60.87	9	39.13		
> 8,300 บาท	189	78.42	52	21.58		
2. วิธีการคลอด					.48	.487
การผ่าตัดคลอด	83	74.77	28	25.23		
การคลอดทางช่องคลอด	120	78.43	33	21.57		
3. สถานภาพสมรส					3.24	.072
หย่าร้าง/แยกทาง	8	57.14	6	42.86		
คู่	195	78.00	55	22.00		
4. ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา					.18	.670
ระดับน้อย (< 92 คะแนน)	13	81.25	3	18.75		
ระดับมาก (\geq 92 คะแนน)	190	76.61	58	23.39		
5. การสนับสนุนจากครอบครัว					24.09	<.001
ระดับน้อย (< 48 คะแนน)	20	47.62	22	52.38		
ระดับมาก (\geq 48 คะแนน)	183	82.43	39	17.57		
6. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด					19.69	<.001
ทางลบ (< 83 คะแนน)	84	65.12	45	34.88		
ทางบวก (\geq 83 คะแนน)	119	88.15	16	11.85		

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า รายได้ของครอบครัว วิธีการคลอด สถานภาพสมรส ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ได้ร้อยละ 21 (Nagelkerke $R^2 = .210$, $p < .001$) โดยการสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 4.19 เท่าของมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก (OR=4.19, 95%CI=2.00 – 8.75, $p < .001$) และมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 3.25 เท่าของมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (OR=3.25, 95%CI=1.65–6.40, $p < .001$) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)	95%CI
1. รายได้ของครอบครัว < 8,300 บาท/เดือน	.50	.49	1.04	1	.307	1.65	.62 – 4.35
2. การผ่าตัดคลอด	.17	.32	.27	1	.597	1.18	.62 – 2.24
3. สถานภาพสมรสหย่าร้าง	.97	.62	2.44	1	.118	2.66	.77 – 9.07
4. ความสำเร็จในการดำรง บทบาทมารดาในระดับน้อย	-.74	.72	1.03	1	.309	.47	.11 – 1.98
5. การสนับสนุนจาก ครอบครัวระดับน้อย	1.43	.37	14.50	1	<.001	4.19	2.00 – 8.75
6. การรับรู้ประสบการณ์ การคลอดทางลบ	1.18	.34	11.72	1	<.001	3.25	1.65 – 6.40
ค่าคงที่	-2.33	.31	54.50	1	<.001	.097	

Nagelkerke R² = .210, Overall Percentage = 79.17

5. ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของสมการการถดถอยโลจิสติก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวน 61 ราย สามารถทำนายว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถูกต้องร้อยละ 29.51 และสามารถทำนายว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถูกต้องร้อยละ 94.09 และร้อยละของการพยากรณ์ถูกต้องเท่ากับ ร้อยละ 79.17 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละความถูกต้องของการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกจากสมการโลจิสติก

ค่าสังเกต	ผลการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก		
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า หลังคลอด	มีภาวะซึมเศร้า หลังคลอด	ร้อยละความถูกต้อง
ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	191	12	94.09
มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	43	18	29.51
ร้อยละทั้งหมด			79.17

อภิปรายผล

1. ความชุกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 23.11 โดยอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่พบมากที่สุด คือ การตำหนิตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น (M=1.12, SD=.91) ความรู้สึกกระวนกระวายหรือกังวลอย่างไม่มีเหตุผล (M=1.00, SD=.96) และความรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้อนอนหลับได้ยาก (M=.84, SD=.86) เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอดเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตสังคม และลักษณะส่วนบุคคล หากมารดาไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹⁰ ผลการศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใกล้เคียงกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2017 ในประเทศกำลังพัฒนา คือร้อยละ 21 – 26² แต่สูงกว่าค่าเฉลี่ยจากการศึกษาทั่วโลกจำนวน 56 ประเทศ ปี ค.ศ. 2018 ที่พบค่าเฉลี่ยความชุกร้อยละ 17.71 และน้อยกว่าการศึกษาจาก 12 ประเทศ ในปี ค.ศ. 2022 พบค่าเฉลี่ยของความชุกร้อยละ 34² เนื่องจากในช่วงปี ค.ศ. 2019 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวน



มากจึงอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงขึ้น รวมทั้งยังพบความชุกมากกว่าการศึกษาในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สวีเดน สิงคโปร์ และเนเธอร์แลนด์ (ร้อยละ 6.4, ร้อยละ 3 และร้อยละ 8 ตามลำดับ)^{1,5} เนื่องจากประชากรในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีทำให้มีความเครียดลดลง จึงลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาในปี พ.ศ. 2562 ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบร้อยละ 33.33⁶ เนื่องจากเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมมีการย้ายถิ่นเข้ามาอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว วิถีชีวิตที่เร่งรีบและเมื่อคลอดบุตรแล้ว จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในครอบครัวเดิม จึงได้รับการดูแลช่วยเหลือหลังคลอดจากสามีเพียงร้อยละ 32.30 ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่า สามีเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือหลังคลอด ร้อยละ 55.68 จึงอาจส่งผลทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าการศึกษานี้ และต่ำกว่าการศึกษาในปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 64.17¹⁴ เนื่องจากใช้เกณฑ์จุดตัดคะแนนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตั้งแต่ 7 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้ที่ใช้เกณฑ์จุดตัดตั้งแต่ 11 คะแนน ดังนั้นในแต่ละการศึกษาอาจพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแตกต่างกันตามบริบททางสังคมและเศรษฐกิจในแต่ละพื้นที่และเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 4.19 เท่าของมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก ($OR=4.19$, 95% $CI=2.00-8.75$) โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่มากที่สุด ($M=3.71$, $SD=.46$) รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านสิ่งของ ($M=3.65$, $SD=.55$) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($M=3.61$, $SD=.52$) และการสนับสนุนด้านข้อมูล ($M=3.46$, $SD=.59$) เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำคัญที่ช่วยในการเผชิญกับความเครียดและการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะหลังคลอด^{10,22} โดยการสนับสนุนด้านบทบาทหน้าที่และด้านข้อมูลจะช่วยส่งเสริมการปรับตัวในการทำหน้าที่ของมารดาและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนการสนับสนุนด้านสิ่งของเป็นการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและการดูแลทารก ทำให้มารดามีความสุขสบายขึ้น และการสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้มารดาผ่อนคลายจากความเครียด จึงช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.48$, $p=.001$)¹⁰

2.2 การรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 3.25 เท่าของมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ($OR=3.25$, 95% $CI=1.65-6.40$) เนื่องจากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นความรู้สึกของมารดาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะคลอดที่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม กระบวนการคลอดบุตรอาจทำให้มารดาได้รับความเจ็บปวด กลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด จึงเกิดความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ และมีผลกระทบทางลบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของมารดาหลังคลอด¹⁰ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ได้แก่ ความรู้สึกกลัวในการคลอด ($M=2.09$, $SD=.93$) ความรู้สึกกลัวเมื่อมีการให้ยาหรือใช้เครื่องมือการแพทย์ ($M=2.34$, $SD=.95$) และมีความรู้สึกกังวลตลอดระยะเวลาของการคลอด ($M=2.37$, $SD=.92$) และสอดคล้องกับการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($OR=2.87$,



95%CI=1.33 – 6.17)¹³ อย่างไรก็ตาม มารดาหลังคลอดในการศึกษานี้มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดค่อนข้างดี (M=83.11, SD=9.31) โดยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ ความรู้สึกมีความสุขที่ได้โอบกอดบุตรหลังคลอด (M=3.89, SD=.35) ความเจ็บปวดและความรู้สึกยากลำบากในการคลอดหมดไปเมื่อได้ยินเสียงร้องหรือเห็นบุตร (M=3.77, SD=.52) และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจากการคลอด (M=3.75, SD=.50) ซึ่งเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก จึงอาจช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

2.3 ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กล่าวคือ ไม่ว่าจะมารดาหลังคลอดจะประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในระดับมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีอายุในช่วงวัยผู้ใหญ่ จึงมีวุฒิภาวะและความพร้อมต่อการเป็นมารดา ร่วมกับส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกันกับสามี (ร้อยละ 86.74) โดยมีรายได้เพียงพอทุกเดือน (ร้อยละ 44.32) และมีบุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือหลังคลอด ส่วนใหญ่สามารถหยุดพักหรือไม่ต้องทำงานในช่วงหลังคลอดบุตรได้ (ร้อยละ 98.86) เนื่องจากความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่เป็นมารดาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมอีกประการหนึ่ง หากการดูแลและสภาพแวดล้อมไม่ส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติทางอารมณ์หลังคลอดได้¹⁰ ดังนั้นการที่มีความพร้อมในการเป็นมารดา มีรายได้ที่เพียงพอ และมีเวลาในการดูแลตนเองและดูแลบุตร จะช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม และมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา จึงอาจมีผลให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ตามบทบาทต่าง ๆ ของมารดาหลังคลอดไม่สามารถทำนายสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด (β = .11, p = .084)²³

2.4 วิธีการคลอด เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากการคลอดแต่ละวิธีมีผลต่อความรู้สึกเจ็บปวดที่แตกต่างกัน การคลอดทางช่องคลอดเป็นกระบวนการคลอดมารดาต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมาก สำหรับการผ่าตัดคลอด มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจะเผชิญกับความเจ็บปวดตั้งแต่ระยะคลอดถึงหลังคลอด จึงอาจมีผลต่อการดูแลตนเองและทารก หากมารดาไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บปวดและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹⁰ การศึกษานี้พบว่า วิธีการคลอดไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กล่าวคือ การคลอดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดคลอดหรือคลอดทางช่องคลอด ไม่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก อาจเนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นวิธีการคลอดที่ส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการของมารดา ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทั้งมารดาและทารก (ร้อยละ 56.44 และ ร้อยละ 89.02 ตามลำดับ) ได้รับการดูแลหลังคลอดและได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพมีผลให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม จึงมีความเครียดลดลงส่งผลให้วิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดและคลอดทางช่องคลอดไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดไม่แตกต่างกันกับมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด (95%CI=.25–3.05, p = .543)²⁴

2.5 รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการคลอดและเลี้ยงดูทารกเป็นผลกระทบสำคัญที่จำเป็นต้องมีรายได้เพียงพอ หากไม่สามารถบริหารจัดการเงินในครอบครัวให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นได้ อาจนำไปสู่ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁰ การศึกษานี้พบว่า รายได้ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กล่าวคือ ความแตกต่างของรายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจเนื่องมาจากมารดา



หลังคลอดมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ($M=27.89, SD=5.90$) มีความพร้อมในการเป็นมารดาและกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ที่ค่าครองชีพไม่สูง จึงทำให้มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 89.40 โดยมีรายได้เพียงพอเป็นบางเดือน (ร้อยละ 45.10) และมีรายได้เพียงพอทุกเดือน (ร้อยละ 44.32) และมารดามีบุตรเป็นคนแรก ทำให้สามารถจัดการรายได้ให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจากการคลอดและการดูแลทารกได้ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ($\beta=.12, p=.095$)⁶

2.6 สถานภาพสมรส เป็นอีกหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการดูแลช่วยเหลือหลังคลอดจากสามี เนื่องจากสามีมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือมารดาและทารก ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ หากมารดาไม่มีคู่สมรสในการดูแลช่วยเหลือหลังคลอด อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹⁰ การศึกษาคั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรส ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก อธิบายว่าสถานภาพสมรสคู่หรือหย่าร้างของมารดาไม่มีผลการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทำงานและมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 89.40) ร่วมกับลักษณะครอบครัวของสังคมไทยในพื้นที่ที่ทำการศึกษามาก่อนหน้านี้จะอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยาย จึงมีบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่ช่วยดูแลช่วยเหลือแทนสามี ดังในการศึกษานี้ที่พบว่า ร้อยละ 43.94 ของกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลอื่นในครอบครัวดูแลช่วยเหลือหลังคลอด เช่น พ่อแม่ของมารดาและสามี ญาติ และพี่น้อง เป็นต้น ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ทำให้การมีคู่สมรสและไม่มีคู่สมรสไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁶

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาทุกรายที่มารับบริการตรวจสุขภาพในช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด และมีการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยให้การดูแลในระยะคลอดที่ส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดี และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก โดยเน้นการดูแลในระยะคลอดที่ส่งเสริมประสบการณ์การคลอดทางบวก และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา



References

1. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry* 2018; 8:1-23. doi: 10.3389/fpsy.2017.00248.
2. Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a literature review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(4):1-11.
3. Sukasem N, Ruangphornwisut R, Sriareporn P, Siririth W, Watcharaprapapong P. Predictors of postpartum depression. *JHN* 2016;34(1):47-55. (in Thai)
4. Mitsui K, Endo M, Kino H, Matsumura Y, Tayanaka M, Nishioka E, Ueda Y, Takeda J, Kokaze A. Risk factors for postpartum depressive symptoms. *Res Sq* 2022:2-14. doi:10.21203/rs.3.rs-1509248/v1.
5. Sylven SM, Thomopoulos T, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *Eur Psychiatry* 2017;40:4-12. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.07.003.
6. Saenbunma K, Suriyanimitsuk T, Prachasisoradech K, Mamark N. Predictive factors of postpartum depression among first postpartum women. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2021;31(2): 128-39. (in Thai)
7. Kim P, Rigo P, Leckman JF, Mayes LC, Cole PM, Feldman R, Swain JE. A prospective longitudinal study of perceived infant outcomes at 18-24 months: neural and psychological correlates of parental thoughts and actions assessed during the first month postpartum. *Front Psychol* 2015;6:1-14. doi:10.3389/fpsyg.2015.01772.
8. Khajehi M, Doherty M, Tilley PM, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *JSM* 2015;12(6):1415-26. doi:10.1111/jsm.12901.
9. Weobong B, Ten Asbroek AH, Soremekun S, Gram L, Amenga-Etego S, Danso S, et al. Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. *BMJ Open* 2015;5(8):1-9. doi:10.1136/bmjopen-2014-006509.
10. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50(5):275-85.
11. Wubetu AD, Engidaw NA, Gizachew KD. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020;20:1-9.
12. Doke PP, Vaidya VM, Narula APS, Datar MC, Patil AV, Panchanadikar TM, et al. Assessment of difference in postpartum depression among caesarean and vaginally delivered women at 6-week follow-up in hospitals in Pune District, India: an observational cohort study. *BMJ Open* 2021;11(9): 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2021-052008.



13. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. The connections of pregnancy-, delivery-, and infant-related risk factors and negative life events on postpartum depression and their role in first and recurrent depression. *Depression Research and Treatment* 2016;1-8.
14. Pukdeesamai A, Sriarporn P, Xuto P. Factors predicting postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2017;44(3):19-29.(in Thai)
15. Gordo L, Oliver-Roig A, Martinez-Pampliega A, Iriarte Elejalde L, Fernandez-Alcantara M, Richart-Martinez M. Parental perception of child vulnerability and parental competence: the role of postnatal depression and parental stress in fathers and mothers. *PLoS One* 2018;13(8):1-13. doi:10.1371/journal.pone.0202894.
16. National statistical office. Demographic statistics [Internet]. 2022 [cited 27 May 2024]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th>.(in Thai)
17. Vanichbuncha K. Multivariate data analysis. 3rd ed. Bangkok: department of statistics Chulalongkorn University; 2008.(in Thai)
18. Phumonsakul S, Somboonsub A, Siriwattanachok U. Development of maternal role attainment scale (MRAS): revised short form and psychometric characteristics. *Journal of Nursing Science* 2004;22(1):28-38. (in Thai)
19. Tachasuksri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N, Kwannate C. Causal model for quality of life among pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):28-46.(in Thai)
20. Nakanakupt M, Jaichaun P, Purksametanan T. A comparison of women's perceptions of intrapartum care process, childbirth experience and satisfaction with nursing care between normal vaginal birth and cesarean section. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;28(1):60-70.(in Thai)
21. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai edinburgh postnatal depression scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research* 2007;149: 253-9.(in Thai)
22. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1243-58.
23. Pansri S, Phahuwatanakorn W, Yusamran C, Putdivarnichapong W. Adaptive factors influencing mental health of postpartum mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(2):160-70.(in Thai)
24. Anusornteerakul S, Ounkeaw A, Harnklar S, Sitthi K, Booranasun T. Postpartum depression and maternal adaptation among postpartum women with caesarean section and normal labor. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2022;30(2):216-25.(in Thai)



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์

Effects of a Perceived Self-efficacy Promoting Program on Health Behaviors, Stress, and Blood Sugar Level among Women with Gestational Diabetes Mellitus

กฤษณี สุวรรณรัตน์¹, กรรณิการ์ พรงาม¹

Kritsanee Suwannarat¹, Kannikar Ponggam¹

¹วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kannikar Ponggam; Email: kannikar1@pnc.ac.th

Received: July 15, 2024 Revised: August 5, 2024 Accepted: October 31, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 42 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความเครียด และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบประเมินความเครียดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 และ .95 ตามลำดับ ในการดำเนินการวิจัย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยได้รับการสนับสนุนประสบการณ์ความสำเร็จ เรียนรู้ผ่านตัวแบบ ใช้คำพูดชักจูง และกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งอาจช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในครรภ์ได้

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน; พฤติกรรมสุขภาพ; ความเครียด; ระดับน้ำตาลในเลือด; เบาหวานจากการตั้งครรภ์



Effects of a Perceived Self-efficacy Promoting Program on Health Behaviors, Stress, and Blood Sugar Level among Women with Gestational Diabetes Mellitus

Kritsanee Suwannarat¹, Kannikar Ponggam¹

¹ Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kannikar Ponggam; Email: kannikar1@pnc.ac.th

Received: July 15, 2024 Revised: August 5, 2024 Accepted: October 31, 2024

Abstract

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) causes complications in pregnant women and fetuses. Therefore, controlling blood sugar levels is very important. This study was quasi-experimental research aimed to examine the effects of a perceived self-efficacy promoting (PSEP) program. The participants were composed of 42 GDM pregnant women at antenatal care of Phrapokklao hospital, Chanthaburi province. They were selected using match-paired sampling into two groups: controlled and experimental groups. Research instruments included a PSEP program; questionnaires assessing health behaviors and stress with a reliability of .77 and .95, respectively; and a form recording blood sugar level. During a period of experimentation, the experimental group participated in the PSEP program for 6 weeks to support their mastery experiences and vicarious experiences using social persuasion to promote physiological and emotional states. Data were analyzed by t-tests to compare the differences in mean scores within groups and between two groups. The results found that the mean scores of health behavior of the experimental group after the program were significantly higher than those before the program and higher than those of the control group. It was also found that the mean score of stress of the experimental group after the program was significantly decreased, as well as lesser than that of the control group. In addition, the average blood sugar level in the experimental group was significantly lower than that of the control group. Thus, this study indicates that the PSEP program can promote health behaviors in GDM pregnant women to reduce stress and control blood sugar levels. As a result, complications in GDM pregnant women and fetuses can be reduced.

Keywords: self-efficacy; health behavior; stress; blood sugar level; gestational diabetes mellitus



ความเป็นมาและความสำคัญ

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงเรียกรวมกันว่าเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ GDM เช่น อายุมากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่า 27 kg/m^2 มีประวัติครรภ์ก่อนเป็นเบาหวาน เป็นต้น สำหรับการตรวจคัดกรองภาวะ GDM ใช้วิธี 50 กรัม GCT (Glucose Challenge Test) โดยหญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องงดน้ำงดอาหารและดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคส 50 กรัม หลังจากนั้น 1 ชั่วโมง ทำการตรวจระดับน้ำตาล ถ้าค่าที่ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl ถือว่าผิดปกติจะพิจารณานัดมาตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี 100 กรัม OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และตรวจเลือดดูค่าระดับน้ำตาลครั้งที่ 1 และหลังจากนั้นดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม ตรวจเลือดดูค่าระดับน้ำตาลครั้งที่ 2, 3 และ 4 ห่างกันทุก 1 ชั่วโมง และแปลผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มข้อมูลเบาหวานแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา¹ หญิงที่มีภาวะ GDM จะได้รับคำแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาล และมีการติดตามระดับน้ำตาล 1 หรือ 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร โดยมีค่าปกติไม่เกิน 140 และ 120 mg/dl ตามลำดับ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาจส่งผลกระทบต่อทั้งตัวหญิงตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การแท้ง การติดเชื้อ ครรภ์แฝดน้ำ การคลอดยาก และการตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น และผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ขาดอาหารและออกซิเจน มีความพิการแต่กำเนิด มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ หรือตัวโต เกิดมา มีภาวะหายใจลำบาก และน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังคลอด เป็นต้น² ดังนั้นหญิงที่มีภาวะ GDM จึงจำเป็นต้องรับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดผลกระทบต่อร่างกายตามมา

ปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงนอกจากเป็นผลจากสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตในระยะตั้งครรภ์แล้ว ยังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ อายุที่มากกว่า 30 ปี และค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 30 kg/m^2 มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง³ และปัจจัยภายนอก คือ พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเหมาะสม ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง มีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁴⁻⁵ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับที่ตัวตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะช่วยให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมเป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง มีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติได้เช่นกัน^{4,6}

ภาวะ GDM ยังสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้สูง เป็นผลมาจากการรับรู้และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของภาวะ GDM ต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดในการควบคุมและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด⁷ ซึ่งความเครียดจะมีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของระดับฮอร์โมนในร่างกาย มีการกระตุ้น Sympathetic adrenal medulla system ส่งเสริมทำให้เกิดการหลั่ง Adrenocorticotrophic Hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเพิ่มระดับของ glucocorticoid, glucagon, catecholamine และไปเร่งการสลายตัวของ gluconeogenesis และ glycogen จึงมีผลต่อการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะเบาหวานรุนแรงมากขึ้นได้⁸ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ตัวตนเองสามารถจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การมาตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง และได้รับการกำลังใจจากบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์⁹ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น¹⁰



การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura¹¹ เป็นการรับรู้ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าสามารถจัดการตนเองให้กระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ประสบความสำเร็จในสิ่งที่คาดหวังไว้ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) สนับสนุนประสบการณ์ความสำเร็จ 2) สนับสนุนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) สนับสนุนการใช้คำพูดชักจูง และ 4) สนับสนุนการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูง บุคคลจะพยายามลงมือกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำ จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่พยายามลงมือกระทำ ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่คาดหวังไว้ ดังผลการศึกษาที่พบว่าหญิงที่มีภาวะ GDM ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹² และผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนจากสถานประกอบการพบว่าพนักงานที่เป็นเบาหวานในสถานประกอบการที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม¹³ ส่วนในด้านการจัดการความเครียดพบว่าการนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในวัยรุ่นตอนต้น พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม¹⁴

ปัจจุบันมีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับในกลุ่มหญิงที่มีภาวะ GDM มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังไม่พบการส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียดซึ่งมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยเห็นความสำคัญจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹¹ มาส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 แหล่งสนับสนุนในหญิงที่มีภาวะ GDM ในด้านพฤติกรรมสุขภาพและการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ GDM ที่อาจตามมาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพบแพทย์ตามนัด) ความเครียด และระดับน้ำตาลในเลือด (หลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง) ของหญิงที่มีภาวะ GDM

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹¹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยทำให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ เกิดการเรียนรู้ ฝึกฝนจนเกิดทักษะใหม่ 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบบุคคลตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ 3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และ 4) การกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์โดยการเสริมแรง ติดตามปัญหา/อุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขให้สะท้อนตนเองและชื่นชมยกย่องเมื่อทำได้ตามเป้าหมายในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และจัดการความเครียดที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1) สนับสนุนประสบการณ์ความสำเร็จ

ประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะพฤติกรรมสุขภาพ และวางแผนตั้งเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลที่ต้องการ

2) สนับสนุนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

ผู้วิจัยบอกเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ จากการยกตัวอย่างหญิงที่มีภาวะ GDM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้

3) สนับสนุนการใช้คำพูดชักจูง

กระตุ้นเตือน แนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการผ่อนคลายความเครียดตามเป้าหมาย

4) สนับสนุนการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

ประเมินและฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ร่วมกับการเสริมแรง ติดตามปัญหา/อุปสรรค และสะท้อนคิด

1. พฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย การพบแพทย์ ตามนัด)

2. ความเครียด

3. ระดับน้ำตาลในเลือด

(หลังรับประทานอาหาร 1 ชม.)

แผนภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่มีภาวะ GDM ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 จำนวน 42 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ G^* Power ด้วยสถิติ t test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ .80 และค่า effect size ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร กำหนดจากงานวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงที่มี GDM¹² มีค่าเท่ากับ 5.98 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 2 ราย ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำเนินการวิจัย จึงกำหนดค่า effect size ต่ำสุดของระดับ large effect size คือ .80¹⁵ ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 ราย โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ GDM ที่อายุครรภ์ ≤ 30 สัปดาห์ 2) ได้รับการรักษาโดยการควบคุมอาหาร 3) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย 4) มีโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารได้ และ 5) ไม่มีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางจิตเวช เป็นต้น ผู้วิจัยใช้วิธีจับคู่ (match-paired sampling) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติ อายุและดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติและปัจจัยภายในใกล้เคียงกัน

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คู่มือเรื่อง “ภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์: คุณแม่สามารถจัดการได้” และแบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพและความเครียดในหญิงที่มีภาวะ GDM



1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹¹ มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1): (ใช้เวลา 45-60 นาที) ผู้วิจัยประเมินความรู้ ความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และให้ความรู้และฝึกทักษะพฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย) ฝึกทักษะการผ่อนคลาย ความเครียด และบอกเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการยกตัวอย่างหญิงที่มีภาวะ GDM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และให้หญิงตั้งครรภ์วางแผนและตั้งเป้าหมายปรับพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ และผู้วิจัยเสริมแรง ให้กำลังใจ และมอบคู่มือ “ภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์: คุณแม่สามารถจัดการได้” แก่หญิงตั้งครรภ์ และนำการสแกน QR Code เพื่อบันทึกไฟล์คู่มือและคลิปวิดีโอฝึกการผ่อนคลายความเครียดนำกลับไปทบทวนฝึกปฏิบัติที่บ้าน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2): (ใช้เวลา 15-20 นาที) ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ กระตุ้นเตือน แนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการผ่อนคลายความเครียดตามเป้าหมาย (กลุ่มตัวอย่างอยู่ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องถึงสัปดาห์ที่ 6)

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4): (ใช้เวลา 15-20 นาที) ผู้วิจัยติดตามหญิงตั้งครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ สอบถามปัญหา/อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เสริมแรง ชื่นชมหญิงตั้งครรภ์เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เหมาะสม

ครั้งที่ 4: สัปดาห์ที่ 6: (ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์สะท้อนคิดผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ณ แผนกฝากครรภ์ เปรียบเทียบกับเป้าหมาย และวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ชื่นชมหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 4 ครั้ง และผู้วิจัย ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด และติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด (Post-test) และแจ้งผลการทดลอง สรุปการเข้าร่วมการศึกษา

2) คู่มือเรื่อง “ภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์: คุณแม่สามารถจัดการได้” เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ใช้เป็นเอกสารประกอบการทำกิจกรรมครั้งที่ 1-4 และใช้สำหรับให้หญิงตั้งครรภ์ทบทวนฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับภาวะ GDM แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ด้าน เป้าหมายและความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา/อุปสรรค หรือความสำเร็จ และตารางการนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรม

3) แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพและความเครียดในหญิงที่มีภาวะ GDM ใช้สำหรับผู้วิจัยบันทึกผลการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ในกลุ่มทดลอง และวันที่นัดหมายหญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมกิจกรรม รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามงานวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประวัติสูติกรรม คือ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว/ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 6 ของการเข้าร่วมการศึกษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ได้รับอนุญาตให้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในหญิงที่มีภาวะ GDM¹⁶ ได้จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ และด้านการมาพบแพทย์ตามนัด 1 ข้อ การให้คะแนนจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า



4 ระดับ คือปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติบ้าง และไม่ได้ปฏิบัติ มีคะแนนเต็ม 33 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-60)¹⁷ เฉพาะส่วนที่ 3 แบบวัดอาการของความเครียดที่แสดงออกมาทางระบบต่างๆ ของร่างกายทั้ง 7 ระบบ จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ รู้สึกเครียดมากที่สุด/เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา รู้สึกเครียดมาก/เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย รู้สึกเครียดปานกลาง/เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง รู้สึกเครียดเล็กน้อย/เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง และไม่รู้สึกเครียด/ไม่เคยเกิดขึ้นเลย มีคะแนนเต็ม 96 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ และนักโภชนาการของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาหลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบโดยให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ราย และหญิงที่มีภาวะ GDM จำนวน 3 ราย อ่านเพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษานำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยตรวจสอบแล้วได้ค่า CVI=1.00

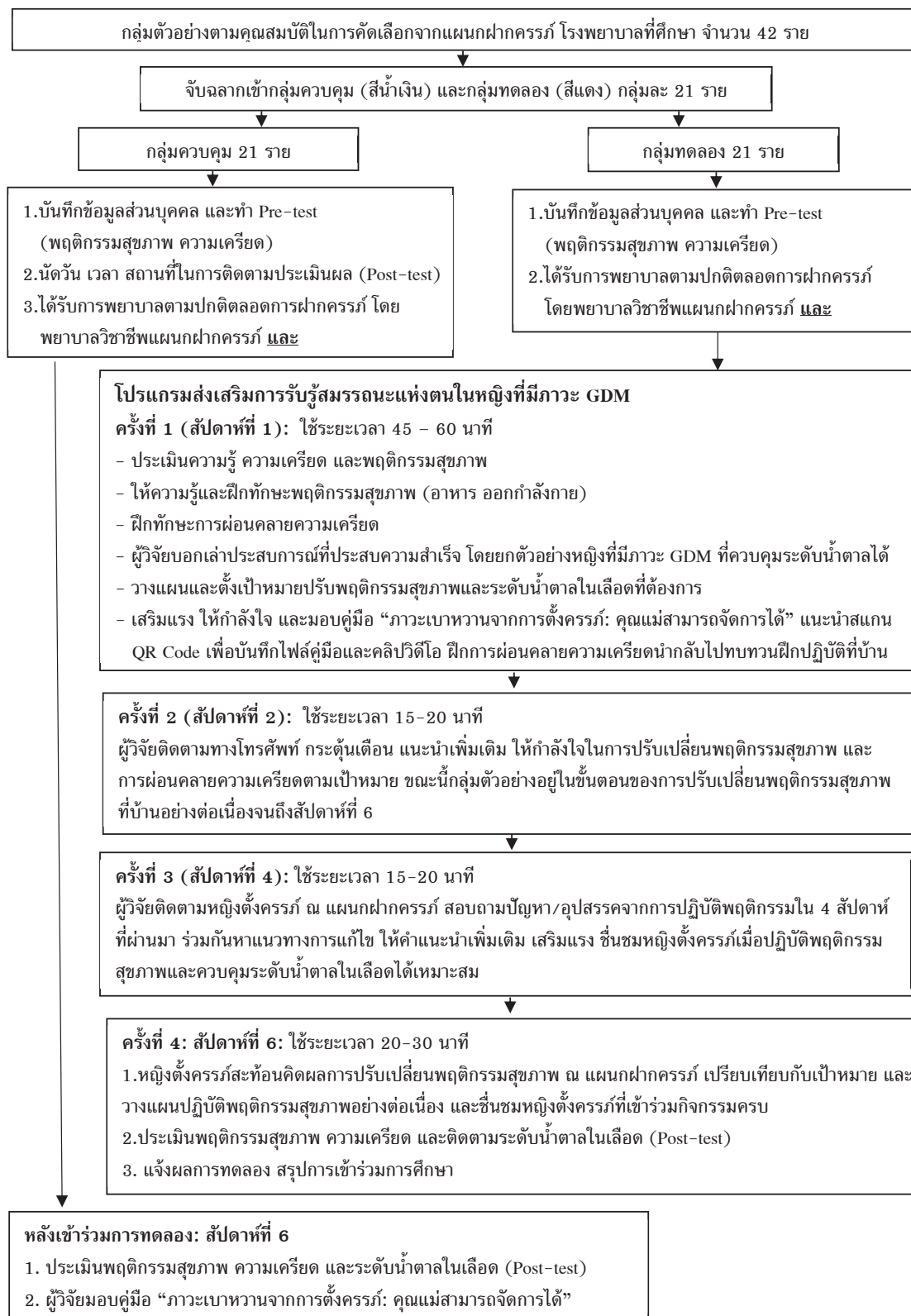
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบประเมินความเครียด ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพระปกเกล้า และนำข้อมูลไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .77 และ .95 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่โครงการวิจัย 013/ 66 ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิในการยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการพยาบาล โดยข้อมูลถูกเก็บอย่างมิดชิดและนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นและหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 : แผนการเก็บรวบรวมข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเพื่อทดสอบความแตกต่างคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้านอายุ รายได้ครอบครัว อายุครรภ์ปัจจุบันที่เริ่มเข้าร่วมวิจัย และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ด้านลักษณะครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-Square Test ด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์และโรคประจำตัว/ประวัติเจ็บป่วยในอดีต วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher Exact Test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงที่มีภาวะ GDM ด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Dependent t-test และระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าการกระจายตัวปกติ (test of normality) ส่วนการเปรียบเทียบด้านการพบแพทย์ตามนัดภายในกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และด้านการพบแพทย์ตามนัดระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าการกระจายตัวไม่ปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของหญิงที่มีภาวะ GDM ภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Dependent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าการกระจายตัวปกติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะ GDM ระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าการกระจายตัวปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 28.71 ปี (SD=5.54) และ 29.71 ปี (SD=5.36) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นพื้นฐาน 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.90 และ 57.20 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 95.20 และ 90.50 ตามลำดับ ประกอบอาชีพทำงาน คิดเป็นร้อยละ 85.70 และ 66.70 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 16952.38 บาทต่อเดือน (SD=9967.33) และ 16380.95 บาทต่อเดือน (SD=7684.25) ตามลำดับ มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 57.10 เท่ากัน มีลำดับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 90.50 และ 66.67 ตามลำดับ มีอายุครรภ์เฉลี่ย 19.86 สัปดาห์ (SD=6.61) และ 22.95 สัปดาห์ (SD=6.17) ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 25.33 kg/m² (SD=3.43) และ 25.95 kg/m² (SD=4.50) ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต คิดเป็นร้อยละ 90.50 เท่ากัน และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 61.90 และ 57.10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 42)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n = 21) ร้อยละ	กลุ่มควบคุม (n = 21) ร้อยละ	ค่าสถิติ	Sig. (2-tailed)
อายุ		28.71 (SD=5.54)	29.71 (SD=5.36)	-.594 ^a	.56
การศึกษา	ระดับชั้นพื้นฐาน 12 ปี	61.90	57.20		.41 ^c
	สูงกว่าชั้นพื้นฐาน	38.10	42.80		
สถานภาพสมรส	คู่	95.20	90.50		1.00 ^c
	หม้าย	4.80	9.50		
	หย่า/ แยก	.00	.00		
อาชีพ	ประกอบอาชีพ	85.70	66.70		.14 ^c
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	14.30	33.30		
รายได้ครอบครัว		16,952.38 (SD=9967.33)	16,380.95 (SD=7684.25)	-.455 ^a	.65
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวขยาย	57.10	57.10	.000 ^b	1.00
	ครอบครัวเดี่ยว	42.90	42.90		
ลำดับการตั้งครรภ์	ครรภ์หลัง	90.50	66.67		.13 ^c
	ครรภ์แรก	9.50	33.33		
อายุครรภ์		19.86 (SD=6.61)	22.95 (SD=6.17)	-1.536 ^a	.13
ดัชนีมวลกาย		25.33 (SD=3.43)	25.95 (SD=4.50)	-.496 ^a	.62
ก่อนการตั้งครรภ์					
โรคประจำตัว/ประวัติ	ไม่มี	90.50	90.50		1.00 ^c
การเจ็บป่วยในอดีต	มี	9.50	9.50		
ประวัติการเจ็บป่วย	ไม่มี	61.90	57.10	.099 ^b	.75 ^b
ในครอบครัว	มี	38.10	42.90		

a = Independent t-test, b = Chi-square test, c = Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงที่มีภาวะ GDM ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมและจำแนกรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพบแพทย์ตามนัด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .001 และ .02 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม และจำแนกรายด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .02 ตามลำดับ ยกเว้นรายด้านการออกกำลังกาย และการพบแพทย์ตามนัดที่พบว่าไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงที่มีภาวะ GDM ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 42)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่าสถิติ	p
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 21)						
การรับประทานอาหาร	12.24	3.11	17.76	3.19	5.64 ^a	.000
การออกกำลังกาย	4.14	1.82	7.71	1.06	7.35 ^a	.000
การพบแพทย์ตามนัด	2.62	.67	2.95	.212	-2.33 ^b	.02
ภาพรวม	19.00	4.15	28.43	3.71	7.70^a	.000
กลุ่มควบคุม (n = 21)						
การรับประทานอาหาร	12.71	2.80	14.38	1.96	1.67 ^a	.02
การออกกำลังกาย	3.33	2.22	4.19	1.94	.86 ^a	.07
การพบแพทย์ตามนัด	2.48	.81	2.52	.75	.05 ^b	.96
ภาพรวม	18.52	3.80	21.10	3.49	2.57^a	.01

a = Dependent t-test, b = Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในภาพรวมและจำแนกรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพบแพทย์ตามนัด) ก่อนการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผลหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพบแพทย์ตามนัด ทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001 และ .01 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงที่มีภาวะ GDM ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 42)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		ค่าสถิติ	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง						
การรับประทานอาหาร	12.24	3.11	12.71	2.80	-.52 ^a	.61
การออกกำลังกาย	4.14	1.82	3.33	2.22	1.29 ^a	.20
การพบแพทย์ตามนัด	2.62	.67	2.48	.81	-.61 ^b	.56
ภาพรวม	19.00	4.15	18.52	3.80	.39^a	.70
หลังการทดลอง						
การรับประทานอาหาร	17.76	3.19	14.38	1.96	4.14 ^a	.001
การออกกำลังกาย	7.71	1.06	4.19	1.94	7.31 ^a	.001
การพบแพทย์ตามนัด	2.95	.212	2.52	.75	-2.61 ^b	.01
ภาพรวม	28.43	3.71	21.10	3.49	6.60^a	.001

a = Independent t-test, b = Mann-Whitney U test



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของหญิงที่มีภาวะ GDM ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 42)

ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 21)	45.57	9.38	33.81	9.26	-.51	.001
กลุ่มควบคุม (n = 21)	43.81	11.97	43.67	12.44	-.05	.97

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของหญิงที่มีภาวะ GDM ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 42)

ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	45.57	9.38	43.81	11.97	.53	.60
หลังการทดลอง	33.81	9.26	43.67	12.44	-2.91	.006

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะ GDM ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 42)

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
หลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง	106.81	14.21	120.43	20.55	-2.50	.02

อภิปรายผล

1. การวิจัยเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงที่มีภาวะ GDM ครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง คือ 1) สนับสนุนประสบการณ์ความสำเร็จ โดยได้รับการประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความรู้เรื่องภาวะ GDM ได้ฝึกทักษะการเลือกอาหาร และฝึกการออกกำลังกาย ตลอดจนวางแผนปรับพฤติกรรมสุขภาพ และตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรถ์ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ฝึกตัดสินใจ ได้ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ หญิงตั้งครรถ์จะเกิดความพยายามทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ 2) สนับสนุนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยได้รับการบอกเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ จากการยกตัวอย่างหญิงตั้งครรถ์ที่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม เพื่อให้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ช่วยให้หญิงตั้งครรถ์รับรู้ว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นกันกับตัวแบบ ถ้าตนเองมีความเชื่อมั่นในตนเองและพยายามทำตามแผนเป้าหมายที่กำหนดไว้ 3) สนับสนุนการใช้คำพูดชักจูง หญิงตั้งครรถ์กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการ และได้รับกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรถ์เกิดความภาคภูมิใจ เกิดการรับรู้และเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้และประสบความสำเร็จอย่างบุคคลต้นแบบอย่างค่อยเป็นค่อยไป และ 4) สนับสนุนการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยหญิงตั้งครรถ์กลุ่มทดลองได้รับการเสริมแรงติดตามปัญหา/อุปสรรคร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข ให้สะท้อนตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา และได้รับการชื่นชมยกย่องเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมเป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรถ์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมด้วย¹⁸ และผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรถ์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุม¹² และการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁹ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้หญิงตั้งครรถ์สามารถจัดการพฤติกรรมของตนเองได้ ควบคุมแผนการบริโภคและน้ำหนักตัวของตนเองได้

2. การวิจัยเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเครียดของหญิงที่มีภาวะ GDM ครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง คือ 1) สนับสนุนประสบการณ์ความสำเร็จ โดยได้รับการประเมินความเครียดและฝึกการผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการหายใจตามวิธีของกรมสุขภาพจิตเป็นการเสริมสร้างทักษะที่เพียงพอที่จะ



ประสบความสำเร็จด้านการผ่อนคลายความเครียดได้ 2) สนับสนุนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยได้รับการบอกเล่า ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีการผ่อนคลายความเครียดได้เหมาะสม ได้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดหลากหลายวิธี เข้าใจและรับรู้ว่ายหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีความเครียด ความวิตกกังวล แต่ทุกคนสามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ เชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองก็สามารถผ่อนคลายจากความเครียดนั้นได้เช่นกัน 3) สนับสนุนการใช้คำพูดชักจูง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นเตือน ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการ และได้รับกำลังใจเมื่อมีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และ 4) สนับสนุนการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการหายใจ ช่วยลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ จิตใจผ่อนคลาย ลดการคิดฟุ้งซ่านและความวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้น และได้รับการเสริมแรง ติดตามปัญหา/อุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข ให้สะท้อนตนเองเกี่ยวกับวิธี และผลของการผ่อนคลายความเครียดที่ได้ปฏิบัติ และได้รับการชื่นชมเมื่อสามารถผ่อนคลายความเครียดได้เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียด มีความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม²⁰ และผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม²¹

3. การวิจัยเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะ GDM ครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่มจะอยู่ค่าปกติ (น้อยกว่า 140 mg/dl) แต่เมื่อจำแนกรายบุคคลพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติทั้ง 21 คน โดยอยู่ในช่วง 81-130 mg/dl ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดเกินค่าปกติจำนวน 4 คน โดยอยู่ในช่วง 88-159 mg/dl ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และมีเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถควบคุมภาวะ GDM จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่า อันเป็นผลมาจากจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งในด้านการรับประทาน และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมออกกำลังกายกับระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2²² ที่พบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำและเป็นเวลานานมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยผลิตอินซูลินได้มากขึ้น กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวเพิ่มตัวรับอินซูลินและทำให้อินซูลินมีความไวในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ภาวะดื้ออินซูลินลดลง จึงช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สำหรับด้านการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มทดลองมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพขึ้น จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้วิธีการวิเคราะห์ผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ⁶ โดยพบว่า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์เชิงลบเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากทำให้เกิดความไม่สมดุลของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ดังนั้น หากมีการผ่อนคลายความวิตกกังวล และภาวะอารมณ์เชิงลบต่าง ๆ จะช่วยลดปัจจัยส่งเสริมการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือดได้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในครรภ์ที่อาจตามมาได้



ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากผลของการวิจัยครั้งนี้ หน่วยฝากครรภ์ของสถานบริการสุขภาพสามารถนำไปรณรงค์ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปปรับใช้กับหญิงที่มีภาวะ GDM เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่อนคลายความเครียด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ เพื่อการติดตามประเมินภาวะเบาหวานหลังคลอด โดยอาจมีการเพิ่มกิจกรรมเพื่อเสริมความคงอยู่ของโปรแกรมการวิจัย ซึ่งจะช่วยป้องกันเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพระปกเกล้า วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณด้านการวิจัย ประจำปี 2566

References

1. Chantanamongkol K. Nursing for women with comorbidities in pregnancy. Pathum Thani: Rangsit University; 2016.(in Thai)
2. Suwanpakdee W, Buddam M, Noonart T, Lahukarn B. Gestational diabetes: nursing roles and care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2019;9(2):100-13. (in Thai)
3. Panmuang S, Amatayabundit. Effective factors associated with blood sugar among gestational diabetes mellitus at Mahasarakham Hospital. Journal of MCU Nakhondhat. 2022;9(4):278-91.(in Thai)
4. Tachasukri T, Radarith C, Siriarunrat S. A Causal model of two-hour postprandial blood glucose levels among women with gestational diabetes mellitus. Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(4): 15-30.(in Thai)
5. Chairat S, Khungtumneam K, Nateetanasomba K. Factors related to self-care behaviors on glycemic control of pregnant women with gestational diabetes mellitus class A1. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):204-19.(in Thai)
6. Jangsavang S, Siriarunrat S, Tachasukri T. Factors predicting blood glucose control behavior among pregnancy women with gestational diabetes mellitus. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020;28(3):79-89.(in Thai)
7. Wunchooserm P, Sutthiprapa A. Nursing midwife role promoting coping among women with gestational diabetes. Journal of MCU Nakhondhat. 2021;8(10):75-87.(in Thai)
8. OuYang H, Chen B, Abdulrahman AM, Li L, Wu N. Associations between gestational diabetes and anxiety or depression: a systematic review. Journal of Diabetes Research. 2021;(1),1-10. doi.org/10.1155/2021/9959779



9. Gasornboonnak P. Health promotive behaviors of individuals with gestational diabetes mellitus [Master thesis]. Nakhon Pathom: Christian University. 2012.(in Thai)
10. Panyaso K, Sangin S, Chuahorm U. Factors associated with health-related quality of life among pregnant women with diabetes mellitus in public hospitals, upper northern region thailand. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;28(3):27-40.(in Thai)
11. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
12. Suwanpakdee W, Youngwanichsetha S, Shunuan S. Effects of a self-efficacy enhancement program on dietary and exercise behaviors among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Public Health Network, Southern College Network*. 2019;6(1):39-50.(in Thai)
13. Saivaew P, Boonyamalik P, Chongchitpaisan W, Kaewboonchoo O. The effectiveness of promoting self-efficacy with organization support program on health behaviours and HbA1C among workers with diabetes mellitus. *Journal of Medical and Health Sciences*. 2022;29(1):67-82.(in Thai)
14. Aomsin K, Chaiyawat W. The effect of perceived self-efficacy promoting program on stress management behaviors of early adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2013;29(1): 31-44.(in Thai)
15. Cohen J. *Statistical power analysis*. *Curr Dir Psychol Sci*. 1992;1(3):98-101.
16. Suwannarat K, Tachasukri T, Siriarunrat S. Effects of a self-management support program on diabetes self-management behavior and blood sugar levels in women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Phrapokkloa Nursing College*. 2019;30(2):1-13.(in Thai)
17. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai population. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*. 1998;13(3):1-20.(in Thai)
18. Plangwun W, Wattananukulkiat S. Effects of self-efficacy enhancement program on nutritional health behavior of pregnant adolescents. *Journal of Nurse' Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2012;30(2):16-22.(in Thai)
19. Karavasileiadou S, Almegewly W, Alanazi A, Alyami H, Chatzimichailidou S. Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Global Health Action*. 2022;15(1),1-9. doi:10.1080/16549716.2022.2087298
20. Jittrapirom A, Chareonsanti J. Effectiveness of education provision and relaxation training program on self-care behaviors, blood sugar levels, and stress among gestational diabetic women. *Journal of Nursing*. 2015;42(4):133-145.(in Thai)
21. Baek, ES, Park HJ. Effects of a case management program on self-efficacy, depression and anxiety in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2013;19(2), 88-98.doi: <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2013.19.2.88>
22. Sriyono GH, Ro'isah R, Mariani M. Relationship between exercise habits and blood sugar levels in type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Public Health in Africa* 2023;14(s2):2615 doi: 10.4081/jphia.2023.2615



ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Relationship Between Health Belief Models and Oral Health Care Behaviors by Parents in Elementary Schools, Warinchanrab District, Ubon Ratchathani Province

สมพร แก้วทอง¹, ซ่อนทราย บุญปัญญา¹, วรินทร์ไพ ประมวล¹, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ², นิรุวรรณ เทิร์นโบล³

Somporn Keawtong¹, Sonsai Boonpunya¹, Warinramphai Pramuan¹, Saowaluk Seedaket², Niruwan Turnbull³

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute, ²North Eastern University

³Faculty of Public Health Mahasarakham University

Corresponding author: Niruwan Turnbull; Email: niruwan.o@msu.ac.th

Received: July 15, 2024 Revised: November 1, 2024 Accepted: November 21, 2024

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครอง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ปกครองเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 303 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.22 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.10, SD=.44) แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.204, p<.01$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r_s=.138, p=.02$) การรับรู้อุปสรรค ($r_s=.183, p=.01$) และปัจจัยกระตุ้น ($r_s=.115, p<.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ไม่พบความสัมพันธ์ ข้อเสนอแนะ ทันทบุคลากร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกระตุ้นให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับบริการทางทันตกรรมทุก ๆ 6 เดือน และควรเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาให้มากขึ้น

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ; พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก; เด็กก่อนวัยเรียน



Relationship Between Health Belief Models and Oral Health Care Behaviors by Parents in Elementary Schools, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province

Somporn Keawtong¹, Sonsai Boonpunya¹, Warinramphai Pramuan¹, Saowaluk Seedaket², Niruwan Turnbull³

¹Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute, ²North Eastern University

³Faculty of Public Health Mahasarakham University

Corresponding author: Niruwan Turnbull; Email: niruwan.o@msu.ac.th

Received: July 15, 2024 Revised: November 1, 2024 Accepted: November 21, 2024

Abstract

Oral care behaviors among preschool children rely on their parents' health belief. This cross-sectional study aimed to examine the relationship between health belief model and the oral health care behaviors of parents with preschool children in elementary schools under the jurisdiction of Ubon Ratchathani Primary Educational Service Area Office 4, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 303 parents of preschool children in elementary schools, selected through multi-stage random sampling. Data were collected using questionnaires that included personal characteristics, health belief model, and oral health care behaviors of parents. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and Spearman's rank correlation coefficient. The findings revealed that the majority of caregivers were female (78.22%). The level of oral health care behaviors for preschool children among caregivers was moderate (Mean=2.10, SD=.44). Overall health belief model showed a weak positive correlation with oral health care behaviors at a statistically significant level ($r_s = .204$, $p < .01$). When considering individual components, perceived susceptibility ($r_s = .138$, $p = .02$), perceived barriers ($r_s = .183$, $p = .01$), and cues to action ($r_s = .115$, $p < .05$) demonstrated weak positive associated with oral health care behaviors. However, significant correlations between perceived severity and perceived benefits with oral health care behaviors were not observed. Recommendations include that dental personnel and relevant organizations should encourage parents to take their children for dental check-ups every six months and increase activities promoting dental health among parents of preschool children in elementary schools.

Keywords: health belief models; oral health care behaviors; preschool children



ความเป็นมาและความสำคัญ

การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลที่ดีในช่วงวัยนี้สามารถส่งผลต่อสุขภาพช่องปากในระยะยาวได้อย่างมาก เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มมีฟันน้ำนมขึ้น ฟันน้ำนมมีบทบาทสำคัญในการเคี้ยวอาหาร การพูด และการพัฒนารูปร่างของใบหน้า อย่างไรก็ตาม ฟันน้ำนมยังเป็นฟันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงกว่าฟันแท้ เนื่องจากมีเคลือบฟันที่บางกว่าและมีการสัมผัสกับอาหารที่มีน้ำตาลบ่อยครั้ง ปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากในระยะยาว และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ โดยส่วนใหญ่เกิดจากการที่เด็กแปรงฟันไม่สะอาด การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีความเหมาะสม¹ อีกทั้งเด็กวัยนี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงจำเป็นต้องมีผู้ปกครองคอยให้ความดูแล นอกจากนี้ยังมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ปกครองขาดความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การให้เด็กอมลูกอมเป็นประจำ และการให้เด็กก่อกัดขูดนม² ปัญหาฟันผุในเด็กนั้นสามารถเกิดได้ในเด็กตั้งแต่อายุไม่ถึง 1 ปี หรือเริ่มมีฟันน้ำนมขึ้นเป็นซี่แรก เนื่องจากชั้นเคลือบฟันของฟันน้ำนมจะบางกว่าชั้นเคลือบฟันของฟันแท้และยังมีแร่ธาตุที่เป็นองค์ประกอบของความแข็งแรง เช่น แคลเซียมและฟอสฟอรัสน้อยกว่าในฟันแท้อีกด้วย จึงทำให้ฟันน้ำนมมีโอกาสผุได้ง่าย³

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศไทย ครั้งที่ 9⁴ พบฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 38 ในเด็กอายุ 3 ปีและร้อยละ 45.5 ในเด็กอายุ 5 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศไทยครั้งที่ 8⁵ ที่พบว่ากลุ่มอายุ 3 ปี มีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 31.1 มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 ส่วนกลุ่มเด็กอายุ 5 ปีพบว่ามีฟันผุระยะเริ่มต้น 31.3 ความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 75.6 จะเห็นได้ว่าฟันน้ำนมผุมีแนวโน้มฟันผุเพิ่มขึ้น ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการลุกลามจนฟันผุเป็นรู ทั้งนี้พบฟันผุที่ยังไม่ได้รักษาสูงถึงร้อยละ 46.1 และ 70.4 ในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 40.6 ในขณะที่เด็กอายุ 5 ปี มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 77.1 ปัจจุบันที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่สำคัญ คือ การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพโดยผู้ปกครองต้องแปรงซ้ำ การตีมนมรสจืด และการเลิกตีนมจากขวดนมเมื่ออายุ 1 ปี ซึ่งพบว่าเด็กส่วนใหญ่จะแปรงฟันตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน แต่ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 31.1 ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองและเมื่อเด็กโตขึ้นพบว่าเด็กอายุ 5 ปีถูกปล่อยให้แปรงฟันเองถึงร้อยละ 71.2 สำหรับพฤติกรรมการตีนมของเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี พบว่าตีนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านถึงร้อยละ 36.7 และ 43.3 ตามลำดับ เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 38 ตีนมจากขวดนม และมีเด็กอายุ 5 ปีอีกร้อยละ 15.2 ที่ยังคงตูดนมจากขวด และร้อยละ 15 ไม่แปรงฟันเมื่ออยู่ที่โรงเรียน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 13.5 ของเด็กอายุ 5 ปีมีฟันกรามถาวรซี่ที่หนึ่งขึ้นในช่องปากแล้ว โดยพบ ฟันผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ 2.9 และพบฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 3.1 การใส่ใจและให้ความสำคัญกับการดูแล สุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยโดยผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและลดโอกาสเกิดฟันถาวรผุได้

สถานการณ์ฟันผุของเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานีในจังหวัดอุบลราชธานี จากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (HDC) เด็กอายุ 3 ปี จำนวน 14,685 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 5,758 คน คิดเป็นร้อยละ 39.21 มีฟันผุ 1,635 คน คิดเป็นร้อยละ 21.10⁶ ในอำเภอวารินชำราบ เด็กอายุ 3-5 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานีในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,498 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจำนวน 670 คน คิดเป็นร้อยละ 44.72 มีฟันผุ 153 คน คิดเป็นร้อยละ 22.84 และข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2562-2566 พบว่าในจังหวัดอุบลราชธานี เด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 21.96, 19.51, 21.22, 17.67 และ 21.10 ตามลำดับ ในอำเภอวารินชำราบ



พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 20.32, 13.18, 12.76, 16.96, 10.38 และ 22.84 ตามลำดับ⁷ ซึ่งจะพบว่าในปีในปี 2566 พบอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงขึ้นและเป็นอัตราที่ถือว่าเป็นระดับปัญหาเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดัชนีชี้วัดของสำนักทันตสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุเกินร้อยละ 20 ถือว่าพื้นที่ยังเป็นปัญหาโรคฟันผุที่ต้องดำเนินการแก้ไข

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว ที่เกิดในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน คือผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ที่สามารถสร้างนิสัยและพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับเด็กได้ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อและทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญ⁸ ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อที่จะสามารถพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ ปณิธาน สนพะเนา และ คงเดช กล้าหาญ¹ ระบุว่า การป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนนี้ควรเริ่มแก้ไขที่ต้นเหตุสำคัญได้แก่กลุ่มผู้ปกครองที่ดูแลเด็กใกล้ชิดด้านทันตสุขภาพโดยตรง โดยควรเลือกให้เด็กรับประทานอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ หลีกเลี่ยงขนมหวาน เหนียว ติดฟัน เครื่องดื่มจำพวกรสหวานหรือน้ำอัดลม ผู้ปกครองควรฝึกหัดให้เด็กดื่มนมจากแก้วแทน การดูดขวดนม ควรแปรงฟันด้วยวิธีถูไปมา และมีการตรวจดูความสะอาดซ้ำอีกรอบหลังจากให้เด็กแปรงด้วยตนเอง รวมทั้งพาเด็กไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจประเมินช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และควรมีการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมให้ส่งผลดีต่อทันตสุขภาพให้มากที่สุด เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เด็กรักษาความสะอาดในช่องปากตั้งแต่วัยนี้ ผู้ปกครองที่มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี จะทำให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม⁹ โดยเฉพาะเมื่อผู้ปกครองมีความเชื่อในการพยายามแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์และยินดีปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรค มีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามสุขภาพและพยายามป้องกันไว้ไม่ให้เกิดขึ้นกับตัวเองและคนในครอบครัว¹⁰ ซึ่งเป็นไปตามแบบจำลองแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)¹¹

การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจในงานวิจัยหลายชิ้น เนื่องจากมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะในด้านสุขภาพทั่วไป แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ได้รับการนำมาใช้ในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองและผลกระทบต่อเด็ก¹² ทั้งนี้ งานวิจัยพบว่า ปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก อย่างไรก็ตาม การศึกษาในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตชนบท เช่น อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ยังมีอยู่อย่างจำกัด และขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยสังคม เศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างด้านข้อมูลที่ขาดหาย โดยจะช่วยสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้นเกี่ยวกับแรงจูงใจและความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนในเขตพื้นที่ชนบทซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของพื้นที่

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนในอำเภวารินชำราบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจากปี 2566 ระบุว่าอัตราความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ที่ร้อยละ 22.84 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสำนักทันตสาธารณสุข สถานการณ์นี้สะท้อน



ให้เห็นถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอและขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ช่วยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพและการรับรู้ของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การวิจัยในประเด็นนี้จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองมากขึ้น ทำให้สามารถพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงจุด ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาคาดว่าจะช่วยอธิบายว่าความเชื่อและการรับรู้ของผู้ปกครองมีผลต่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

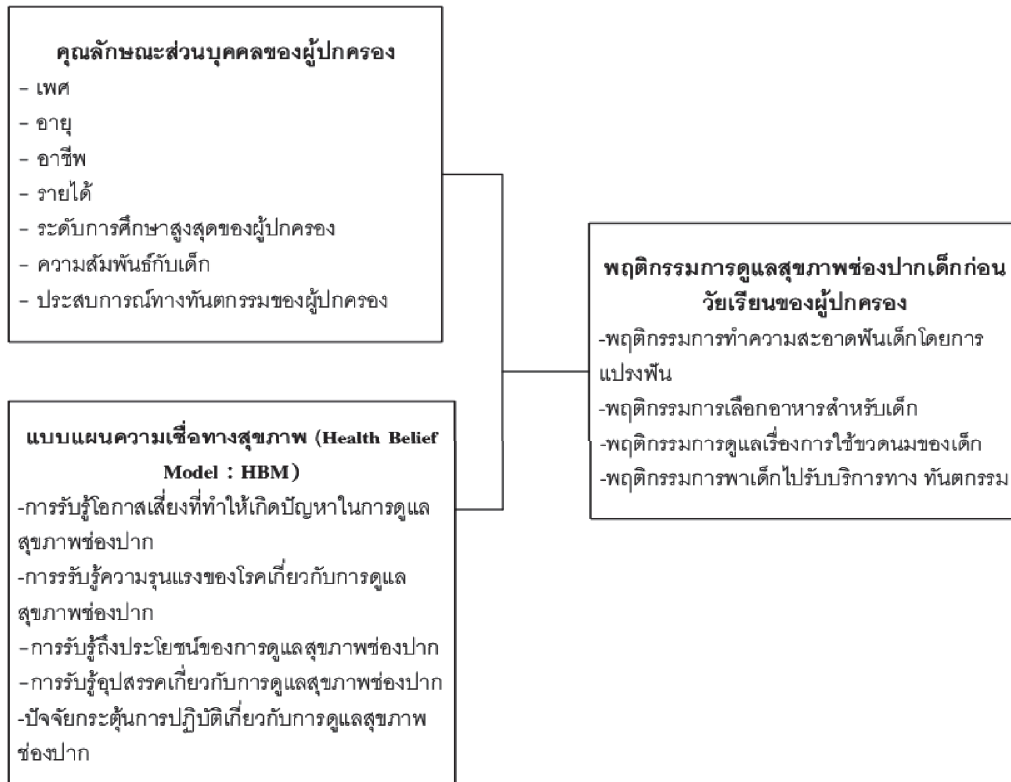
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง และเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาภายใต้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โรงเรียนประถมศึกษา 58 แห่ง จำนวน 1,498 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรขนาดเล็ก¹³ โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรที่คณะผู้วิจัยต้องการสุ่มเท่ากับ .44 อิงค่าจากการสำรวจพฤติกรรมของ



ผู้ปกครองในการปล่อยให้เด็กอายุ 3 ปี แปร่งฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 44.1 ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁴ และกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 303 คน

3. วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ การสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มประชากรจะถูกแบ่งเป็นชั้นตามโรงเรียนประถมศึกษาแต่ละแห่ง จากนั้นจะสุ่มเลือก การสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากผู้ปกครองในแต่ละชั้นภูมิหรือโรงเรียน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปกครองที่ได้มานั้นกระจายตัวอย่างเป็นธรรมและเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

4. เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่เข้าศึกษา ประกอบด้วย

4.1 ผู้เข้าร่วมต้องเป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ในโรงเรียนประถมศึกษาที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

4.2 ความยินยอมในการเข้าร่วม: ผู้เข้าร่วมต้องแสดงความยินยอมโดยการตอบแบบสอบถาม หากไม่ยินยอมสามารถเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามตั้งแต่นั้น

4.3 การไม่สามารถถอนตัว: เมื่อผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามและส่งคืนแล้ว จะไม่สามารถถอนตัวได้ เนื่องจากข้อมูลจะถูกเก็บแบบไม่ระบุตัวตน (anonymity) ทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลเพื่อลบข้อมูลในภายหลังได้

4.4 การจัดการกรณีไม่ตอบแบบสอบถาม: ผู้วิจัยจะบันทึกอัตราการตอบกลับ (response rate) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่เพียงพอตามที่กำหนด

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย คำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2. แบบสอบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือ ของ อุฬาริกา โยสิทธิ์¹³ จำนวน 13 ข้อ โดยคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ใช้สอบถามความถี่ในการปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน การแปลความหมายระดับพฤติกรรม โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มเป็นอันดับ 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์¹⁴ มีการแปลผลดังนี้

ความหมาย	เกณฑ์
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง	ช่วงคะแนน 1.34-2.00
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน .67-1.33
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ	ช่วงคะแนน .00-.66

3. แบบสอบถามด้านแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ประยุกต์ใช้เครื่องมือของ อุฬาริกา โยสิทธิ์¹⁵ และ วิจิตรา ระจักษ์จร¹⁶ จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลความหมายระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)¹⁴ มีการแปลผลดังนี้



ความหมาย	เกณฑ์
ระดับมาก	ช่วงคะแนน 3.68-5.00
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน 2.34-3.67
ระดับน้อย	ช่วงคะแนน 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า .5 (อยู่ระหว่าง .67-1.00) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีค่าเท่ากับ .71 และแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีค่าเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยจัดทำหนังสือประสานงานกับผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจัดทำหนังสือประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน 15 แห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยและลงนามในแบบแสดงโดยการบอกกล่าวและแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามพร้อมอธิบายรายละเอียดให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้เข้าใจ และดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนกันยายน 2566 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกในเครื่องคอมพิวเตอร์ประมวลผลด้วยโปรแกรมทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองโดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < .05$

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างสารนิพนธ์เสนอขอคำ รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S002/2566 ระหว่างวันที่ 11 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 10 กันยายน 2567



ผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 303 คน พบว่าผู้เข้าร่วมทุกคนได้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน ทำให้ได้อัตราการตอบกลับร้อยละ 100 โดยด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.48 ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 35 ปี อายุน้อยสุด 19 ปี และอายุมากที่สุด 76 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 44.04 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 88.08) มีค่ามัธยฐานรายได้เท่ากับ 6,000 บาท ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.98) ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 72.85) และเคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม (ร้อยละ 89.74)

ด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่า ในภาพรวมมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (Mean=2.10, SD=.44) โดยเฉพาะการเลือกอาหารสำหรับเด็ก (Mean=1.89, SD=.73) ส่วนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงสองด้านคือคือ ด้านการทำความสะอาดช่องปากเด็ก (Mean=2.41, SD=.65) และด้านพฤติกรรม การดูแลเรื่องการใช้ชีวิตของเด็ก (Mean=2.62, SD=.58) ส่วนพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำคือ การพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม (Mean=1.46, SD=.69) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n = 303)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก	ระดับ			Mean	SD	แปลผล
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการทำความสะอาดช่องปากเด็ก	153 (50.33)	122 (40.40)	28 (9.27)	2.41	.65	สูง
ด้านการเลือกอาหารสำหรับเด็ก	67 (22.11)	135 (44.55)	101 (33.33)	1.89	.73	ปานกลาง
ด้านการดูแลเรื่องการใช้ชีวิตของเด็ก	205 (67.65)	83 (27.39)	15 (4.95)	2.62	.58	สูง
ด้านการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม	35 (11.55)	69 (22.77)	199 (65.68)	1.46	.69	ต่ำ
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวม	46 (15.18)	242 (79.87)	15 (4.95)	2.10	.44	ปานกลาง

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน (n=303)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม			χ^2	p-value
	สูง จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ				2.097 ^a	.35
ชาย	7 (10.77)	56(86.15)	2(3.08)		
หญิง	39(16.38)	186(78.15)	13(5.46)		
อายุ				4.609 ^b	.63
< 20 ปี	1(33.33)	2 (66.67)	0(0.00)		
20 – 39 ปี	35(18.04)	149(76.80)	10(5.15)		
40 – 59 ปี	8(9.20)	75(86.20)	4(4.60)		
60 – 79 ปี	2(10.53)	16 (84.21)	1(5.26)		
อาชีพของผู้ปกครอง				11.538 ^b	.25
รับจ้างทั่วไป	21(15.79)	105 (78.95)	7 (5.26)		
เกษตรกร	8 (8.33)	81(84.38)	7 (7.29)		
รับราชการ	4 (66.67)	2 (33.33)	0 (.00)		
ค้าขาย	8(24.24)	25(75.76)	0 (.00)		
รัฐวิสาหกิจ	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (.00)		
อื่น ๆ	6 (18.75)	25 (78.13)	1 (3.13)		
รายได้ของผู้ปกครอง				5.945 ^b	.39
< 5,000 บาท	17(12.78)	110 (82.71)	6(4.51)		
5,001 – 10,000 บาท	24(17.91)	103(76.87)	7(5.22)		
10,001 – 15,000	1(5.88)	15(88.24)	1(5.88)		
15,001 – 20,000	5(45.45)	6(54.55)	0(.00)		
> 20,000 บาท	0(.00)	7(87.50)	1(12.50)		
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง				6.902 ^b	.29
ประถมศึกษา	9(10.23)	72 (81.82)	7(7.95)		
มัธยมศึกษา	26 (16.14)	128(80.12)	6(3.72)		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4 (16.00)	21(84.00)	0(.00)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7(24.14)	20 (68.96)	2(6.90)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก				8.218 ^b	.19
บิดา/มารดา	38(17.19)	173(78.73)	9(4.07)		
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	6(9.52)	53(84.13)	4(6.35)		
ลุง/ป้า/น้ำ/อา	2(11.76)	14(82.35)	1(5.89)		
อื่น ๆ	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)		
ประสบการณ์ทางทันตกรรมของผู้ปกครอง				.746 ^b	.69
ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม	3(9.68)	27(87.09)	1(3.23)		
เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม	43(15.80)	214(79.04)	14(5.16)		

^aChi-square, ^bFisher's Exact test



ผลการวิเคราะห์ระดับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.54, SD=.36) โดยมีแบบแผนความเชื่อรายด้านในระดับปานกลางประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Mean=3.47, SD=.43) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Mean=3.56, SD=.63) และด้านการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Mean=3.12, SD=.80) ส่วนด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean=3.99, SD=.71) และ (Mean=3.71, SD=.69) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและระดับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n = 303)

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	ระดับ			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปาก	93 (30.36)	208 (68.98)	2 (.66)	3.47	.43	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	131 (43.23)	162 (53.46)	10 (3.30)	3.56	.63	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	206 (67.98)	91 (30.03)	6 (1.98)	3.99	.71	มาก
ด้านการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	72 (23.76)	183 (60.39)	48 (15.84)	3.12	.80	ปานกลาง
ด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	155 (51.16)	140 (46.20)	8 (2.64)	3.71	.69	มาก
แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพโดยรวม	115 (37.95)	188 (62.05)	0 (0)	3.54	.36	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่าแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในระดับน้อยหรือแทบไม่มี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_s = .204$, $p < .01$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในระดับน้อยหรือแทบไม่มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r_s = .138$, $p = .02$) การรับรู้อุปสรรค ($r_s = .183$, $p = .01$) และปัจจัยกระตุ้น ($r_s = .115$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ตารางผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n = 303)

ตัวแปร	n	ค่าสหสัมพันธ์ (r _s)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	303	.138	.02	น้อยหรือแทบไม่มี
การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก	303	.099	.09	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	303	.104	.07	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	303	.183	.001	น้อยหรือแทบไม่มี
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก	303	.115	.045	น้อยหรือแทบไม่มี
แบบแผนความเชื่อโดยรวม	303	.204	<.01	น้อย

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากจากการศึกษาผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการแปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน สอนให้เด็กแปรงฟันอย่างถูกต้อง และไม่ให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาในปาก อีกทั้งยังมีการกำกับดูแลให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือกล่องแทนการใช้ขวดนมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา พันพะสุกและคณะ¹⁷, ณัฐพงษ์ คงใหม่และคณะ¹⁸, วิจิตรา ระจักษ์ และคณะ¹⁵ และสมพร แก้วทองและคณะ¹⁹ ที่พบว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับของพัฒนา กาโต่ง และ พิษณุ อภิสมจารโยธิน²⁰ ที่พบว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับมาก และปาริฉัตร ถาวรวงษ์²¹ ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กและประสบการณ์ทางทันตกรรมของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน อาจเนื่องจากการเกิดพฤติกรรมอาจเกิดได้จากประสบการณ์ด้านอื่นๆ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ซึ่งทำให้ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการมีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรา ระจักษ์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลจากสื่อ ประวัติการได้รับการรักษาทางทันตกรรม) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพงศ์ คงใหม่ และคณะ ที่พบว่าเพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ฉัตรนภา จบศรี และภัทรผล มากมี⁸ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ประสบการณ์การเคียวเด็กไปรับบริการตรวจฟัน และประสบการณ์การเคลือบฟลูออไรด์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาคั้งนี้ที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว



ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มประชากร โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของฉัตรนภา จบตรี และภัทรผล มากมี อาจมีระดับการศึกษาสูงกว่าและเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขได้ดีกว่า ส่งผลให้การศึกษาและประสบการณ์การรับบริการทันตกรรมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้อาจประสบข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งทำให้ปัจจัยเหล่านี้ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก Piyananuch Gultangvattana และคณะ ศึกษาเพื่อหาความชุกของโรคฟันผุและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนไทย พบว่าการช่วยแปรงฟันและระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคฟันผุ (Chi square test, $p < .05$) ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และมีรายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท นอกจากนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีประสบการณ์เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองสามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้ค่อนข้างดี แม้จะมีข้อจำกัดด้านการศึกษาและรายได้ ทำให้คุณลักษณะส่วนบุคคลเหล่านี้อาจไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในพื้นที่

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าระดับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพโดยรวม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคและปัจจัยการกระตุ้น มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .02, .01$ และ $< .05$ ตามลำดับ) อาจเนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีเด็กค้างอยู่ในช่องปากของเด็กขณะหลับและฟันกรามที่มีหลุมร่องฟันลึกมีโอกาทำให้เด็กฟันผุได้ซึ่งส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมทำให้เด็กตื่นนอนจากแก้วและไม่ให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาในช่องปาก และส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีฟันผุจะทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และเมื่อเด็กปวดฟันจะทำให้เด็กหงุดหงิดและนอนไม่หลับ อีกทั้งผู้ปกครองยังรับรู้ว่ามีเลือดออกขณะแปรงฟันจะทำให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบและหากไม่รีบทำการรักษาจะทำให้เด็กเป็นโรคปริทันต์ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมแปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอนและสอนให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองอย่างถูกวิธี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ²² ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง ผลการศึกษาของเฉลิมวิทย์ หาชื่น²² ระบุว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจดำเนินพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงทางสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตรา ระจักษ์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในแบบแผนความเชื่อ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบความแตกต่างในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก กล่าวคือ ปัจจัยการรับรู้ด้านความเสี่ยง ความรุนแรง และผลประโยชน์จากการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองไม่ได้แสดงถึงความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก สาเหตุอาจมาจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สังคม และการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขที่มีความแตกต่างจากประชากรในกลุ่มศึกษา



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ทันทบุคลากรควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมให้มากขึ้น เพื่อให้เด็กได้รับการตรวจและป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่เน้นการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การลดอุปสรรค และการกระตุ้นการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
3. ในการวิจัยครั้งถัดไป ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) เพื่อค้นหาข้อมูลเชิงลึกและค้นหาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย พระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จินดา คำแก้ว อาจารย์อนุสรณ์ บุญทรง และอาจารย์ศตายุ ผลแก้ว ที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณคณะผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา ทั้ง 15 แห่ง ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ประถมศึกษา เขต 4 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Sonpanao P, Glaphajone K. Dental health problems and oral health care among preschool children. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Province Public Health Office.2018;4(2):4-14.(in Thai)
2. Thawornwong P. Parents of preschool children in child development centers: oral care behaviors and associated factors Phaphrom District, Nakhon Si Thammarat. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2021;1(2):69-82.(in Thai)
3. Suksawang C, Grasong P, Boonma K. Factors affecting oral care behavior in preschool parents, Takhro Sub-district, Phaisali District, Nakhon Sawan Province. Journal of Public Health Sociology.2023;1(2):21-8. (in Thai)
4. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health. The 9th National Oral Health Survey in Thailand 2023. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2023.(in Thai)
5. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health. The 8th National Oral Health Survey in Thailand 2017. Bangkok: Samcharoen Panich; 2018.(in Thai)
6. Health Data Center Service [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2023 Aug 10]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.(in Thai)
7. Warin Chamrap District Health Office. Report on the dental health status survey of children aged 3-5 years in Warin Chamrap district 2023 [unpublished document]. Ubon Ratchathani (Thailand): Warin Chamrap District Health Office; 2023.(in Thai)



8. Jobsri C, Markmee P. Oral health literacy influencing oral health behavior among parents of pre-school children in Muang District, Nakhon Sawan Province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023.(in Thai)
9. Kongmueanphet V, Kittipicha W, Pitikultang S. Dental caries preventive behaviors among guardians of preschool-children in child development centers, Phothong District, Angthong Province. Thai Journal of Public Health. 2017;47(2):189-99.(in Thai)
10. Phawattana A, Kalampakorn S, Lagampan S, Amnatsatsue K. Health promotion and disease prevention in community: application of concepts and theories to practice. Khon Kaen: Klungnanavithaya Press; 2001. (in Thai)
11. Skinner CS, Tiro JA, Champion VL. Background on the health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
12. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
13. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, World Health Organization. Adequacy of sample size in health studies. Chichester (England): Wiley; 1990.
14. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
15. Yosit U. Behaviors and factors associated with oral health care by parents of preschool children in child care centers, municipal Tha Pha District, Lampang Province [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2015.(in Thai)
16. Rathajak V, Numkham L, Pongpan S. Factors predicting oral health care behavior among children under the age of 1 years and a half to 3 years of parents in Wiangsa District, Nan Province. Thai Science and Technology Journal. 2020;28(9):1473-89.(in Thai)
17. Phanphasuk N, Sakkunan A, Nammontri O, Savisit R. Perception and oral health behaviors of parents and oral health status of 3-5 years'old children Samsong district, Khon Kaen Province. Thai Dental Nurse Journal. 2018;29(2):13-26.(in Thai)
18. Natapong K, Ubontip C, Salil K, Niwat C. Factors related to oral health care behaviors in pre-school children among parents in Chamuang Sub-district, KhuanKhanun District, Phatthalung Province. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2019;2(2):26-42.(in Thai)
19. Keawtong S, Chimkong P, Kaewlamun A, Charoensuk D, Kingkaew WM. factors related to oral health care behaviors in pre-school children among parents in child development centers, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University. 2022;7(2):56-70.(in Thai)
20. Katon P, Aphisamacharayothin P. Parent's behavior in caring for preschool children's health in Hua-Tung Sub-District, Long District, Phrae Province. Thaksin University Library Journal. 2019;8(1):142-56. (in Thai)



21. Manarin B, Prim A, Duangporn D. Risk factors of dental caries in preschool children in Thailand: a cross-sectional study. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(8):1423.(in Thai)
22. Jirojanakul P. Theories of health promotion and their applications. 1st ed. Nonthaburi (Thailand): Academic Welfare Project, Praboromarajchanok Institute; 2013.(in Thai)



ประสบการณ์ของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว

Family Experience in Supporting Healthcare for the Elderly People Living Long Lives

อุมากร ใจยังยืน¹, อาคม โพธิ์สุวรรณ¹, สุภาภรณ์ วรอรุณ¹, เนติยา แจ่มทิม¹, จิรพรรณ โพธิ์ทอง¹
Umakorn Jaiyungyen¹, Akom Phosuwan¹, Supaporn Voraroon¹, Netiya Jamtim¹, Chiraphun Phothong¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

Corresponding author: Akom Phosuwan; Email: Akomph@snc.ac.th

Received: April 16, 2024 Revised: November 1, 2024 Accepted: November 10, 2024

บทคัดย่อ

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตความสำเร็จต่อการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวเกิน 100 ปี โดยสัมภาษณ์ผู้ให้การดูแลหลักจำนวน 10 คน ในชุมชนของจังหวัดสุพรรณบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเล่าเรื่อง (narrative interviews) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ผลการศึกษาพบประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ยืนยาว 2 ประเด็นหลัก และ 5 ประเด็นย่อย คือ 1) ความสำเร็จของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การยอมรับจากผู้สูงอายุ และการยกย่องและชื่นชมจากสังคมและชุมชน 2) ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวจากครอบครัว และวิถีเรียนรู้และแก้ไขปัญหาของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อายุยืนยาว จากผลการศึกษาครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญมากที่สุดในการสนับสนุนส่งเสริมในทุกด้านให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี การให้เกียรติและการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาว ข้อเสนอแนะควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยืนยาวอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: พงศพลัง; ผู้สูงอายุ; ผู้ดูแลหลักในครอบครัว; อายุยืนยาว



Family Experience in Supporting Healthcare for the Elderly People Living Long Lives

Umakorn Jaiyungyuen¹, Akom Phosuwan¹, Supaporn Voraroon¹, Netiya Jamtim¹, Chiraphun Phothong¹

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

Corresponding author: Akom Phosuwan; Email: Akomph@snc.ac.th

Received: April 16, 2024 Revised: November 1, 2024 Accepted: November 10, 2024

Abstract

Family plays key role providing care for elderly. This qualitative study aimed to explore the life experiences and successes of elderly families who cared for their older members, enabling them to live beyond 100 years. The informants were a group of primary caregivers responsible for elderly people living long lives. Interviews with 10 primary caregivers in a community in Suphanburi province collected the data. The researcher used narrative interviews and conducted a qualitative content analysis. The findings revealed two main themes and five subthemes. Main Theme 1: Family success in caring for elderly people with longevity, comprising two subthemes: (1) acceptance from the elderly and (2) praise and appreciation from society and the community; Main Theme 2: Family participation in caring for elderly people with longevity, comprising three subthemes: (1) Family relationships (2) Family care practices for elderly individuals with longevity (3) Family learning and problem-solving strategies in caregiving. The results indicated that families caring for elderly individuals with longevity were the most important resource, providing essential support in all aspects to promote the well-being and health of the elderly. Mutual respect and acceptance between the elderly and their caregivers contributed to effective health care and extended life expectancy. Based on these findings, recommendations include developing a program to strengthen family involvement in caregiving to ensure appropriate health and quality of life for the elderly with longevity.

Keywords: active aging; elderly; primary family caregiver; longevity



ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำมั่นว่าผู้สูงอายุทุกคนสามารถพัฒนาสุขภาพตนเองให้มีอายุที่ยืนยาว สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรีและได้อาศัยในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ภายใต้การดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้ โดยจะไม่มีใครถูกทอดทิ้ง¹ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติของประเทศไทยที่มุ่งให้ความสำคัญต่อการศึกษาวัยจ้อยและนวัตกรรมในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น การดำเนินชีวิตของมนุษย์ การผสมผสาน วัฒนธรรม เอกลักษณ์ ในเชิงธรรมชาติ อันเป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมทั้งการหาแนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงน้อยลง² ภายใต้กรอบแนวคิด “พหุผลพลัง” (active ageing) เป็นแนวคิดที่สำคัญกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นแนวทางเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุข ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ มีความมั่นคงในชีวิต มีส่วนร่วมในสังคม และถูกนำมาใช้เข้ากับบริบทของตนเอง

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากปัจจัยด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพต่อการรักษาที่มากขึ้นกว่าอดีต ส่งผลให้โครงสร้างสังคมและประชากรของผู้สูงอายุไทยเกิดการเปลี่ยนแปลง และเริ่มเข้าสู่ คำว่า “สังคมอายุยืนยาว” ภายใต้โครงสร้างสังคมอายุยืน เริ่มมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 100 ปี แนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้สูงอายุทั่วโลก ผู้ที่มีอายุ 65 ปี ในปี ค.ศ. 2015-2020 จะมีชีวิตโดยมีอายุเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอีก เป็นเวลา 17 ปี และภายในปี ค.ศ. 2045-2050 ตัวเลขดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็น 19 ปี และอาจกล่าวได้ในภาพรวมได้ว่า จำนวนอายุของผู้สูงอายุ ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2020 ถึง 2045-2050 คาดว่าจะมีอายุขัยที่ยืนยาว เพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก³ และจากรายงานประชากรโลกปี ผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่มีอายุยืนยาวเกิน 100 ปี ในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามี จำนวนผู้สูงอายุ มีจำนวนมากกว่า 2,000 คน⁴⁻⁵ สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี จากรายงาน HDCreport ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี ณ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ที่พบว่าผู้สูงอายุ ที่อายุเกิน 100 ปี จำนวน 153 คน⁶ ทั้งนี้จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวกลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุ อายุเกิน 100 ปี มีการกระจายอยู่ทั่วประเทศ

ลักษณะบริบทของสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร หลาน เพราะเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย มีโรคประจำตัว ความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มลดลง ครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี มีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยครอบครัวมีบทบาทในการดูแลด้านร่างกาย เช่น การจัดหาอาหารและการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การพาไปรับบริการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรักความเคารพ การยกย่องยอมรับนับถือ การดูแลด้านสังคม พาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนา และการดูแลด้านเศรษฐกิจ⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ การให้ความรัก การเอาใจใส่ของครอบครัว มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีได้⁸⁻⁹ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นองค์ประกอบย่อยสุดแต่มีความสำคัญมากที่สุด ตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวผู้ให้การดูแลสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาข้อมูลและองค์ความรู้จากผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรงที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีอายุที่ยืนยาวได้นั้นมีการปฏิบัติอย่างไร จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านประสบการณ์การให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และวิถีการดำรงชีวิตในบริบทที่เป็นอยู่ การสนับสนุนของครอบครัว ในด้านความสำเร็จของครอบครัวในการมีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี (well-being) และยืนยาวเกิน 100 ปี ภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับ Active Ageing ที่เป็นแนวทางในการ



ศึกษาถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลกให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีอายุที่ยืนยาว อยู่ในสังคมสูงอายุอย่างสง่างามและมีศักยภาพ จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลจากครอบครัว ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวซึ่งเป็นการศึกษาในระดับของบุคคลและระดับครอบครัวก่อน เนื่องจากจะต้องเข้าใจ ในความหมายที่ลึกซึ้งของบริบทการดูแลสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การศึกษาในระดับเครือข่าย องค์การต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ระดับนโยบาย และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อไป เพื่อให้เกิดความครอบคลุมต่อมุมมองการ จัดระดับการดูแลสุขภาพ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาที่ลึกซึ้งถึงความหมายการดูแลสุขภาพที่ได้รับ จากครอบครัว ที่ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุน เกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุยืนยาวเกิน 100 ปี ในชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อการวางแนวทางการจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม สู่การวางรากฐานการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ที่มีผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาและ วิเคราะห์สถานการณ์ผ่านประสบการณ์ของครอบครัวให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ซึ่งไม่มีการศึกษา มาก่อนในผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุยืนยาวเกิน 100 ปีที่อาศัยในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาประสบการณ์ความสำเร็จของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวเกิน 100 ปี ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเล่าเรื่อง (narrative interviews) ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล (key informant) คือ กลุ่มตัวแทนครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ เขตจังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลที่สามารทำให้พลังอำนาจจากข้อมูล (information power) ได้ดี ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 10 คน ตามพลังอำนาจในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ติดตามแนวทางของ Malterud¹⁰ และเป็นจำนวนที่ได้ข้อมูลที่เพียงพอ คัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย 1. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 100 ปี อาศัยร่วมกันระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และ 3. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาความสำเร็จของครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของ “ผู้สูงอายุที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว” และไม่มีภาวะพึ่งพิง (ADL 12 คะแนน ขึ้นไป) โดย ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จำนวน 10 คน ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งหมด จำนวน 10 อำเภอ (เมืองสุพรรณบุรี ศรีประจันต์ บางปลาม้า สองพี่น้อง ดอนเจดีย์ อุทอง สามชุก เดิมบางนางบวช ด่านช้าง หนองหญ้าไซ) ระหว่างเดือนมกราคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัยที่สำคัญคือ ผู้วิจัย และเครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาการดูแล



แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสอบถามประสบการณ์ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ส่วนคำถามอื่น ๆ จะเกิดขึ้นตามบริบทของข้อมูลขณะสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

งานวิจัยครั้งนี้ ข้อคำถามได้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องโดยนักวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการทดสอบ เก็บข้อมูลในภาคสนามในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 3 คน เพื่อทดสอบ ความเข้าใจของความหมายและความชัดเจนของข้อคำถาม ดำเนินการปรับปรุงแนวคำถามก่อนไปใช้ในการสัมภาษณ์จริงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเล่าเรื่อง (narrative interviews) และมีแนวทางการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ นัดหมายกับผู้ให้ ข้อมูลและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความร่วมมือ หลังจากนั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกว่า วัน เวลา สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงความสงบ เป็นส่วนตัว ความพอใจ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัย ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่อง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-120 นาที ผู้วิจัยปรับคำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูล การบันทึกกระทำ น้อยที่สุดและกระทำเมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้ทำการบันทึกขณะสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะนัดหมายว่าอาจมีการสัมภาษณ์ ครั้งต่อไป หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ยังไม่ครบถ้วน เมื่อผู้วิจัยถอดความจากเทปสัมภาษณ์แล้วได้นำกลับไป ตรวจสอบความแม่นยำตรงกับผู้ให้ข้อมูลทุกรายแล้ว พบว่าไม่มีข้อท้วงติงใด ๆ และได้รับการยอมรับว่าข้อมูลมีความเป็น จริงและแม่นยำตรงกับแนวคิดของผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับการอนุมัติการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในคน วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี หมายเลข EC022.2/2564 ตั้งแต่วันที่ 30 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการบันทึกแยกแยะข้อมูล จัด ข้อมูลออกเป็นกลุ่ม และจัดระบบระเบียบข้อมูลที่มีจำนวนมากที่เก็บรวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ ร่วมกับตีความหมาย เพื่อสามารถให้ตอบคำถามในการวิจัยได้ โดยวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละกรณีศึกษาภายใต้ประเด็นต่าง ๆ จากนั้นวิเคราะห์ เนื้อหา (content analysis)

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงของข้อมูล (validity) ผู้วิจัยนำเทปบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความแบบ คำต่อคำ (verbatim transcriptions) และในการเสนอข้อมูลมีการอ้างคำพูด (direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูล
2. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) การได้มาของข้อมูลที่มีความตรง และเชื่อถือได้ ประกอบด้วย 1) การสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย (prolonged engagement) 2) การดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (member check) 3) การให้บุคคลอื่นตรวจสอบ (audit trail) นำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและ



วิเคราะห์ข้อมูล รับการตรวจสอบจากบุคคลภายนอกเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุม

3. ความไม่ลำเอียง (neutrality) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังตรงตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้รับ ที่สะท้อนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง

4. การถ่ายโอน หรือการถ่ายอ้างอิงข้อมูล (transferability) ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ผู้วิจัยได้มุ่งหวังที่จะอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งผู้วิจัยมุ่งที่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเพื่อใช้ในการอ้างอิงปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายคลึงกันกับบริบทในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านกระบวนการทดสอบ 3 เสา เพื่อเพิ่มและคงไว้ซึ่งคุณภาพของงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพ โดยผลการศึกษาดังตามความเป็นจริงและมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ยืนยันตรวจสอบในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และการตีความหมาย ของข้อมูลที่ได้ โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง จากตัวแทนครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวของทุกอำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ผ่านการสัมภาษณ์ การสังเกต พฤติกรรม และการทบทวนเอกสาร มีการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ เพื่อค้นหาความสอดคล้องหรือความแตกต่าง การวิเคราะห์สอดคล้องกับทฤษฎีหรือแนวคิดต่าง ๆ สะท้อนผลการวิจัยและการตีความข้อมูลโดยนักวิจัยทุกคน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้การดูแลหลักผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้สูงอายุที่อายุยืนยาว และประสบการณ์ของครอบครัวและความสำเร็จ ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุยืนยาวประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ความสำเร็จของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ดังข้อมูลต่อไปนี้

ข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักในครอบครัว จำนวน 10 คน พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง จำนวน 8 คนและเพศชาย จำนวน 2 คน มีอายุระหว่าง 45-70 ปี (median=60 ปี) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุมีสถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานะภาพสมรส อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โดยเป็นบุตรของผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน หลาน จำนวน 1 คน และหลานสะใภ้ จำนวน 1 คน

ข้อมูลผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 100 ปี ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เพศหญิง จำนวน 7 คนและเพศชาย จำนวน 3 คน อายุระหว่าง 100-105 ปี มีค่าคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 17-20 คะแนน

ประเด็นที่ 1 ความสำเร็จของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว

ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มีส่วนสนับสนุนและให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาว คือ การที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาว โดยองค์ประกอบของความสำเร็จ ประกอบด้วย

1. การยอมรับจากผู้สูงอายุ จากบริบทชุมชนชนบทส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีสมาชิกที่เป็นลูกหลานหลายคนอยู่ร่วมกันและมีระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันที่ยาวนาน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจะมีความผูกพันกับผู้ดูแลและครอบครัว และมักจะสื่อสารให้กับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่นได้รับรู้ว่าที่ตนเองมีสุขภาพที่ดีได้นั้นได้รับการใส่ใจการดูแลจากผู้ดูแลจากครอบครัว

“แม่เขาก็บอกโชคดีที่ได้อยู่กับป่า ดูแลเขาดี พุดดี” (F2)

“แม่เขาก็บอก อายุเยอะแล้วได้อยู่กับลูกหลานคุ้มแล้ว ทุกวันนี้ก็ไม่ได้ทำอะไร...แม่เขาว่าสบาย” (F3)

“ลูก ๆ หลาน ๆ ที่มาเยี่ยม เขาถามแม่เขาก็บอก อยู่ที่นี่เขาดูแลดี สบายดี” (F9)



2. การยกย่องและชื่นชมจากสังคมและชุมชน ครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวและมีสุขภาพที่แข็งแรง ได้มีการรับรู้จากชุมชนที่อาศัย กล่าวยกย่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจนมีอายุมากกว่า 100 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 100 ปีในประเทศไทยนั้นมีเพียงร้อยละ 0.05 เมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ การได้รับการกล่าวถึงจากบุคคลรอบข้างในชุมชน สังคม หรือจากครอบครัวของญาติพี่น้องที่แสดงการยอมรับ จากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะได้รับการยกย่องชื่นชมในรูปแบบของคำพูดชื่นชม การยกย่องวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การให้รางวัล เช่น โล่รางวัล เกียรติบัตร เงินสนับสนุน เป็นต้น

“แฉนี้เขาก็พูดกันทั้งนั้น ดูแลแม่ดี อายุเยอะแล้วยังแข็งแรงอยู่เลย” (F2)

“ลูก ๆ หลาน ๆ ที่มาเยี่ยม นาน ๆ เขาก็ยังบอกเลยว่า พี่ดูแลแม่ดี เขาทำงานที่อื่นก็สบายใจ” (F8)

“แฉ ๆ บ้าน ยังถามว่าพ่ออายุร้อยปีแล้วเหอ...ดูยังไม่ถึงเลยนี่กว่าแปดสิบเก้าสิบ ยังแข็งแรงอยู่เลย ลูกดูแลดี” (F3)

“บางที่ อบต. บ้าง จังหวัดบ้าง เขาก็มาเยี่ยมผู้สูงอายุ ร้อยปี มาเกือบทุกปี เอาของมาให้ เอาโล่มามอบให้ เอาของมาให้ แล้วก็ถามเนี่ยว่าดูแลอย่างไร ทำยังไง”(F5)

ประเด็นหลักที่ 2 ประสพการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว

1. สัมพันธภาพในครอบครัว บริบทของครอบครัวส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่หลายคน พบว่า นอกจากผู้สูงอายุจะมีสัมพันธภาพที่ดีใกล้ชิดกับผู้ดูแลหลักแล้ว ก็ยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วย แต่ยังคงอาศัยบทบาทของสมาชิกคนอื่น ๆ ในการร่วมกันดูแลสุขภาพ เช่น มีสมาชิกในการประกอบอาหาร การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางอย่าง การหารายได้ของครอบครัว พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล การปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแทนเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุในบางเวลา

“ป้าก็อยู่กับลูกชาย สะใภ้ ทำนา ป้าก็ทำไม่ไหวดูแลแม่เขาอย่างเดียว ทำกับข้าวลูกสะใภ้ก็ทำ” (F1)

“อยู่ลูก ๆ หลาน ๆ กลางวันเขาก็ทำงานกัน ไปโรงเรียนกันบ้าง ป้าก็อยู่กับแม่ 2 คน วันไหนป้าไม่อยู่ไปธุระหลานสาวก็อยู่ได้ แม่เขาไม่มีอะไร” (F2)

“ไม่ค่อยได้ไปหาหมอ นาน ๆ ไปที ยายไม่สบายก็ให้ ลูกชายบ้าง หลานบ้าง พาไป แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ไป นอกจากไม่สบายจริง ๆ” (F5)

“แม่แข็งแรงทำได้ทุกอย่าง ช่วยเขาเล็ก ๆ น้อย ๆ ความสะอาดเสื้อผ้าซักผ้า ที่นอน เล็ก ๆ น้อย ๆ” (F9)

2. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวจากครอบครัว

2.1 การดูแลด้านร่างกาย

ครอบครัวให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะปกติ เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติที่ยังไม่เกิดความเจ็บป่วย แต่ผู้สูงอายุมีความจำกัดด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่น จำนวนฟันลดลง หรือไม่มีฟันบดเคี้ยว ครอบครัวและผู้ดูแลก็จะมีการเตรียมอาหารอ่อนที่เหมาะสม, การมองเห็นลดลงหรือไม่ชัดเจน ครอบครัวและผู้ดูแลก็มีการบอกอธิบายให้กับผู้สูงอายุช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่าง การได้ยินได้น้อยลงดูแลโดยการพูดให้ช้าลงผู้ดูแลและครอบครัวต้องเพิ่มเสียงในการสื่อสารให้ดังขึ้นหรือพูดในระยะใกล้ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่คล่องแคล่วครอบครัวและผู้ดูแลอำนวยความสะดวก ปรับให้นอนใกล้ห้องน้ำช่วยเหลือเมื่อต้องเคลื่อนไหวไกล ๆ

“อาหารส่วนใหญ่ก็กินเหมือนเรา เรากินอย่างไรแม่เขาก็กินแบบนั้น แต่เวลาเราทำ เช่น แกงก็เผ็ดน้อยหน่อย ออกหวาน ๆ น้ำคลุกข้าว แม่เขาชอบ” (F1)



“พ่อเขากินง่าย เขาก็โอวัลติน สาย ๆ ข้าว กับข้าวก็เหมือนเรา ผักน้ำพริกชอบกินเกือบทุกวัน ผักเราก็ต้มให้เปื่อย ๆ หน่อย ฟินเขาไม่ค่อยดีแล้ว แต่ไม่ยุ่งยาก” (F3)

“ยายยังฟังได้ยินอยู่ แต่ต้องพูดช้า ๆ หน่อย บางทียาย เขาก็อ่านปากเอา” (F8)

“ในห้องแม่ ก็ทำห้องน้ำให้กลางคืนจะได้สะดวกใช้ เดินมาข้างนอกไม่ไหวแล้ว เสื้อผ้าก็เหมือนกันให้แม่เขาใส่ตระกร้าไว้ เขาก็เอามาซัก” (F9)

“ยายชอบเย็บผ้า เย็บดอกไม้ทำจากผ้าแก๊งเหงาเรื่อย ๆ ...ตอนเย็บก็ใส่แว่น แต่ลำบากตอนสนด้าย อันนี้ต้องช่วยยายเขาหน่อย” (F10)

การดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีอาการที่ผิดปกติหรือการเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุอายุยืนยาวเกิน 100 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่สามารถเกิดขึ้น เช่น อาการปวดท้อง อาการท้องเสีย การติดเชื้อที่ปอด ครอบครัวยุคและผู้ดูแลผู้สูงอายุจะดูแลเกี่ยวกับการจัดเตรียมยา สังเกตอาการผิดปกติ การเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลในกรณีที่ไม่มีอาการผิดปกติ และพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลในกรณีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น

“เป็นบ่อยสุดก็ปวดท้อง เราก็ต้องเตรียม ยาธาตุน้ำขาว ยาธาตุน้ำแดง เตรียมติดตู้ไว้เลย”(F1)

“ครั้งก่อนก็ไปนอนโรงพยาบาลมา หมอบอกว่าปอดติดเชื้อ นอนอยู่อาทิตย์หนึ่ง” (F2)

“โรคประจำตัวก็ความดันอย่างเดียว กินยาเม็ดเดียว แม่เขาไม่ค่อยเป็นอะไร ไม่มีอะไร ยา ก็ไปรับหมอละเลยบอกไม่ต้องให้คนไข้มานะแล้ว ญาติมารับแทนได้เลย ไปรับให้ 3-4 เดือนครั้ง จัดให้กินด้วย ใช้อย่างเดียวแล้วก่อนนอนอีกเม็ด” (F9)

2.2 การดูแลด้านจิตใจ

2.2.1 การยอมรับและเห็นคุณค่า การได้รับการเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว จากลูกหลาน ในรูปแบบของการมาเยี่ยมเยียนตามเทศกาลโอกาสพิเศษ การให้เงินทรัพย์สินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การซื้อของให้กับผู้สูงอายุได้แก่ เสื้อผ้า อาหารเสริม อาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ

“ลูกคนอื่น เทศกาลเขาก็มากัน บางทีไม่มากก็โทรหา เตียนนี่มันเห็นภาพได้ทางโทรศัพท์ หลานโทรมาอย่างโน้นอย่างนี้ มาที่ซื้อของมาเยอะเลย เงินเขาก็ให้ แม่เขาก็เก็บไว้บ้างทำบุญบ้าง อย่างอื่นไม่ได้ใช้” (F9)

2.2.2 การเอาใจใส่จิตใจ ในช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนานในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ต้องเกิดการสูญเสียบุคคลในครอบครัว เช่น การสูญเสียลูก, หลาน ที่ต้องเสียชีวิตก่อนผู้สูงอายุ ครอบครัวยุคและผู้ดูแลมีวิธีการเอาใจใส่จิตใจของผู้สูงอายุ โดยเลือกที่จะต้องมีเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมในการรับฟังก่อน สื่อสารอย่างตรงไปตรงมา

“ตอนลูกยายแก่ตายก็บอกยายเฉย ๆ แต่ไม่ได้ให้ไปวัด บอกว่าสวดก็คืน เหววันไหน วันเขาก็ให้หลานมาอยู่เป็นเพื่อน ไม่ได้ให้อยู่คนเดียว” (F1)

“น้องชายผม ลูกชายแม่เขาเทศกาลก็มาเยี่ยม ตอนกลับมีอุบัติเหตุเสีย...เราก็ค่อย ๆ บอก ตอนแรกเราก็อับัติเหตุ ส่งโรงพยาบาล อาการหนักนะ อีกวันเราก็บอกอาการไม่ค่อยดีนะ.... แต่ยังไม่กล้าบอก”(F9)

“ลูกเสียไปสองคนแล้ว เมื่อปีที่แล้ว เป็นมะเร็งกระเพาะระยะสุดท้าย มาพักที่บ้าน ก็บอกแม่เขาไปตรง ๆ ว่าเป็นมะเร็ง แม่เขาก็มาดู มาอยู่เป็นเพื่อน พอเสียก็บอกแม่ตรง ๆ แม่เขาก็คงเสียใจอยู่” (F10)



2.3 การดูแลด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวได้รับการดูแลค่าใช้จ่ายในครัวเรือนจากสมาชิกครอบครัวอยู่แล้ว แต่ความต้องการในการดูแลสนับสนุนด้านเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องการ เกี่ยวข้องกับสุขภาพและกิจกรรมทางศาสนา ครอบครัวและผู้ดูแลมักมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในการทำบุญ การพาผู้สูงอายุไปวัด การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจในเกี่ยวกับสุขภาพ การซื้อยาที่นอกเหนือจากที่ใช้ประจำ

“ลูก ๆ หลาน ๆ ให้ ก็ไม่ได้ทำอะไร เก็บทำบุญหมด” (F1)

“เงินลูกหลานมาเทศกาลก็ให้ทุกที...ยายเก็บไว้ ส่วนใหญ่ก็ให้ตอนพาไปหาหมอ บางทีก็ค่ารถ ค่ายาแก้อาบน้ำ” (F2)

“แม่ใหญ่เขาทำบุญ บางทีคนเข้ามาเรียไร เงินที่ลูก ๆ เขาให้ก็ทำบุญ วัดไม่ได้ไปแล้วเดินไม่ถนัด ต้องมีคนช่วยอยู่บ้านมีงานอะไรก็บอกแก ฝากเงินไปทำบุญ” (F8)

2.4 การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นมักจะเกิดปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการเดินทาง การทำกิจกรรมลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้านและกิจกรรมเดิม ๆ เป็นระยะเวลานาน ครอบครัวและผู้ดูแลมีการเอาใจใส่กับผู้สูงอายุโดยการจัดกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเดิมให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจัดที่นั่งนอนให้อยู่ใกล้ห้องน้ำ การจัดที่นั่งเล่นให้มีอากาศปลอดโปร่ง เป็นต้น และนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมโดยพาผู้สูงอายุไปยังสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการผ่อนคลาย เช่น การพาผู้สูงอายุไปในที่ต่าง ๆ การพาผู้สูงอายุไปเยี่ยมญาติที่ไม่ไกลมาก

“ห้องแม่เขา ลูก ๆ เขาทำให้ มีห้องน้ำ เดินใกล้ ๆ กลางคืน บางทีแกไม่ยกนั่งหม้อเม ไม่ถนัด เข้าห้องน้ำจะได้ง่าย อาบน้ำเราก็สะดวก เสริจแล้วก็นั่งหน้าบ้านทุกวันแหละ” (F9)

“บางทีก็พาแม่ ขึ้นรถ ขัรบรถไปรอบ ๆ เมือง ให้แกดูถนน อะไรแบบเนี่ยแกชอบนะ แต่ต้องรอให้หลานมาช่วยกัน”(F10)

3. วิธีเรียนรู้และแก้ไขปัญหาของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อายุยืนยาว

3.1 เรียนรู้การดูแล จากการสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการสังเกตพฤติกรรมเพื่อที่จะได้ให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เช่น สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารชอบ หรือดเว้นอาหารประเภทใด อุปนิสัยการรับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ สังเกตว่าชอบกิจกรรมใดโดยผู้สูงอายุมีลักษณะการชอบการดูรายการชกมวยไทย ลิเก ฟังวิทยุรายการพระ

“แม่เขาชอบกิน น้ำพริกผักต้ม กินได้ไม่เบื่อเลย วันไหนไม่ทำก็ถามแล้ว แม่อยากกิน เราก็ทำให้ผักก็ต้มหน่อย แต่บางทีเขาก็ชอบกินผักดิบ ๆ กิน 3 มื้อ เช้า กลางวัน เย็น เช้าเนี่ยสองโมง กลางวันเที่ยง แล้วก็เย็นสี่ห้าโมงเย็น” (F4)

“พ่อเขากินง่าย เขาก็โอวัลติน สาย ๆ ข้าว กับข้าวก็เหมือนเรา ผักน้ำพริกชอบกินเกือบทุกวัน ผักเราก็ต้มให้เปื่อย ๆ หน่อย ฟันเขาไม่ค่อยดีแล้ว แต่ก็ไม่ได้ยุ่งยาก” (F3)

“ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยได้ดูทีวี แต่เวลาดู ชกมวยนี่ชอบมากเลย เปิดให้ดู” (F1)

“ยายเขาฟังวิทยุ ตาไม่ค่อยดี เปิดฟังรายการ ข่าว ฟังตลอด บางทีก็ฟังพระบ้าง ลิเกบ้าง” (F2)

3.2 เรียนรู้การแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์การดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานผู้สูงอายุสามารถที่บอกลักษณะอาการที่ผิดปกติและให้การดูแลได้อย่างทันที่ทั้งที่ เช่น อาการเจ็บป่วยอาหารใช้ต่ำ ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลอย่างรีบด่วน การแก้ไขอาการป่วยเล็กน้อยที่บ้าน เช่น การเตรียมยาที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มักมีความเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร



“ส่วนใหญ่แม่เขาไม่ค่อยเป็นอะไร...จะมีก็อาการปวดท้อง แน่นท้อง...เราก็ตริยามไว้ พวกยาธาตุน้ำแดง ยาธาตุน้ำขาว ยาธาตุน้ำขาว ให้แม่เขากิน ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้เป็นอะไรร้ายแรง ถ้าเป็นเยอะๆเราสังเกตดูกินแล้วไม่หายยังงี้ก็รีบพากันไปโรงพยาบาลเลย” (F1)

“แม่ใหญ่เขาไม่ค่อยเป็นอะไร นาน ๆ จะซักที่บางที่เราเห็นตัวอุ่น ๆ เขาเคยเป็นเราก็ตริยามไว้รีบพาไปโรงพยาบาลแล้ว ไว้ไม่ได้เพราะเป็นที่ก็เป็นหนัก สูงอายุแล้วต้องระวัง” (F8)

อภิปรายผล

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตความสำเร็จ ในการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ในชุมชน สามารถแบ่งเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

ความสำเร็จของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ประกอบด้วย การยอมรับจากผู้สูงอายุ และการได้รับการยกย่องชื่นชมจากสังคม

ครอบครัวของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถดูแลผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวได้นั้นในความสำเร็จการดูแลที่เกิดขึ้นนั้นย่อมมาจากการได้รับการยอมรับจากผู้สูงอายุเอง สมาชิกบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและในชุมชนเดียวกันว่าผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาว จากการศึกษาจะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวให้มีสุขภาพดีนั้น ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ และให้การดูแลผู้สูงอายุมาอย่างยาวนาน โดยมีเงื่อนไขการดูแลส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความเชื่อในเรื่องความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิดความภาคภูมิใจเมื่อมีผู้กล่าวถึง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ¹¹ ความรู้สึกของการดูแลผู้ดูแลรู้สึกดีใจที่ให้การดูแลและตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ¹² และการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุขในกลุ่มผู้สูงอายุที่เกินร้อยปีพบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้มีอายุที่ยืนยาวอย่างมีความสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจมีวัฒนธรรมประเพณีการให้ความรัก เคารพบุพการี การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว บนพื้นฐานแห่งวัฒนธรรม รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชื่อมโยงต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว⁹ และการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนที่มีอายุมากกว่า 100 ปี ในประเทศจีน พบว่า สภาพครอบครัวและวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพในคนอายุครบร้อยปี¹³

ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ประกอบด้วย

1. สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวจะมีสัมพันธภาพที่ดีใกล้ชิดกับผู้ดูแลหลักแล้ว ก็ยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วย แม้จะมีผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุแล้วแต่ยังต้องอาศัยบทบาทของสมาชิกคนอื่น ๆ ในการร่วมกันดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุขในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า การให้ความรัก เคารพบุพการี การดูแลเอาใจใส่สัมพันธภาพของครอบครัวเชื่อมโยงต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว⁹ และการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดำรงชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่พบว่าความรัก ความผูกพันกับครอบครัวเป็นประเด็นหลักในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี¹⁴

2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ประกอบด้วย

2.1 ด้านร่างกายที่เกิดจากเสื่อมตามวัยและโรคประจำตัว โดยผู้สูงอายุมักจะต้องการการดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพช่องปากและการย่อยอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการปวดหรือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่คล่องตัว การรักษาโรคประจำตัวมีความต้องการให้ผู้ดูแลเตรียมยาที่ต้องรับประทาน



ไปรักษาตามแพทย์นัดและไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

2.2 ด้านจิตใจ การยอมรับและเห็นคุณค่า ใฝ่ใจ จากสมาชิกในครอบครัวและบุตรหลาน การเยี่ยมเยือนตามเทศกาลต่าง ๆ มีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว

2.3 ด้านเศรษฐกิจ สนับสนุนการดำเนินชีวิต การได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต จากการศึกษาจะพบว่าผู้ดูแลและครอบครัวมีการดูแลผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวเกิน 100 ปี ในชุมชน นั้นย่อมเกิดความเข้าใจและเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม จนเป็นความชำนาญสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในชุมชนตอนคาที่พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลแบ่งออกเป็น 4 ด้าน โดยพบว่า ด้านสุขภาพ การเผชิญกับความท้าทายการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ซับซ้อนซึ่งเป็นผลมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น¹⁵ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การบริโภคอาหารเน้นอาหาร ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากลูกหลาน ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าสถานที่พักผ่อนภายในบ้านมีแสงสว่างและอากาศถ่ายเทสะดวก¹⁶ และจากการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า 1. ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และค่ารักษาพยาบาล การตอบสนองการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การแก้ปัญหาอาการทางกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะอาดสบายและปลอดภัย การไปรับการรักษาตามนัดหรือเมื่อได้รับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงต้องการเพื่อนคุย¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวเกิน 100 ปี ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะต้องมีบทบาทในการดูแล 4 ด้าน ดังนี้ 1) การดูแลด้านร่างกาย เช่น การจัดหาอาหารและการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น 2) การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรักความเคารพ การยกย่องยอมรับนับถือ การพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม การแสดงให้เห็นความสำคัญตามวันสำคัญต่าง ๆ 3) การดูแลด้านสังคม เช่น การแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม ตามที่ผู้สูงอายุต้องการ เป็นต้น 4) การดูแลด้านเศรษฐกิจ โดยการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ และไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินของผู้สูงอายุ⁷

3. วิธีการเรียนรู้การดูแลของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้สูงอายุและการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีการเรียนรู้พฤติกรรมของผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการให้ตรงกับความต้องการ และการเรียนรู้ของผู้ดูแลเกิดจากการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุและพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ¹⁸⁻¹⁹

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อายุยืนยาว ให้มีสุขภาพแข็งแรง (active aging) โดยมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุต้องมีการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง



ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวให้มีสุขภาพที่ดี (active aging) ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่มีความเฉพาะในการส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถที่จะดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว
2. การประเมินข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว เช่น การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เพื่อให้ผู้สูงอายุยืนยาวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

1. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centered assessment and pathways in primary care [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>
2. Secretary of the National Strategy Committee. Master plan under the national strategy: innovation, research, and development (B.E. 2561-2580) [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
3. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf?sequence=17>
4. Department of Older Persons. Statistics for the elderly 2563 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1>
5. Institute for Population and Social Research. Statistics on aging in Thailand. Mahidol University [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 18]. Available from: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/>
6. Suphanburi Province Public Health Office. The population report by age according to the HDC database. 2019.
7. Gadudom P, Apinyalungkon K, Janjaroen K, Wae N. Family roles to increase quality of life of older persons in a changing situation. *South Coll Netw J Nurs Public Health*. 2018;5(3):300-11. (in Thai)
8. Soontaraviratana B. Long life with happiness: a case study on people over 100 years old in Phluang District, Loei Province. *J Sci Technol Mahasarakham Univ*. 2023;217-23. (in Thai)
9. Voraroon S, Hellzén O, Enmarker I, Meebunmak Y, Devik SA. The impact of shareholding networks for facilitating care in rural Thailand. *Geriatr Nurs*. 2019;40:392-8. doi:10.1016/j.gerinurse.2019.01.002
10. Malterud K, Siersma VK, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753-60.
11. Purimat C, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Pitikultang S, Yodmai K. Factors influencing quality of life among caregivers of dependent elderly persons in Chanthaburi Province. *J Health Sci*. 2019;610-9. (in Thai)



12. Jooprempee K, Tabootwong W. Experience of primary caregivers in caregiving for older family members who are bedridden at home. *Boromarajonani Coll Nurs Uttaradit J.* 2022;14(1):191–205. (in Thai)
13. Zhang J, Xu L. Frailty and associated factors among Chinese centenarians. *J Nutr Health Aging.* 2022;26(8):806–13. doi:10.1007/s12603-022-1831-7
14. Plodpluang U, Srijan A, Kaewpraphan S. A study of the lifestyle of active aging: narrative study. *Princess Naradhiwas Univ J.* 2017;4(1):94–104.
15. Eggert S, Wenzel A, Suhr R, Gellert P, Drager D. Caregiving adult children’s perceptions of challenges relating to the end of life of their centenarian parents. *Scand J Caring Sci.* 2021;35:1086–95. doi:10.1111/scs.12921
16. Subma N, Sukdivoraphag C. Lifestyle patterns of long-lived elderly in Donkha Community, Tha Tako District, Nakhon Sawan Province. *J Soc Sci Humanit.* 2014;40(2):108–20. (in Thai)
17. Phalasuek R, Thanomchayathawatch B. A family model for older people care. *South Coll Netw J Nurs Public Health.* 2017;4(3):135–50. (in Thai)
18. Muenhor C, Poonpol S. Factors associated with caregivers’ role in caring for the elderly in Nakhon Phanom Province. *Nakhon Phanom Univ J.* 2019;6(1):79–86. (in Thai)
19. Robrujen S. Predictors of healthcare behaviors for the elderly among caregivers in Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province. *J Nurs Health Res.* 2016;17(2):71–84. (in Thai)



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Predictors of Healthy Food Consumption Behaviors Among the Elderly
in Banpong, Ratchaburi

สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม¹, คมวัฒน์ รุ่งเรือง¹, ดนัย ดุสรักษ์¹, นवलอนงค์ ศรีสุขไสย²
Sabaitip Cheuaiam¹, Komwat Rungruang¹, Danai Dussaruk¹, Nuananong Srisuksai²
¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาลง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

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

² Khao Khlung Tambon Health Promoting Hospital, Ratchaburi

Corresponding Author: Danai Dussaruk; Email: danai@ckr.ac.th

Received: October 22, 2024 Revised: November 5, 2024 Accepted: November 21, 2024

บทคัดย่อ

การบริโภคอาหารสุขภาพขึ้นกับปัจจัยหลายประการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 396 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .85 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง คือ ทักษะคิดเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted R² = .529, p < .01) จากผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร; ผู้สูงอายุ; อาหารสุขภาพ



Predictors of Healthy Food Consumption Behaviors Among the Elderly in Banpong, Ratchaburi

Sabaitip Cheuaim¹, Komwat Rungruang¹, Danai Dussaruk¹, Nuananong Srisuksai²

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

²Khao Khlung Tambon Health Promoting Hospital, Ratchaburi

Corresponding Author: Danai Dussaruk; Email: danai@ckr.ac.th

Received: October 22, 2024 Revised: November 5, 2024 Accepted: November 21, 2024

Abstract

Healthy food consumption depends on several factors. This predictive study aimed to identify factors that predict healthy food consumption behaviors among elderly individuals in Banpong District, Ratchaburi Province. A total of 396 elderly participants were selected using multistage random sampling. The research tools included a structured interview questionnaire covering three sections: 1) demographic data, 2) predictors of healthy food consumption, and 3) healthy food consumption behaviors. The content validity values of the questionnaires were .67–1.00 and Cronbach's alpha coefficient .85 and .91. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. Key predictors of healthy food consumption behaviors included attitudes towards food, , perception of information, and social support from medical personnel. Together, these factors explained 52.90% of the variance in healthy food behaviors (Adjusted R²= .529, p<.01). These findings provide valuable data for the development of healthcare plans aimed at promoting healthy food consumption behaviors among the elderly, potentially improving their quality of life and long-term health outcomes.

Keywords: consumption behavior; elderly; healthy food



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2562 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.8¹ โดยพบจำนวนผู้สูงอายุสุขภาพดีต่อผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่ประมาณ 1:4 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 61.8 ซึ่งส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เช่น โรคข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อกระจก โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 77.6 ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลสุขภาพและต้องมีผู้ดูแลจนมีปัญหาคะทบในด้านอื่น ๆ ตามมา²

โดยพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและความเชื่อที่ถ่ายทอดภายในครอบครัวที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังบางชนิด เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น³ และด้วยผู้สูงอายุนั้นมีความต้องการพลังงานและสารอาหารจากการบริโภคอาหารแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เช่น ต้องการพลังงานที่น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ สารอาหารบางประเภทที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน เช่น โปรตีนหากบริโภคมากเกินไปจะมีผลทำให้ลดการดูดกลับของแคลเซียมที่ไตทำให้มีการขับแคลเซียมทางปัสสาวะมากขึ้นเป็นเหตุผลหนึ่งทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน จากการศึกษาของ Tanjor⁴ พบว่าการได้รับสารอาหารและพลังงานที่เพียงพอและเหมาะสมจะช่วยป้องกันหรือชะลอความเสื่อมถอยของร่างกายได้ ทั้งสารอาหารหลักและสารอาหารรองส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย ได้แก่ กระบวนการเมตาบอลิซึม การทำงานของระบบประสาทและสมอง รวมถึงระบบภูมิคุ้มกันโรค และการมีภาวะโภชนาการที่ดียังอาจช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการมีอายุที่มากขึ้นได้ การเลือกอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีและสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพและควรมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารที่ดียังช่วยในการต้านทานโรคลดการติดเชื้อ การเจ็บป่วยและการตาย ตลอดจนส่งผลให้มีชีวิตที่ยืนยาว³ โดยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารซึ่งเกิดจากปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สนับสนุนหรือลดแรงจูงใจที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งขัดขวางการเกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลสถานการณ์ สภาพแวดล้อม สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ สื่อโฆษณา กลุ่มเพื่อน เป็นต้น⁵⁻⁸ ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีและสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้จึงควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อให้รู้เท่าทันและเลือกปฏิบัติเฉพาะแต่สิ่งที่ดีต่อตนเอง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำทฤษฎี PRECEDE Model⁹ มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) โดยมีผลการศึกษาที่พบว่าตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ปัจจัยเสริมยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,10}

ซึ่งสถิติของจังหวัดราชบุรีพบว่า อำเภอบ้านโป่งเป็นอำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก คิดเป็นหนึ่งในหกของประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณร้อยละ 19.63 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้สูงอายุเสียชีวิต



ด้วยโรคเมเร็งมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด โดยพบโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 57.72 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 37.45 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.84¹¹ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด กินผักและผลไม้ ไม่เพียงพอ ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย ทำให้ไม่ได้รับคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม ทั้งนี้การเลือกอาหารที่เหมาะสมจึงจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีและสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรของสาธารณสุข เห็นความจำเป็นในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค เพื่อใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ หรือวางนโยบายในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี เพราะถ้าผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความสูงวัย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกมากกว่าการรับ คือเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

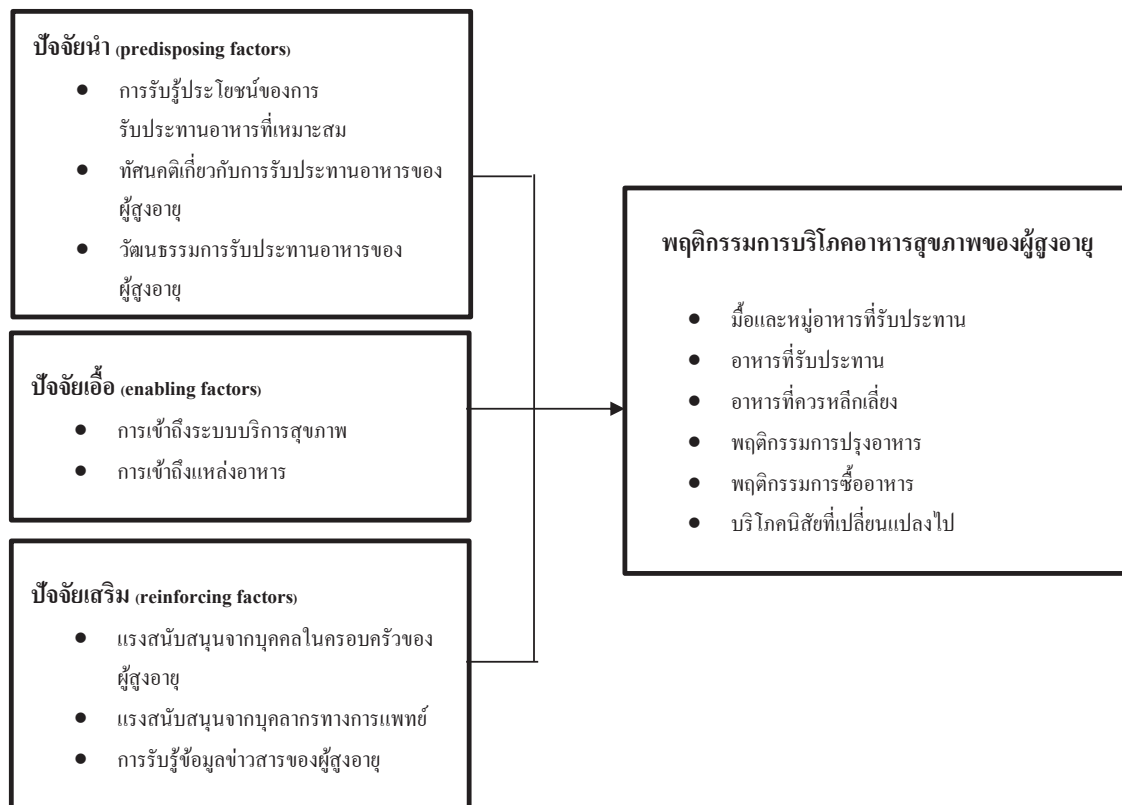
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งอาหาร แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรีได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่นำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิด PRECEDE Model มาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพการเข้าถึงแหล่งอาหารคุณภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ โดยทำการหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และวิเคราะห์หาปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่ทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 15 ตำบล โดยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 30,208 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยกำหนด Test family: F-test, Statistical test: Linear multiple regress: Fixed model, R^2 deviation from zero โดยกำหนด effect size=.05, power of test=.85, number of predictors=8 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 344 คน และกำหนดค่าอัตราการสูญเสีย (R) เท่ากับ ร้อยละ 15 ได้จำนวน 52 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 344-396 คน

โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage random sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 กำหนดสัดส่วนร้อยละ 25 ของตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง จำนวน 15 ตำบล ได้ 4 ตำบล ขั้นที่ 2 สุ่มตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลาก จำนวน 4 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลลาดบัวขาว ตำบลท่าผา ตำบลเขาขลุ่ย ตำบลเบิกไพร ขั้นที่ 3 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละตำบล (proportion random sampling) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำบลของผู้สูงอายุ ของอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ตำบล	จำนวน	กลุ่มตัวอย่าง
ตำบลลาดบัวขาว	1,161	51
ตำบลท่าผา	3,108	136
ตำบลเขาซุง	2,088	91
ตำบลเบิกไพร	2,709	118
รวม	9,066	396

ขั้นที่ 4 สุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลจากผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล

เกณฑ์สำหรับคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่าช่วยเหลือตัวเองได้ / ดิตสังคม (Barthel ADL Index ได้ค่าคะแนน 12-20 คะแนน) และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี โดยใช้การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 3) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคประจำตัวร้ายแรงที่ไม่สามารถสื่อสารได้ 4) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาในการเป็นโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยนำได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งอาหารคุณภาพ ปัจจัยเสริมได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์¹² ให้คะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพอยู่ระดับไม่ดี (ค่าคะแนน 1.00-1.66) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 1.67-2.33) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพอยู่ระดับดี (ค่าคะแนน 2.34-3.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพจำนวน 30 ข้อ โดยเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารย้อนหลัง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดความถี่ในการบริโภคอาหารไว้ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (4-7 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (1-3 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง/เดือน) และไม่ปฏิบัติเลย (ไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เลย) แบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 30-120 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์¹² ให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพระดับไม่ดี (ค่าคะแนน 1.00-2.00) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 2.01-3.01) พฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพระดับดี (ค่าคะแนน 3.02-4.00)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และ 0.98 ตามลำดับ และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบวัดมีความสมบูรณ์ ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงต่อเนื้อหารายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ค่า IOC ตั้งแต่ .5 ขึ้นไป ผู้วิจัยจึงเลือกข้อคำถามไว้ทั้งหมด หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (tryout) กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีร์ เลขที่ 17-17-2564 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการประเมินตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ สกุล ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 แห่งคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลลาดบัวขาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลท่าผา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลเขาขลุ่ย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลเบิกไพร ที่ได้รับคัดเลือกในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบ้านโป่ง จำนวน 4 แห่ง โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่นัดมาตรวจรักษาในวันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ๆ ช่วยแนะนำตัวผู้วิจัย ขออนุญาตให้ผู้วิจัยพูดคุยพร้อมกับผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า แนะนำโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามจนผู้สูงอายุเข้าใจ จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงแยกกลุ่มตัวอย่างไปในสถานที่ที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัวภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อแจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบ และผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณนั้น หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคำถามสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้เข้าร่วมวิจัยทันทีหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 396 ราย



คิดเป็นร้อยละ 100 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน พบว่าแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ร้อยละ 100 ผู้วิจัยจึงดำเนินการลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (stepwise multiple regression analysis) ด้วยวิธี stepwise method

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 254 คน ร้อยละ 64.14 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-80 ปี อายุเฉลี่ย 69.20 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.55 ได้รับความศึกษาาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 91.16 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 60.35 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 92.17 รายได้เฉลี่ย 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 91.16 ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 91.16 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80.30

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุใน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ($r= .715, p<.01$) วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ($r=.490, p<.01$) รับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ ($r=.322, p<.01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ($r=.252, p<.01$) ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ($r=-.323, p<.01$) และการเข้าถึงแหล่งอาหาร ($r=-.264, p<.01$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ	1								
2. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม	.322**	1							
3. ทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ	.715**	.415**	1						
4. วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ	.490**	.402**	.701**	1					
5. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	-.043	.026	-.038	-.062	1				
6. การเข้าถึงแหล่งอาหาร	-.264**	-.214**	-.307**	-.199**	-.085	1			
7. แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ	-.032	-.065	-.027	-.024	.024	.010	1		
8. แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	-.325**	-.270**	-.584**	-.539**	.008	.148**	-.018	1	
9. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	.252**	.141**	.194**	.090	.064	-.461**	-.007	-.072	1

** .p<.01



ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย ทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted $R^2 = .529$, $p < .01$) โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐานคือ $= .726$ (ทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ) $+ .245$ (การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ) $+ 1.016$ (แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยวิธี Stepwise

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	Beta (β)	t	p
ปัจจัยนำ					
1. ทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ	1.345	.078	.762	17.140**	.001
2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	.245	.091	.096	2.660**	.001
3. แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	1.016	.393	.113	2.586**	.001
Constant (b) = 49.114, multiple R = .730, $R^2 = .532$, $R^2_{adj} = .529$, SEE = 2.389, F (6.687), $p < .01$					
Durbin-Watson = 1.533					

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยนำด้านทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร และทศนคติต่อการบริโภคอาหารที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุนั้นเป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน โดยจะเป็นไปตามทศนคติของตนเองหากผู้สูงอายุเชื่อว่าพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวก ก็จะมีทศนคติต่อการบริโภคอาหารที่ดีหรือเห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yakoh⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีทศนคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และการศึกษาของ Chongmontri et al.¹³ ที่พบว่าวัฒนธรรมและทศนคติที่ดีที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารและความเชื่อมั่นที่จะตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thomas et al.¹⁴ ที่พบว่าทศนคติมีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่ายหรือเข้าถึงแหล่งอาหารได้ตลอดเวลา จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนและการจัดการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การเตรียมอาหารการบริโภคอาหารได้ง่าย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความถึในการบริโภคอาหารสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirukkakul et al.⁶ พบว่าการอยู่ใกล้แหล่งอาหารมีความสัมพันธ์กับความถึในการบริโภคอาหารสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารสุขภาพได้บ่อยครั้ง และทานได้หลายมื้อมากขึ้น ปัจจัยเสริมด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านสิ่งของ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่าจะช่วยอำนวยความสะดวก



ความสะดวกและลดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่ถูกต้องส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไปให้ทางที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Musleemanu et al.⁵ พบว่าความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการ ระดับการศึกษา รายได้ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yakob⁸ ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลทางการแพทย์และครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และได้รับคำแนะนำ แรงสนับสนุนในการดูแล สุขภาพจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ดังนั้นครอบครัวจึงถือเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด หากครอบครัวดูแลเอาใจใส่ให้ความสำคัญในเรื่องการบริโภคอาหาร มีการให้คำแนะนำและความรู้ต่าง ๆ ด้านสุขภาพ และได้นำสิ่งที่ได้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีตามไปด้วย

2. วิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากวิถีการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการใช้ชีวิตในวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามความเคยชิน ตามความสะดวก หรือตามบริโภคนิสัยของตนที่มีมาตั้งแต่เด็ก⁷ และการจัดการอาหารที่บ้านตามหลักโภชนาการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติ และจิตใจจากภายในของตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดี¹⁵ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญต่อการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เพราะนอกจากจะมีการประกอบอาหารที่บ้านมาจากรุ่นสู่รุ่น ยังมีคุณค่าตามหลักโภชนาการ เป็นพืชสมุนไพรและสามารถเสริมสร้างสุขภาพได้อีกด้วย นอกจากนี้อิทธิพลของสื่อโฆษณา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลอันมีผลเอื้อต่อการมีความเชื่อและค่านิยมให้เกิดแรงจูงใจใฝ่มน้าวในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารชนิดนั้น ๆ และเมื่อได้รับอิทธิพลของสื่อโฆษณาซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและส่งเสริมโดยอาศัยการให้ข้อมูลข่าวสาร โฆษณาชวนเชื่อที่มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้บริโภคได้รู้จักอาหารชนิดนั้น ๆ และเกิดการยอมรับให้ข้อมูลข่าวสารนั้นเข้ามา มีผลต่อความคิด ความรู้สึกและการตัดสินใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร¹⁰ นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ การเข้าถึงข้อมูลและระบบสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านสิ่งของ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่าจะช่วยอำนวยความสะดวกและลดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ¹⁶⁻¹⁷ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่ถูกต้องส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไปให้ทางที่ดีได้



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยเน้นการจัดการอาหารที่บ้านตามหลักโภชนาการ ให้สอดคล้องกับทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร เพื่อสร้างความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาทักษะในการให้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหาร และควรมีการติดตามประเมินผลเป็นประจำ เพื่อทราบถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร หรือเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การใช้แบบบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำโครงการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ และนำไปสู่พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีต่อไป

2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่บ้านตามหลักโภชนาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีขึ้น

References

1. Prasertkul P. Situation of the Thai elderly 2019. Printery Company Limited; 2020. (in Thai)
2. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: Printed by. 2022.(in Thai).
3. Ruangchai K, Yanti N, Uttrachai A. The health care guidelines of nutrition for elderly by quality of life local culture at Huai Sai Subdistrict, Nong Khae District, Saraburi Province. Research and Development Health System Journal 2024;17(2):69–81.(in Thai).
4. Tanjor S. Food and nutrition guidelines for the elderly. Journal of Food Research and Product Development 2023;53(1):65–75.(in Thai).
5. Musleemanu A, Sukhonthachit P, Nawsuwan K. Factors influencing food security of the elderly in Raman District Yala Province. Academic Journal of Community Public Health:AJCPH 2022;8(1):45–59. (in Thai).
6. Jirukkakul N, Nonthapot S. Healthy food consumption behavior of the elderly in Nong Khai Municipality. RMUTI JOURNAL Humanities and Social Sciences 2022;9(1): 16–29. (in Thai).
7. Ratanopas W, Sukkasem T. Food consumption behavior in the people of Khlong Phikrai Sub-district, Phrankratai District, Kamphaeng Phet Province. Rajabhat Rambhai Barni Research Journal 2021;16(1): 58–65.(in Thai).
8. Yakoh K. Factors affecting food consumption behaviors of elderly in Makham Tia, Mueang District, Surat Thani Province. Journal of Southern Technology 2018;11(2):135–43. (in Thai).



9. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2019;12(1):38-48.(in Thai).
10. Ruangying J, Jorajit S, Janyam K. Food consumption behavior of adolescents in Songkhla Province: Synthesis of literacy and factors influencing food consumption behavior. *Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus* 2016;8(1):245-64.(in Thai).
11. Public Health Strategy Development Group. Annual report 2020. Ratchaburi Provincial Public Health Office. 2020.(in Thai).
12. Best JW. *Research in education.*(3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall. 1977.
13. Chongmontri K, Malarat A, Chankhaw S. Food literacy among Thai elderly. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2020;13(2):159-80.(in Thai).
14. Thomas HM, Azevedo PE, Slack J, Samra HR, Manowiec E, Petermann L. Complexities in conceptualizing and measuring food literacy. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2019;119(4):563-73.
15. Kittivanno B, Sricomepa R, Damjutti K, Kaewtankham K. Local food: process of management of highly popular local food based on nutritious principle for health enhancement of aging people in upper the northern, Thailand. *Journal of MCU Peace Studies* 2021;9(4):1641-52.(in Thai).
16. Thanaboonpuang P. Health care and quality of life for the older adults in next normal. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life* 2022;2(1):86-96.(in Thai).
17. Kunwittaya S, Ruksee N, Permpoonputtana K, Khamnong T, Jiawiwatkul A. Elderly health situation and health promotion guidelines for the elderly club: The elderly club of Thailand under the Royal Patronage of His Majesty the King Rama IX's Mother. *Journal of Man and Society Faculty of Humanities and Social Sciences* 2022;7(2):73-96.(in Thai).



ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือ หลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Self-care Experiences of Teenagers with Post-Coronavirus 2019 Condition

ปณิตา จันทรา¹, สุรศักดิ์ ตรีนัย²

Panita Chantra¹, Surasak Treenai²

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹Student in Master of Nursing Science in Pediatric Nursing, Faculty of nursing, Chulalongkorn University

²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Corresponding author: Surasak Treenai; Email: surasak.tr@chula.ac.th

Received: June 17, 2024 Revised: July 30, 2024 Accepted: October 30, 2024

บทคัดย่อ

อาการหลงเหลือจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้วัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงเหมือนเดิม การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เป็นวัยรุ่นที่ได้รับทราบจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีอาการหลงเหลือจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีอาการหลงเหลือ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ สนามการวิจัยคือ โรงพยาบาลสองแห่ง ณ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจดบันทึกภาคสนาม ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลแบบแก่นสาระไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 7 ราย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผลการศึกษานี้พบข้อสรุปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งนำไปสู่การจัดการกับอาการเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ประเด็นแรกคือ “ชีวิตที่ต้องเผชิญกับผลพวงของโควิด-19” ประกอบด้วยประเด็นย่อยคือ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ ประเด็นที่สองคือ “การค้นหาวิธีจัดการกับอาการเรื้อรัง” ประกอบด้วยประเด็นย่อยคือ การแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพ และการดูแลอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ข้อค้นพบนี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจถึงประสบการณ์การดูแลตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งอาจเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งนำไปใช้ในการสร้างแนวทางการดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้ รวมทั้งการวิจัยในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ; วัยรุ่น; อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



Self-care Experiences of Teenagers with Post-Coronavirus 2019 Condition

Panita Chantra¹, Surasak Treenai²

¹Student in Master of Nursing Science in Pediatric Nursing, Faculty of nursing, Chulalongkorn University

²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Corresponding author: Surasak Treenai; Email: surasak.tr@chula.ac.th

Received: June 17, 2024 Revised: July 30, 2024 Accepted: October 30, 2024

Abstract

Post-infection illness caused by Coronavirus 2019 leads teenagers to change their health behaviors for staying healthy as previously. This descriptive qualitative research aimed to describe the self-care experiences of teenagers with post-coronavirus 2019 conditions. Participants were purposefully selected based on specific criteria: adolescents diagnosed by a physician as having post-coronavirus 2019 condition, experiencing these symptoms for at least four weeks, and having no other chronic illnesses. The research was conducted at two hospitals in Ubon Ratchathani Province. Data were collected through in-depth interviews and field notes, which were the primary tools used in this research. Thematic analysis was conducted concurrently with data collection until data saturation was reached, including a total of 7 participants, from February 2023 to May 2024. The study concluded that the self-care practices of adolescents who had been affected by the post-coronavirus 2019 condition evolved into chronic symptom management. The results were categorized into two main themes. The first theme, "Life facing the consequence of COVID-19," included subthemes of changes in life and impact on emotional and mental well-being. The second theme, "Finding ways to manage chronic symptoms," included subthemes of discovering health care methods and managing and coping with symptoms independently. These findings help pediatric nurses understand the specific self-care experiences of adolescents with post-coronavirus 2019 conditions. This evidence may be utilized to create nursing care guidelines for this group and provide insight for future research.

Keywords: self-care; teenager; post-coronavirus 2019 condition



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เริ่มระบาดทั่วโลกตั้งแต่ปลาย พ.ศ. 2562 ทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก เนื่องจากเป็นโรคที่มนุษย์ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงกว้างทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และบริการสุขภาพ¹ แม้จะหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามยังคงมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ อยู่ต่อไป² เด็กและวัยรุ่นคือกลุ่มประชากรที่พบว่าเกิดอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่น³ เพราะเป็นกลุ่มประชากรที่มีโอกาสสัมผัสและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดเชื้อที่บ้าน การอยู่ใกล้ชิดของเด็กวัยเดียวกัน รวมทั้งเป็นกลุ่มได้รับวัคซีนป้องกันล่าช้า โดยเฉพาะในช่วงการระบาดใหญ่ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Post-COVID-19 Condition)²⁻³ คือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีความผิดปกติอย่างน้อย 2 เดือนขึ้นไป ประกอบไปด้วยกลุ่มอาการผิดปกติทั่วไปของร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อย อ่อนเพลีย กลุ่มอาการผิดปกติตามระบบต่างๆ เช่น เจ็บหน้าอก ผอมลง กลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตสังคม เช่น มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และกลุ่มอาการอื่นๆ เช่น นอนไม่หลับ กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดในวัยรุ่นคือ³⁻⁵ ความอ่อนเพลีย รองลงมาคืออาการปวดศีรษะ ซึ่งทั้งสองอาการนี้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิต วัยรุ่นที่มีอาการเหล่านี้มักประสบปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางการเรียนหรือกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีผลกระทบต่อการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ ในเด็กและวัยรุ่น พบว่าอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 มีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 4-66 โดยความชุกนี้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่ศึกษา ระยะเวลาและรูปแบบการติดตามภายหลังหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะเฉียบพลันที่แตกต่างกัน⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสเกิดอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ และแสดงอาการผิดปกติมากกว่าเด็กวัยอื่น เนื่องจากปฏิกิริยาตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของวัยรุ่นต่อการติดเชื้อไวรัสที่รุนแรง⁶ เด็กที่มีอายุมากกว่า 12 ปีมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการหลงเหลือมากและรุนแรงกว่าเด็กเล็ก⁷ ยิ่งไปกว่านั้นอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ใช่อาการไม่สุขสบายทั่วไป แต่กลับมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของวัยรุ่น เช่น อาการเจ็บหน้าอกในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจหลังจากการติดเชื้อโดยอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นไม่เป็นเวลา ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ทำให้วัยรุ่นที่มีอาการนี้มีกิจกรรมทางกายลดลง มีความวิตกกังวล กลัวว่าจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำและเป็นอันตรายต่อชีวิต ยังมีการรายงานว่าอาการนอนไม่หลับที่เกิดจากความผิดปกติของวงจรการนอนหลับ ทำให้หลับยาก-ตื่น-นอนหลับอีกไม่ได้ คือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังติดเชื้อที่พบบ่อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของฮอร์โมนการเจริญเติบโตของวัยรุ่น^{3,6-7} อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงส่งผลกระทบต่อชีวิตของวัยรุ่น โดยแนวทางการรักษาในปัจจุบันเป็นเพียงการประคับประคองตามอาการและติดตามอาการเท่านั้น วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องจากเฉพาะเจาะจงกับความต้องการตามพัฒนาการและการดำเนินชีวิต⁸⁻⁹

การดูแลรักษาอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันเน้นการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น^{2,4} และส่งเสริมให้ผู้ที่มีอาการหลงเหลือดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยยังมีจำกัด การดูแลวัยรุ่นที่ประสบกับอาการเหล่านี้จึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง⁹⁻¹⁰ พร้อมกับการได้รับข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับอาการหลงเหลือและคำแนะนำในการรักษาพยาบาล รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุนเพื่อการดูแลตนเอง



การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เฉพาะของบุคคล มิติของสังคม และบริบทที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาเชิงคุณภาพที่มาจากประสบการณ์ตรงของวัยรุ่นเองจึงเป็นกุญแจสำคัญในการถ่ายโอนข้อมูลไปสู่วัยรุ่นที่ประสบปัญหาเดียวกัน อีกทั้งพยาบาลเด็กยังสามารถนำข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองจากประสบการณ์ของวัยรุ่นกลุ่มนี้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative) เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม (social phenomena) ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เฉพาะของบุคคล มิติของสังคม และบริบทที่เกี่ยวข้อง¹¹ สนามการวิจัย คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชราลภกรณ ซึ่งให้การรักษาและติดตามอาการในผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ให้ข้อมูล คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปีที่ได้รับทราบจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีอาการหลงเหลือจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีอาการหลงเหลือมาเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป และไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตั้งแต่ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 - พฤษภาคม พ.ศ. 2567

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิ และแนวทางการสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ที่เกี่ยวข้อง (คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาฯ/ COA No.237/65 และ COA No.246/66, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์/CA code 104/2565 และ CA code 111/2566, เอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB2565-176/เลขที่ SSJ.UB2567-6) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน

กระบวนการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคโควิด-19 และการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาการที่พบ สถานที่รักษา และการติดตามการรักษา 2.2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ได้พัฒนาผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างละเอียด เพื่อกำหนดขอบเขตการวิจัยที่ชัดเจน จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ไปทดสอบการสัมภาษณ์กับวัยรุ่น 3 คนเพื่อตรวจสอบถึงความเข้าใจในประเด็นคำถาม และสามารถสะท้อนคำตอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนจัดทำเป็นผังแนวทางการสัมภาษณ์ที่เป็นระบบ ประกอบด้วยคำถามหลักคือ “ช่วยเล่าถึงช่วงหลังจากที่รักษาหายจากการติดเชื้อโควิด-19 หลังจากนั้นเกิดอะไรขึ้นบ้าง เป็นอย่างไร” ข้อคำถามหลักทั้งสองข้อนี้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับการมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างอิสระ ผู้วิจัยฟังสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าอย่างตั้งใจโดยไม่ขัดจังหวะเพื่อ



ไม่ให้เกิดการถามนำไปปรากฏข้อมูลที่ต้องการ¹¹ จากนั้นใช้คำถามแบบเจาะประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับการมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมว่าอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ห้องไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลังจากหายจากการติดเชื้อโควิด-19 เป็นอย่างไรบ้าง” “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมว่าระหว่างที่เกิดอาการไม่สุขสบายเหล่านั้นขึ้น น้องดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง” 2.3) เครื่องบันทึกเสียง 2.4) แบบบันทึกภาคสนาม

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียง ดำเนินการสัมภาษณ์โดยมีผู้ปกครองอยู่ตลอดขั้นตอนการสัมภาษณ์ ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองสะดวก ได้แก่ ร้านกาแฟใกล้บ้าน ร้านกาแฟหน้าโรงเรียน และร้านกาแฟใกล้ที่เรียนพิเศษ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ผู้ให้ข้อมูล 5 รายได้รับการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และผู้ให้ข้อมูลอีก 2 ราย มีการนัดสัมภาษณ์ซ้ำครั้งที่ 2 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประเด็นชัดเจน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวอย่างอิสระ โดยใช้คำถามหลัก คำถามรอง และคำถามเจาะประเด็น ใช้เทคนิคการทวนความ สะท้อนข้อมูล สรุปความเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้ตลอดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยยังจดบันทึกภาคสนามเพื่อบันทึกรายละเอียดของการสัมภาษณ์ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ เช่น สีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสนามวิจัยของผู้วิจัย เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์จึงกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างข้อสรุปด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยเริ่มจากการถอดบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ อ่านบทสัมภาษณ์พร้อมกับอ่านบันทึกภาคสนามจนเกิดความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูล (intuition) ระบุนข้อมูลสำคัญจากบทสัมภาษณ์และให้รหัส จากนั้นทำการจัดกลุ่มข้อมูลที่คล้ายกันเข้าด้วยกันเพื่อสร้างแก่นสาระ ทำการตรวจสอบแก่นสาระที่สร้างขึ้นมาว่ามีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับบทสัมภาษณ์ และสรุปผล การวิเคราะห์เป็นประเด็น โดยอธิบายและยกตัวอย่างข้อมูลที่สอดคล้องกับแก่นสาระที่ได้สร้างขึ้นมา เมื่อสัมภาษณ์จนจำนวนผู้ให้ข้อมูล 7 ราย พบว่า เกิดการอึดตัวของข้อมูล คือ ข้อมูลที่ได้รับเริ่มมีการซ้ำกัน ไม่มีข้อมูลใหม่ที่สำคัญเกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ คำตอบของผู้ให้ข้อมูลเริ่มคล้ายคลึงกันมากขึ้น จึงยุติการเก็บข้อมูล

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ข้อสรุปจากการวิจัยนี้มาจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้เข้าถึงข้อมูลที่มีคุณค่า ข้อสรุปได้รับการยืนยันผ่านคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลัก และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (credibility) โดยใช้วิธีตรวจสอบสามเส้า (triangulation) รวมถึงบทสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม และการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา การวิจัยยังให้ความสำคัญกับการนำข้อมูลไปใช้ (transferability) โดยอธิบายบริบทและกระบวนการเก็บข้อมูลเพื่อให้ผู้อ่านนำผลการวิจัยไปปรับใช้ได้ ความคงที่ (dependability) ได้รับการประเมินผ่านการตรวจสอบและทบทวนกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง การยืนยันข้อมูล (confirmability) ได้รับการสนับสนุนด้วยบันทึกภาคสนามและข้อมูลดิบที่ชัดเจน ทำให้ข้อสรุปจากการวิจัยนี้มีความเชื่อถือได้ (trustworthiness)¹²



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปี (mean=15.7) จำนวนทั้งสิ้น 7 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย และเพศชาย 3 ราย การดูแลรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชราลางกรณ์ ทุกรายไม่มีโรคประจำตัวและได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของ Pfizer จำนวน 1 เข็ม 2 ราย จำนวน 3 เข็ม 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบจากแพทย์ว่ามีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Post-Coronavirus 2019 Condition) อาการผิดปกติทั่วไปของร่างกายเป็นอาการเด่น ๆ ทั้งหมด 9 อาการ คือ เหนื่อยอ่อนเพลีย ไอเรื้อรัง ไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ไอเรื้อรังร่วมกับอาการเจ็บคอ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผื่น ลื่นไม่รับรส เกส็ดเลือดต่ำ พบมากที่สุดคือ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลหลักทุกราย คือ เหนื่อยอ่อนเพลีย ไอเรื้อรัง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะบ่อย ไม่มีแรง ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิง 1 รายมีอาการลื่นไม่รับรส อาการผิดปกติด้านจิตสังคมเป็นอาการที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงไม่ชัดเจนแต่ทุก ๆ รายแสดงออกถึงความวิตกกังวล ส่วนในกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่พบคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศชายมีกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ 1 ราย อีก 1 รายเป็นชายมีอาการเกส็ดเลือดต่ำ ณ เดือน เมษายน 2567 ผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 รายมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ ทุเลาลง มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 รายยังคงได้รับการดูแลอาการหลงเหลือจากแพทย์

ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบข้อสรุปเป็น 2 ประเด็นหลักคือ 1) ชีวิตที่ต้องเผชิญกับผลพวงของโควิด-19 ประกอบด้วยประเด็นย่อยคือ 1.1) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และ 1.2) ผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ 2) การค้นหาวิธีจัดการกับอาการเรื้อรัง ประกอบด้วยประเด็นย่อยคือ 2.1) การแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพ และ 2.2) การดูแลอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

1. ชีวิตที่ต้องเผชิญกับผลพวงของโควิด-19

แม้ว่าหายจากการติดเชื้อโควิด-19 แล้ว แต่วัยรุ่นทุกรายยังคงต้องอยู่กับอาการหลงเหลือที่เป็นผลพวงของโควิด-19 อาการหลงเหลือ ซึ่งส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวัน การฟื้นตัวจาก อาการหลงเหลือ เป็นไปได้ยาก เพราะความอ่อนแอ ร่างกาย การเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทางจิตใจจากอาการหลงเหลือภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการรับรู้ว่าคุณภาพของตน ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือผลพวงของโควิด-19 ที่ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความท้าทายในชีวิต และต้องมีการรับมือกับความรู้สึกทางอารมณ์ และจิตใจ แบ่งออกเป็นประเด็นย่อย คือ 1.1) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และ 1.2) ผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ

1.1) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นการรับรู้ว่าการป่วยด้วยโควิด-19 ร่างกายของวัยรุ่นยังไม่แข็งแรงเหมือนเดิม พวกเขา รู้สึกเหมือนยังป่วยอยู่ตลอดเวลา สุขภาพโดยรวมที่ไม่สมบูรณ์นี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตระหนักว่าเป็นความเปลี่ยนแปลง เวลาลงมือทำอะไร การฟื้นตัวจากกิจกรรมต่าง ๆ ต้องใช้เวลามากขึ้น และการทำกิจกรรมที่เคยทำได้ง่ายกลับกลายเป็นเรื่องที่ยากมากขึ้น เป็นความท้าทายในชีวิตที่เกิดขึ้น ดังที่วัยรุ่นมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กล่าวไว้

“มีเหนื่อยง่ายขึ้นค่ะ เพราะเล่นกีฬาที่รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น ... ตอนที่ยังไม่เป็นหนูเล่นมันก็ปกติมันก็ไม่ได้เหนื่อยอะไรขนาดนี้ พอเป็นโควิด แล้วหายมันก็จะเหนื่อยง่ายมาก แบบเหนื่อยมาก ๆ ค่ะ หายใจลำบากด้วย” (P2)

“เวลาเดินขึ้นบันไดก็รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ... เวลาขึ้นบันไดชั้น 2 ก็จะไม่ปกติก็จะเดินเฉย ๆ แต่อันนี้รู้สึกว่าการเดินไม่ก็ขึ้นก็เหนื่อยแล้วค่ะ” (P5)



“อยู่ ๆ วันนั้นมันเป็นวันที่ต้องเดินไปเรียนห้องวิทยาศาสตร์ แล้วตีวิทยกับอีกตึก มันห่างกันพอสมควรอยู่แล้ว มันต้องขึ้นลงบันไดเยอะมาก แล้วพอเดินไปเรื่อย ๆ แล้วพอจะขึ้นบันไดอันสุดท้ายเนาะ ที่ต้องขึ้นไปห้องวิทย จะเป็นลมเลย แล้วก็รู้สึกหัวใจเต้นแรงมาก ...ล้มครับ แล้วก็ร้องไห้” (P6)

วัยรุ่นที่เคยเป็นคนแข็งแรงยังรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอลง เขามักป่วยง่าย ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

“มันเป็นไข้เร็วค่ะ มันเหมือนเป็นไข้เป็นหวัดเร็ว ...จากปกติเป็นคนแข็งแรง เป็นไขยาก เป็นหวัดยาก อย่างนี้ค่ะ แต่พอหลังเป็นมานาน ๆ อาทิตย์หนึ่งก็ไข้ครั้งหนึ่ง” (P1)

การเปลี่ยนแปลงในชีวิต แม้จะตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว แต่มักพบกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อยังคงอยู่ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างยาวนาน โดยวัยรุ่นต้องใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับการรับรู้ร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไป โดยอาการหอบเหนื่อยเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อย ทำให้กิจกรรมที่เคยทำได้ง่ายกลายเป็นเรื่องยาก ไม่ว่าจะเป็นการวิ่งเล่น ออกกำลังกาย หรือแม้แต่การเดินขึ้นบันได ก็ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า เหนื่อยอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ทำให้บางรายการรับรู้ร่างกายของวัยรุ่นยังไม่แข็งแรงเช่นเดิม

1.2) ผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่เพียงส่งผลทางกาย แต่ยังส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึกหงุดหงิด มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงทันทีทันใดจากอารมณ์ดีกลายเป็นความรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใดคือสิ่งที่วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พูดถึง

“รู้สึกหงุดหงิดครับ เพราะว่ามันคุมไม่ค่อยได้...มันเป็นความรู้สึกแบบเกิดอะไรขึ้น ไม่เหมือนเดิม รำคาญไปหมด ทำให้เราต้องมายุ่งยากกับอาการที่ไม่ได้อยากให้เกิด”(P7)

“ช่วงที่มีอาการป่วยพ่อแม่จะไม่ค่อยยุ่ง เพราะว่าอาการป่วย คนที่มีอาการป่วยอารมณ์จะขึ้นลงแปลก ๆ...คือใครพูดผิดใจ จะโมโหเลยอะไรแบบนี้...ก็หงุดหงิด ก็มีออกจากห้อง...ช่วงนี้เป็นอะไรก็ไม่รู้เหมือนผีเข้าผีออก” (P5)

ความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นหลากหลายจากความไม่เข้าใจว่าทำไมอาการไม่ปกติจึงเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เขารู้สึกว่าตนเองไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดังเช่นวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พูดว่า

“ด่ากันค่ะ แบบหนุบบอก ยายอย่าเพิ่งถาม ยายก็จะบอก เป็นหยั่ง!! เสียงดัง..ยายก็บ่น ๆ ไม่ได้ดูแลตัวเอง ไม่ให้ซ่อมไม่ต้องไปเป็นหมอนักก็พา เราก็หงุดหงิด เสียงดังใส่กัน ...โกรธยาย ไม่พูดกันค่ะ”(P1)

การรับมือกับความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลง วัยรุ่นมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทำโดยระบายความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจเหล่านั้นออกมา และให้ความหมายความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงเป็นความทุกข์ ดังตัวอย่างคำพูดของวัยรุ่น

“เวลาเป็นมันทรมาน ...เหนื่อยมาก เหมือนจะขาดใจ ทรมาน...มันเหนื่อย มันหอบค่ะ มันทรมานตัวเอง มันหายใจไม่ออก บางครั้งก็แบบ...ขอโทษนะค่ะ.. มันแบบมันเหมือนคนกำลังจะตาย...เวลาเป็นมันทรมานมากจริง ๆ” (P1)

“มันเหมือนมันกินเราไปครึ่งครึ่งตัวแล้วหรือเปล่า มันไม่ไหวแล้วมันเหมือนจะยอมแพ้แล้ว ทรมานอะไรประมาณนี้ครับ” (P5)

การรับมือกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้เกิดความรู้สึกภายในจิตใจคือการรับมือด้วย ด้วยการปิดอาการ พยายามทำตัวให้เป็นปกติ ดังที่วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กล่าวว่า

“...ยิ่งเราเหมือนเหนื่อย ๆ ไม่มีแรง ปวดหัวเพื่อนก็จะยิ่งกลัวติด ก็ต้องพยายามปกติ”(P1)

“ไอค่อย ๆ เอา...ปิดปากแล้วก็ไอ ไอปิดปากลดเสียงลง...(เพื่อน) จิกตาเลยคะ” (P2)



“ก็พยายามควบคุม พอหยุดหัดเวลาเหนื่อยๆ ก็จะเข้านอนก่อน คุณไม่ให้อยากตำคนมาถาม” (P1)

ผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ จากการต้องอยู่กับร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและไม่แน่นอนทำให้วัยรุ่นรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ และอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเองในการแสดงออกต่อคนรอบข้าง ในขณะที่การกลับไปโรงเรียนและเข้าสังคมก็เต็มไปด้วยความยากลำบาก บางคนจึงเลือกที่จะปกปิดอาการของตนเพื่อไม่ให้เกิดกระทบกับการเรียนและความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง การต้องรับมือในการปรับตัว ร่วมกับเผชิญชีวิตที่มีข้อจำกัดนับเป็นความท้าทายครั้งใหญ่ที่วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผลพวงจากไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสิ้น

2. ค้นหาวิธีจัดการกับอาการเรื้อรัง

เมื่อต้องเผชิญหน้ากับอาการหลงเหลือที่เป็นผลพวงหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังคงอยู่เป็นเวลานาน และไม่รู้ว่าจะอาการจะทุเลา หรือสิ้นสุดเมื่อใด วัยรุ่นจึงพยายามค้นหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อบรรเทาอาการและฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาแข็งแรงดังเดิม โดย ค้นหาวิธีจัดการกับอาการเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง แบ่งออกเป็นประเด็นย่อย คือ 2.1) การแสวงหาวิธีดูแลสุขภาพ และ 2.2) การดูแลอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

2.1) การแสวงหาวิธีดูแลสุขภาพ

เมื่อต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่แน่นอน วัยรุ่นจำเป็นต้องเรียนรู้ที่หาวิธีจัดการกับอาการเรื้อรังเพื่อจะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและค้นหาวิธีดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อประคับประคองสุขภาพและหวังว่าจะมีอาการดีขึ้นได้ ซึ่งการค้นหาวิธีการต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่วัยรุ่นกลุ่มนี้ทำ เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพของตนและนำไปสู่การจัดการกับอาการเรื้อรังที่เกิดขึ้น การค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์โรงพยาบาล เป็นช่องทางแรกที่วัยรุ่นใช้เพื่อทำความเข้าใจอาการของตนและมองหาวิธีการรักษา หรือปฏิบัติตัวให้อาการที่เป็นอยู่ดีขึ้น จากคำกล่าว

“ดูในข่าวก็มีในทีวี แบบเป็นเหมือนลองโควิด แต่รุนแรงกว่ามั๊ย มีต่อมาจากโควิด บางคนก็เป็นบางคนก็ไม่เป็น” (P4)

นอกจากนี้ยังมีการค้นหาข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการมาแบ่งปันอาการจากหลากหลายคนที่พบเจอปัญหาสุขภาพภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากคำกล่าว

“Google ครับ ...เว็บแรกครับ...น่าจะมาจากโรงพยาบาลครับ แล้วก็ชื่อของ Pantip ครับ...มาแชร์อาการกันครับ พวกข้อมูลลองโควิด โรคโควิด”(P5)

“ก็มีเล่นตีกอล์ฟก็มีคนมาเล่าว่าแบบนี้คือลองโควิด ดูแลตัวเองให้ระวังเผื่อเป็นแรง...บางที่เขาก็เอารูปในเว็บมาแล้ว เข้าใจขึ้น...เพราะเขาอธิบาย อ่านเองบางทีงง นำเป็ด้วย” (P1)

การมีคนใกล้ชิดคอยให้การสนับสนุนและดูแลก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญ การพูดคุยกับผู้ปกครอง เพื่อน ครู ญาติพี่น้อง หรือคนที่เคยมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้วิธีการดูแลตัวเองง่ายๆ จากประสบการณ์จริง รวมถึงได้รับกำลังใจและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ จากคำกล่าว

“ก็ถามยายค่ะ ยายเป็น อสม...ยายบอกค่ะ บอกทุกวันให้ระวัง อย่าไปเที่ยวเล่น ใส่หน้ากากอนามัยด้วย พูดทุกวัน” (P1)

“ตอนหนู search พ่อแม่ก็จะพูดเหมือนกันค่ะ ว่าอันนี้มันก็ใช้ได้อยู่นะ ...แล้วก็ไปตามแม่ว่าอันนี้ใช้ได้จริงไหม แม่ก็เลยบอกว้ใช่...แม่หนูบอกให้ไปซื้อ บอกว่าเนี่ยยามะขามป้อมเนี่ยไปซื้อมา...หนูเลือกก็เลือกตามแม่นี้แหละค่ะ แม่บอกว้ยี่ห้อนี้ไม่ค่อยดีไปกินยี่ห้ออื่นมันเย็นกว่าอะไรแบบนี้ค่ะหนูก็เลยซื้อตามแม่” (P2)

“ก็มีพวกเพื่อนของแม่ค่ะแนะนำมาว่าให้ทำแบบนี้แบบนี้...เป็นคนที่เคยติดค่ะ เขาก็บอกว้ให้ดูแลตัวเองแบบนี้



นะกินน้ำเยอะๆ แบบนี้ค่ะ...ค่ะ เขาก็บอกว่าให้กินน้ำเปล่าเยอะๆ แล้วก็กินน้ำขิงค่ะเขาบอก” (P3)

“เดินแล้วเหนื่อยๆ ไม่อยากลุกเดิน แต่ต้องเดินก็พอบอกว่าให้เดินเยอะๆ อะครับ เพราะว่าตอนนั้นผมเดินได้ประมาณแค่ 3-4 นาที ผมก็เหนื่อยแล้วอะครับ...พอกับแม่บอกว่าให้ออกกำลังกายเยอะๆ แต่เบาๆ ครับ” (P4)

“พอกับพี่สาวของแม่เขามีอาการเดียวกันเขาก็แบบคิดว่าน่าจะเป็นอาการลงโควิดเหมือนกันก็เลยรู้สึกว่าจะเราเป็นลงโควิด ...เพื่อนก็ให้คำแนะนำว่าให้สูดอะไรแบบนี้แล้วแบบเหมือนว่า น่าจะให้อยู่ด้วยกันไปนานๆ พยายามสูดๆ เพื่อที่จะได้ไปเรียนต่อมหาวิทยาลัย ก็ขอให้อยู่ด้วยกัน...มีเพื่อนผู้หญิงคนหนึ่งแนะนำให้ไปกินน้ำขิงอย่างเดียวเลย ครับ” (P5)

“มีปรีกษาอยู่ครับ ปรีกษาที่ครับเป็นลูกพี่ลูกน้องครับ ...เพราะว่าผมสนิทด้วยครับแล้วรู้สึกว่าคุณได้...แนะนำว่าก็กินยาแล้วก็กินน้ำเยอะๆ พักผ่อนให้เพียงพอครับ” (P7)

การพบปะผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือแพทย์เป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นได้รับการยืนยันว่าอาการที่เป็นอยู่นั้นเกิดจากอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือที่เรียกว่า “ลงโควิด” โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มเติม เช่นการเอกซเรย์ทรวงอก การตรวจเลือด และการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการไม่รุนแรงมาก อาจเลือกไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อติดตามอาการและขอคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง จากตัวอย่างคำกล่าวของวัยรุ่น

“พอดีไปตามที่หมอนัดให้ไปดูอาการอีกครั้งหนึ่ง หมอนัดไปเอกซเรย์” (P1)

“ไปค่ะไปหาหมอที่อนามัยนี้แหละค่ะ หมอบอกว่าอาจจะเป็นอาการของลงโควิด แล้วก็ให้ยามากินค่ะ ... (แพทย์แนะนำลดอาการไอ) ให้ดื่มน้ำค่ะให้ดื่มน้ำเยอะๆ” (P2)

การแสวงหาวิธีดูแลสุขภาพ เริ่มจากการค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์โรงพยาบาล และสื่อสังคมออนไลน์ เป็นช่องทางแรกที่วัยรุ่นใช้เพื่อทำความเข้าใจอาการของตนและมองหาวิธีการรักษา หรือปฏิบัติตัวให้อาการที่เป็นอยู่ดีขึ้น ในกรณีที่มีอาการรุนแรง วัยรุ่นบางคนต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดและรับการรักษาที่เหมาะสม ขณะที่บางคนที่มีอาการไม่มากนักอาจเลือกปรึกษาแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อติดตามอาการและขอคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง การมีคนใกล้ชิดคอยให้การสนับสนุนและดูแลก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้

2.2) การดูแลอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

การดูแลอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองคือการทำสิ่งที่ดีเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพราะบางครั้งอาจละเอียด หรือไม่ค่อยใส่ใจสุขภาพของตัวเองเท่าที่ควร วัยรุ่นกลุ่มนี้จึงมีการดูแลตัวเองตามอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งวัยรุ่นพยายามปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด และออกกำลังกายเบาๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จากคำกล่าว

“หนูใส่หน้ากากก่อนออกจากบ้าน ...ถ้ามีคนอื่นมาด้วยหนูก็จะใส่ค่ะ ป้องกันด้วยค่ะแล้วก็เก็บทรงด้วยค่ะ” (P2)

“ก็ใส่แมสค่ะ ล้างมือ...ก็ดูแลตัวเองค่ะ เช่น แบบนอนเยอะๆ นอนไวๆ ค่ะก็ดีขึ้นอยู่ที่ไม่เหนื่อยมากสัก 4-5 วัน 3-4 วันครั้งหนักนอนแล้ว เร็วกว่าแต่ก่อนค่ะ” (P3)

“ก็ประมาณนี้ครับ ใส่แมส ล้างมือ แล้วผมก็ไม่ค่อยได้ออกไปเจอใครด้วยครับ...แล้วก็ช่วงเย็นๆ ผมก็ไปเดินออกกำลังกาย...ผมก็พยายามเดินไปเรื่อย ๆ จนมันหายกลับมาเป็นปกติครับ” (P4)

“มีระมัดระวังขึ้นแล้วก็ใส่แมส ไปโรงเรียนทุกวัน ถ้าเสาร์ อาทิตย์ไม่มีเรียนพิเศษก็อยู่ในบ้าน”(P5)



นอกจากนี้วัยรุ่นยังดูแลตนเองตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น การนั่งพักเมื่อรู้สึกเหนื่อย การดื่มน้ำอุ่นเพื่อบรรเทาอาการไอ เป็นต้น จากคำกล่าว

“(แล้วตอนที่หนูเหนื่อยเดินขึ้นบันไดได้ไม่กี่ชั้นหนูทำยังไง)..ก็หยุดเดินพักให้มันหายค่ะแล้วก็เดินต่อ...ก็ค่อย ๆ เดินค่ะเดินเกาะราวขึ้นไป...หนูก็จะนั่งพักก่อนให้หายเหนื่อยแล้วก็กินน้ำค่ะจะไปนั่งพักตากพัดลม” (P3)

“หลังจากที่หายค่ะ...มันเจ็บคอมมากเลยคะมันต้องฉีดสเปรย์พ่นคออะคะ ขนาดฉีดสเปรย์พ่นคอมันก็ยังไม่ช่วยอะคะ มันต้องแบบประคองยาไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหายก็นานอยู่พอสมควรคะ...มันเหมือนมันเป็นสเปรย์ฉีดคอทั่วไปอะคะ สเปรย์เพิ่มความชุ่มชื้น...(เมื่อไอ) ก็ต้องพยายามกินน้ำให้เยอะ ๆ ค่ะ...ก็ก่อนออกจากบ้านตอนเช้า ๆ ก็จะกินน้ำร้อนคะ อยู่ที่โรงเรียนก็จะกินน้ำเปล่าหลีกเลี่ยงน้ำเย็นคะ น้ำเปล่าอุณหภูมิปกตินั่นแหละคะ” (P6)

วัยรุ่นต้องอาศัยการหักห้ามใจในการปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ แม้ว่าบางครั้งจะต้องฝืนใจทำในสิ่งที่ไม่ชอบก็ตาม จากคำกล่าว “ตัวหนูเองมีวินัยในการพยายามเลี่ยงกินน้ำเย็นคะแล้วก็ พยายามไม่ไปที่ที่แบบคนเยอะ ๆ พยายามหลีกเลี่ยงตัวพยายามใส่แมส พยายามฉีดแอลกอฮอล์เป็นประจำคะ” (P6)

“แล้วก็ไม่กินของทอดเยอะ ปกติจะกินของทอดแบบสุด ๆ...(ไก่ทอด) ถ้าหนูงดมันก็ไม่เป็นคะแต่ถ้าหนูกินมันก็จะเริ่มไอแล้ว...พวกที่มีเครื่องเยอะ ๆ ค่ะหนูทำให้ระคายคอ ไอ...ก็พยายามห้ามใจ” (P2)

ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 4 สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อรู้สึกเหนื่อยล้าและอยากพักผ่อนมากกว่าปกติ ก็ต้องหักห้ามใจไม่ให้นอนมากเกินไปจนเกียจคร้าน และพยายามลุกขึ้นมาเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันที่ดี อาการส่วนอื่น เช่น เจ็บคอ หรือไม่รับรสอาหาร อาจทำให้การรับประทานอาหารเป็นเรื่องยากลำบาก แต่วัยรุ่นก็ต้องฝืนใจกินอาหารที่ทำให้ร่างกายมีพลังในการฟื้นฟู ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เจ็บคอแต่ก็พยายามกินข้าวเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงคะ...ตอนที่แบบทานอะไรบางอย่างเข้าไปหนูก็ต้องระวัง หนูก็กลัวว่าแบบเวลากินมันไออาจจะมีการเจ็บก็เลยกลัวแต่ก็พยายามกินอยู่คะ” (P6)

อีกสิ่งสำคัญที่เป็นวิธีการดูแลสุขภาพ คือ การเติมพลังใจให้กับตนเองก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีกำลังใจในการสู้กับความเจ็บป่วย การตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ในแต่ละวัน จากคำกล่าว “บอกตัวเองให้สู้เดี่ยววันค่าง เดี่ยวเรียนไม่ทันก็ไป ๆ ทุกเช้า” (P1)

“ถ้าเรื่องเรียน คิดในหัวอย่างเดียวว่าเราอยากสอบเข้าโรงเรียนนี่นะแล้วก็ต้องมีความพยายามขึ้นหน่อย เพสียแค่นั้นก็ไปโรงเรียน” (P5)

“แม้จะยังมีอาการอยู่คะ ก็อาจจะเป็นเพราะว่า ถ้ามันไม่เรียนอะคะ มันก็ม.3 แล้วมันก็ต้องมีความรับผิดชอบเราที่ต้องไปต่อม.4 หนูก็เลยคิดว่ายังไงเราก็ต้องเรียนเอาเกรดของเทอม อะคะไปยื่นอยู่ดีแล้วก็ต้องพยายามแบบเรียนให้ได้ดีที่สุด” (P6)

“ก็ฝืนไปกับก็มีไม่ไปครับ ...แบบว่าต้องไปเรียนครับ ถ้าไม่ไปก็ตามเพื่อนไม่ทันแล้วก็ต้องกลับมาเรียนใหม่อีก” (P7)

การสร้างความหวังว่าอาการจะต้องดีขึ้น ล้วนเป็นวิธีการที่ช่วยเสริมสร้างพลังใจ ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีแรงผลักดันที่จะดูแลสุขภาพตนเองต่อไป และก้าวผ่านช่วงเวลาท้าทายในชีวิตนี้ได้

การดูแลอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยวัยรุ่นพยายามดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด และออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย นอกจากนี้ วัยรุ่นยังดูแลตนเองตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น การนั่งพักเมื่อรู้สึกเหนื่อย การดื่มน้ำอุ่นเพื่อบรรเทาอาการไอ เป็นต้น วัยรุ่นต้องอาศัยการมีวินัยในการปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ แม้ว่าบางครั้งจะต้องฝืนใจทำในสิ่งที่ไม่ชอบก็ตาม ทั้งนี้ยังพบว่าการเติมพลังใจให้กับตนเองก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่น



รุ่นมีกำลังใจในการสู้กับความเจ็บป่วย การตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ในแต่ละวัน การสร้างความหวังว่าอาการจะต้องดีขึ้น ล้วนเป็นวิธีการที่ช่วยเสริมสร้างพลังใจ ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีแรงผลักดันที่จะดูแลสุขภาพตนเอง และก้าวผ่านช่วงเวลาท้าทายในชีวิตนี้ได้

อภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีลักษณะเป็นการดูแลตนเองแบบทั่วไป ที่ชี้ให้เห็นถึงความพยายามของวัยรุ่นในการปรับตัวและจัดการกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งนำไปสู่การจัดการกับอาการเรื้อรัง การดูแลตนเองแบบทั่วไปนี้ เป็นการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นที่มีความสามารถ และใช้ความพยายามในการจัดการกับสุขภาพตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป⁸

การดูแลตนเองแบบทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลร่างกาย การจัดการอาการ การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ และการค้นหาข้อมูลและการสนับสนุน นอกจากนี้ การดูแลอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เช่น การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ การดื่มน้ำอุ่น และการใช้สเปรย์พ่นคอ เป็นวิธีการที่วัยรุ่นใช้เพื่อจัดการกับอาการหลงเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการศึกษาอื่น ๆ⁵ นอกจากนี้ การแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเบา ๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ เป็นวิธีการที่วัยรุ่นใช้เพื่อฟื้นฟูร่างกายจากอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ¹⁰ การดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่อาจเชื่อมโยงไปสู่การประยุกต์แนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมาใช้บูรณาการในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นองค์รวม

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เผชิญกับความท้าทายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตจากผลพวงของการติดเชื้อ คืออาการผิดปกติในรูปแบบต่าง ๆ ที่ทำให้วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อทุกคนแสดงถึงความวิตกกังวล นอกจากนี้ วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชืวยังระบุว่า มีอารมณ์หงุดหงิดและเปลี่ยนแปลงทันทีทันใด โดยวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อมีการรับมือกับความรูสึกทางอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ที่ยังไม่เหมาะสม เพราะวัยรุ่นทุกรายในการศึกษาวิจัยนี้พูดแสดงถึงความรูสึกทุกขใจ ทรมานจากอาการ และส่วนใหญ่ปกปิดไม่บอกใครว่าตนเองมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นวิธีการรับมือที่ไม่เหมาะสม¹⁴ ดังนั้นการให้การสนับสนุนทางสังคม การดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ โดยเฉพาะวัยรุ่นจึงมีความสำคัญและจำเป็น^{3,5-6} การดูแลสุขภาพตนเองจึงมีความสำคัญที่วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อต้องปฏิบัติ ควบคู่ไปกับการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว เพื่อให้สามารถมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

ปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 แสดงให้เห็นว่า แม้โรคนี้อาจกลายเป็นโรคประจำถิ่น แต่ “อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ” ยังคงมีอยู่และส่งผลกระทบต่อบุคคล โดยเฉพาะในวัยรุ่น^{2,13} อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อส่งผลกระทบต่อการทำงานและคุณภาพชีวิต¹⁴ ผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความรูสึกทุกข์ทรมาน หงุดหงิด และอารมณ์แปรปรวน หากเกิดยาวนานต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบในระยะยาวได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้ออยู่ในระดับสูง¹⁵ วัยรุ่นพยายามอย่างมากในการค้นหา



วิธีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อบรรเทาอาการและฟื้นฟูร่างกาย รวมถึงการปรับตัวเพื่อจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามของวัยรุ่นในการจัดการอาการด้วยตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ในด้านการดูแลตนเอง^{15,16}

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นการศึกษาจากวัยรุ่นเฉพาะกลุ่มในจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มประชากรวัยรุ่นอื่นๆ ที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงบริบทการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลที่ได้ช่วยให้พยาบาลเด็กเข้าใจประสบการณ์และความท้าทายที่วัยรุ่นกลุ่มนี้ต้องเผชิญ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประเมินทางการพยาบาล (nursing assessment) วัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เป็นส่วนหนึ่งในวางแผนการดูแลวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือติดเชื้อ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์แก่วัยรุ่น การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพและการจัดการอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อที่เหมาะสม

2. ควรให้การสนับสนุนทางสังคมสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเหมาะสม เช่น การสร้างกลุ่มออนไลน์เพื่อให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างวัยรุ่นที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ เพื่อให้วัยรุ่นกลุ่มนี้รู้สึกว่ามีผลพวงของโควิด-19 ได้ดีขึ้น

References

1. Naik R, Avula S, Palleti SK, Gummadi J, Ramachandran R, Chandramohan D, et al. From emergence to endemicity: a comprehensive review of COVID-19. [Internet]. 2023 [cited 10 April 2024]. Available from: https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/195526/20231031-10690-q1ysfw.pdf
2. Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Diaz JV. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infectious Diseases*. 2022;22(4).
3. Izquierdo-Pujol J, Moron-Lopez S, Dalmau J, Gonzalez-Aumatell A, Carreras-Abad C, Mendez M, Rodrigo C, Martinez-Picado J. Post COVID-19 condition in children and adolescents: an emerging problem. *Frontiers in pediatrics*. 2022;10:194-204.
4. Fainardi V, Meoli A, Chiopris G, Motta M, Skenderaj K, Grandinetti R, Bergomi A, Antodaro F, Zona S, Esposito S. Long COVID in children and adolescents. *Life*. 2022;12(2):285.
5. Sakurada Y, Otsuka Y, Tokumasu K, Sunada N, Honda H, Nakano Y, Matsuda Y, Hasegawa T, Ochi K, Hagiya H, Ueda K. Trends in long COVID symptoms in Japanese teenage patients. *Medicina*. 2023;59(2):261.
6. Brackel CL, Lap CR, Buddingh EP, van Houten MA, van der Sande LJ, Langereis EJ, Bannier MA, Pijnenburg MW, Hashimoto S, Terheggen Lagro SW. Pediatric long COVID: an overlooked phenomenon?. *Pediatric pulmonology*. 2021;56(8):2495-502.



7. World Health Organization. A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus, 16 February 2023. [Internet]. 2023 [cited 10 April 2024]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366126/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023.1-eng.pdf>
8. Matias T, Dominski FH, & Marks DF. Human needs in COVID-19 isolation. *Journal of health psychology*. 2020;25(7):871-82.
9. Jay Miller J, Grise-Owens E. Foster caring in an era of COVID-19: The impact on personal self-care. *Adoption & Fostering*. 2021;45(1):56-70.
10. Hossain MM, Das J, Rahman F, Nesa F, Hossain P, Islam AK, Tasnim S, Faizah F, Mazumder H, Purohit N, Ramirez G. Living with “long COVID”: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *PLOS ONE*. 2023;18(2):e0281884.
11. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2016.
12. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*. 2017;16(1):1-13.
13. Fernandez-de-Las-Penas C, Raveendran AV, Giordano R, Arendt-Nielsen L. Long COVID or post-COVID-19 condition: past, present and future research directions. *Microorganisms*. 2023;11(12):2959.
14. Kostev K, Smith L, Koyanagi A, Konrad M, Jacob L. Post-COVID-19 conditions in children and adolescents diagnosed with COVID-19. *Pediatric Research*. 2024;95(1):182-7.
15. Tabacof L, Tosto-Mancuso J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, et al. Post-acute COVID-19 syndrome negatively impacts physical function, cognitive function, health-related quality of life, and participation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2021;100(1):48-52.
16. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behavior and Immunity*. 2020;89:594-600.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน
ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บ

Influencing Factors of Post-Concussion Syndrome Intensity in Patients with Mild Traumatic
Brain Injury During One Month after the Trauma

สุทธิพงษ์ พานทอง¹, นิภาวรรณ สามารถกิจ², พัชชนก วิถีธรรมศักดิ์²

Sutthiphong Panthong¹, Niphawan Samartkit², Patchanok Witheethamsak²

¹นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

¹Master Student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

²Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

Corresponding author: Niphawan Samartkit; Email: nsamartkit@gmail.com

Received: June 10, 2024 Revised: July 15, 2024 Accepted: July 17, 2024

บทคัดย่อ

การได้รับบาดเจ็บทางสมองแม้อยู่ในระดับเล็กน้อย แต่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 1 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาทฯ และหญิง โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 2) แบบประเมิน The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire 3) แบบประเมิน Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยโปรแกรม Application Line Official Account วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บมากที่สุด ($\beta = -.55, p = .01$) และรองลงมาคือ ความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเมื่อแรกรับ ($\beta = .29, p = .01$) โดยเพศ ระดับความรู้สึกตัวแรกรับ ความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเมื่อแรกรับ และคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บได้ร้อยละ 54 ($\text{adjusted } R^2 = .54, p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้บุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและประเมินคุณภาพการนอนหลับตั้งแต่แรกรับและประเมินต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรก เพื่อวางแผนการดูแลและควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถให้การรักษาและป้องกันกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนถาวร

คำสำคัญ: กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน; คุณภาพการนอนหลับ; บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย; ระดับความรู้สึกตัว



Influencing Factors of Post-Concussion Syndrome Intensity in Patients with Mild Traumatic Brain Injury During One Month after the Trauma

Sutthiphong Panthong¹, Niphawan Samartkit², Patchanok Witheethamsak²

¹Master Student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

²Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

Corresponding author: Niphawan Samartkit; Email: nsamartkit@gmail.com

Received: June 10, 2024 Revised: July 15, 2024 Accepted: July 17, 2024

Abstract

Mild traumatic brain injuries can have a profound impact on a patient's quality of life. The purpose of this predictive descriptive research was to study factors influencing the intensity of post-concussion syndrome (PCS) in patients with mild traumatic brain injury (mTBI) 1 month after injury. Participants were 85 mTBI patients who were admitted to the neurological and trauma surgery ward in Chonburi Hospital. The research instruments included 1) the demographic and health status of patients with mild TBI record form, 2) the Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire, and 3) the Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale. Data were collected through the Application Line Official Account. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression. The results revealed that sleep quality had the greatest influence on the intensity of PCS in mTBI patients 1 month after injury ($\beta = -.55$, $p = .01$), followed by the intensity of PCS at first admission ($\beta = .29$, $p = .01$). It was also found that gender, level of consciousness on first attendance at the emergency department, severity of PCS after the initial brain injury, and sleep quality could explain 54% of the variance in the intensity of PCS in mTBI patients 1 month after injury (adjusted $R^2 = .54$, $p < .001$). In conclusion, the findings of this study suggest that health care providers should be concerned about the importance of evaluating PCS continuously from the acute phase throughout one month in order to develop nursing intervention programs and effective treatment for preventing persistent PCS after traumatic brain injury.

Keywords: post-concussion syndrome; quality of sleep; mild traumatic brain injury; level of consciousness



ความเป็นมาและความสำคัญ

การบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อของประชากรทั่วโลก¹ ทั่วโลกพบผู้บาดเจ็บทางสมองสูงถึง 69 ล้านรายต่อปี² ผู้บาดเจ็บทางสมองสามารถจำแนกตามความรุนแรง เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง ร้อยละ 10 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10 และระดับเล็กน้อยพบได้มากที่สุดถึง ร้อยละ 80³ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะตรวจไม่พบความผิดปกติของอาการทางระบบประสาทหรือความพิการในระยะแรก ผู้บาดเจ็บสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ผลของพยาธิสภาพจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนทำให้เกิดการบาดเจ็บของแอกซอนและนิวรอน ร่วมกับมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทำให้เซลล์ประสาทบางส่วนถูกทำลายจึงไม่สามารถส่งกระแสประสาทและปล่อยสารสื่อประสาทได้ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (post-concussion syndrome [PCS])⁴

PCS แบ่งอาการออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนล้า มีความแปรปรวนของการนอนหลับ มีความไวต่อเสียงและแสง มองเห็นภาพไม่ชัด และมองเห็นภาพซ้อน 2) ด้านพฤติกรรมหรืออารมณ์ กระวนกระวาย ตื่นเต้นง่าย หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และวิตกกังวล และ 3) ด้านการรู้คิด ได้แก่ สมาธิลดลง ความจำลดลง และมีความยากลำบากในการเรียนรู้และการใช้เหตุผล⁵ ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวนี้ถ้าได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะสามารถฟื้นหายเป็นปกติได้ แต่หากไม่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่แรกอาการจะคงอยู่และเป็นความพิการถาวร ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในอนาคต⁶

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาติดตามผู้บาดเจ็บทางสมองที่มี PCS และไม่ได้รับการรักษา พบว่าหลังจาก 6 เดือน อาการดังกล่าวจะกลายเป็นความพิการถาวร⁷ ต่อมาการศึกษาที่รายงานว่าผู้ป่วยที่มี PCS ต่อเนื่องหลังได้รับบาดเจ็บ 3 เดือน อาการจะคงอยู่และเป็นความพิการถาวร⁸ ในขณะที่การศึกษาในปัจจุบันรายงานว่า ผู้ป่วยที่มี PCS อย่างต่อเนื่องในระยะ 1 เดือนแรกหลังได้รับบาดเจ็บ อาการดังกล่าวจะคงอยู่และเป็นความพิการถาวร⁹ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีประสิทธิภาพในช่วง 1 เดือนแรก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นหายอย่างสมบูรณ์

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้บาดเจ็บแต่ละคนจะมีจำนวนและความรุนแรงของ PCS แตกต่างกันไป ซึ่งจำนวนและความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล Wongchai & Varitsakul¹⁰ พบว่าภายหลังบาดเจ็บ 1 สัปดาห์ ผู้บาดเจ็บทางสมองมี PCS ตั้งแต่ 1 จนถึง 14 อาการต่อคน และค่าเฉลี่ย 2.47 อาการ Teshome & Ayehu¹¹ รายงานว่า ภายหลังบาดเจ็บ 1 เดือน ร้อยละ 41.5 ของผู้บาดเจ็บรายงานว่าต้องเผชิญอยู่กับการภายหลังสมองกระทบกระเทือนอย่างน้อย 3 อาการ

PCS ที่เกิดขึ้น เป็นอาการไม่พึงประสงค์อธิบายได้ด้วยทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz & Pugh¹² ซึ่งกล่าวว่า อาการ (symptom) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติของร่างกาย โดยอาการอาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกันก็ได้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย (physiologic factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) และจากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของ PCS ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ซึ่งความรุนแรงของ PCS ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ และส่วนใหญ่ในระยะแรกภายหลังจากการบาดเจ็บทางสมอง ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของ PCS ส่วนมากเป็นปัจจัยทางด้านร่างกาย เนื่องจากเป็นระยะแรกของการบาดเจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพ และโครงสร้างของร่างกาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัย ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของ PCS แรกรับ ระดับความรู้สึกรู้ตัวแรกรับ และคุณภาพการนอนหลับ เป็นปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีผลต่อความรุนแรงของ PCS ในระยะแรกภายหลังการบาดเจ็บทางสมอง ผลงานวิจัยพบว่า เพศหญิงจะมีระดับความรุนแรงของ PCS มากกว่าเพศชาย 1.48 เท่า⁷ และเพศหญิงเป็นปัจจัย



ที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ($\beta=.293, p=.002$)¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fehr & Nelson¹⁴ ที่พบว่า เพศหญิงที่มีการบาดเจ็บทางสมองจะมีความรุนแรงของ PCS มากกว่าเพศชาย .57 เท่า (HR=0.57, $p<.001$) แต่การศึกษาของ Wongchai & Varitsakul¹⁰ พบว่าเพศชายมีระดับความรุนแรงของ PCS มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรุนแรงของ PCS ที่พบตั้งแต่ระยะแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บจะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการ ในช่วงเวลาต่อมา การศึกษาของ Babcock & Byczkowski¹⁵ พบว่า ความรุนแรงของ PCS เมื่อแรกเริ่มมีผลต่อระดับความรุนแรงของ PCS ในระยะ 3 เดือนต่อมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Wongchai & Varitsakul¹⁰ พบว่า ความรุนแรงของ PCS เมื่อแรกเริ่ม มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของ PCS 1 สัปดาห์ ($r=.22, p<.05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของ PCS ในระยะแรกภายหลังการบาดเจ็บมาก จะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของ PCS ใน 20 วันต่อมา มากกว่ากลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีความรุนแรงของอาการน้อยในระยะแรกถึง 1.9 เท่า (OR=1.9, $p=.01$)¹⁶

ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวแรกเริ่ม จากการศึกษาของ Durant & Sporer¹⁷ พบว่า กลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัว 13-14 คะแนนเมื่อแรกเริ่มมีความรุนแรงของ PCS มากกว่าผู้บาดเจ็บที่มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวแรกเริ่ม 15 คะแนน 2.86 เท่า (OR=2.86, 95%CI=2.34-3.49) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dikmen & Machamer¹⁸ ที่พบว่า ผู้บาดเจ็บทางสมองที่มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวแรกเริ่ม 13-14 คะแนน มีความรุนแรงของ PCS มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนระดับความรู้สึกรู้สึกตัวแรกเริ่ม 15 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความแปรปรวนของการนอนหลับเป็นอาการที่พบได้มากในระยะแรกหลังบาดเจ็บ ถึงร้อยละ 80-100¹⁹ การศึกษาของ Sullivan & Berndt²⁰ พบว่า ปัญหาการนอนหลับมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในช่วง 1-6 เดือน ($\beta=.60, p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oyegbile & Dougherty²¹ ที่พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มีประวัติการนอนหลับยากและนอนน้อยมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ($\beta=.15, p<.05$) และการศึกษาของ Saksvik & Karaliute²² พบว่า คุณภาพของการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดความรุนแรงของ PCS มากกว่าในกลุ่มที่คุณภาพของการนอนดี 2.7 เท่า (OR=2.7, $p=.047, 95\%CI=1.0-7.4$)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บ ซึ่งเป็นระยะเฉียบพลันหลังจากการได้รับบาดเจ็บทางสมอง ซึ่งถ้าทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อ PCS ในระยะ 1 เดือน ก็จะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนากระบวนการดูแลและวางแผนดูแลผู้บาดเจ็บทางสมองที่มี PCS ได้ตั้งแต่ระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บฟื้นหายได้อย่างสมบูรณ์ ป้องกันความพิการถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของ PCS ในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บ
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของเพศ ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว ความรุนแรงของ PCS แรกเริ่ม และคุณภาพการนอนหลับ ต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 1 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาภายใต้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The Theory of Unpleasant symptoms) ของ Lenz & Pugh¹² กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ ประกอบไปด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความรุนแรง (intensity) เวลา (timing) ความทุกข์ทรมาน (distress) และคุณภาพ (quality) นอกจากนี้มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physiologic factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) จากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในช่วงแรก ซึ่งเป็นระยะแรกเฉียบพลันของการบาดเจ็บ ปัจจัยส่วนใหญ่ที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยทางด้านร่างกาย จึงนำไปสู่การศึกษาอิทธิพลของเพศ ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของ PCS แรกรับและคุณภาพการนอนหลับ ต่อความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในครั้งนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงทำนาย ทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาทชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาทหญิง โรงพยาบาลชลบุรี ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย และรับการรักษา ณ หอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังบาดเจ็บ และติดตามภายหลังจำหน่ายกลับบ้านในระยะ 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ที่รับไว้รักษา ณ หอผู้ป่วย สุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเข้าศึกษาตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 18-60 ปี 2) มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score : GCS) เท่ากับ 15 คะแนน ขณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล 3) ได้รับการบาดเจ็บทางสมองครั้งแรก 4) ไม่มีการบาดเจ็บร่วมของอวัยวะที่สำคัญ เช่น การบาดเจ็บที่ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทรวงอก ช่องท้อง และ/ หรือ หลอดเลือด 5) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยพิษสุราเรื้อรังและใช้สารเสพติดทุกประเภท 6) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 7) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 8) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตติดต่อสื่อสารผ่าน Application Line ได้ และมีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง (GCS<15) และกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ระหว่างช่วงดำเนินการศึกษา 2) ผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่ไม่สามารถติดตามอาการได้ในระยะ 1เดือนหลังบาดเจ็บ 3) ผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่ประสบอุบัติเหตุซ้ำในระหว่างช่วงดำเนินการศึกษา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G Power 3.1.9 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญ (α) .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium effect size)²³ = .15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 85 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น ระดับความรู้สึกตัว สาเหตุของการบาดเจ็บทางสมอง ระยะเวลาพักรักษาตัว เป็นต้น



2. แบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire [RPQ]) ฉบับของ King. et al.²⁴ แปลเป็นไทยโดย Premsai²⁵ แบบประเมินสอบถามอาการจำนวน 16 อาการและมีข้อคำถามปลายเปิดอีก 2 ข้อ การตอบคำถามในแต่ละข้อ แบ่งการตอบเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1. ตอบประเมินอาการว่ามีอาการนั้นเกิดขึ้นหรือไม่ 2. ถ้าหากมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นให้ตอบประมาณค่าความรุนแรงของอาการ โดยมีค่าตั้งแต่ 0-4 มี 5 ระดับ ดังนี้ 0 คือ ไม่เคยมีอาการทั้งก่อนและหลังการบาดเจ็บ 1 คือ มีอาการแต่รู้สึกว่าจะไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 2 คือ มีอาการรู้สึกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างเล็กน้อย 3 คือ มีอาการรู้สึกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันปานกลาง 4 คือ มีอาการรู้สึกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก การแปลผลคะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง PCS นำผลรวมของคะแนนทั้งหมดมารวมกันหารด้วยจำนวนข้อแปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 0-.99 ไม่มีอาการทั้งก่อนและหลังการบาดเจ็บ 1-1.99 มีอาการแต่ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 2-2.99 มีอาการและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างเล็กน้อย 3-3.99 มีอาการและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันปานกลาง 4 มีอาการและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก ซึ่งก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยนำไปทดลองเก็บกับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .94

3. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับของ Snyder-Halpern and Verran²⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดย Channokporn²⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 มิติ 1. มิติความแปรปรวนของการนอนหลับ 2. มิติประสิทธิภาพของการนอนหลับ และ 3. มิติเจ็บหลับในช่วงระหว่างวัน ตอบคำถามด้วยมาตราวัดสายตาสีดำเลือกตอบ 0-10 ให้ตรงกับความรู้สึก แปลผลรวมคะแนนทั้ง 3 มิติ คะแนนน้อยสุด 0 คะแนน มากสุด 150 คะแนน การแปลผล 0-49.99 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับต่ำ คะแนน 50-99.99 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับปานกลาง และ 100-150 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .96

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS025/2566(C1) และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี รหัส 58/66/N/h3 การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และหลังจากการทำวิจัยครบ 1 ปี ข้อมูลจะถูกทำลายทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมวิจัย

1.1 พัฒนาแอปพลิเคชันในรูปแบบของบัญชีไลน์ทางการ (line official account) เพื่อใช้ในการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพภายหลังบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย

1.2 ผู้วิจัยยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

1.3 หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



1.4 ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าศึกษาและสอบถามความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ภายหลังจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แจ้งว่ามีกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยสอนและสาธิตวิธีการตอบแบบสอบถามผ่านบัญชีไลน์ทางการ จนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะสามารถทำได้ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพโดยผู้วิจัยสอบถามและบันทึกข้อมูล ส่วนแบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนใน 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านบัญชีไลน์ทางการที่หอผู้ป่วย และผู้วิจัยนัดหมายการเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป

2.3 หลังบาดเจ็บ 1 เดือน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านบัญชีไลน์ทางการตามวันและเวลาที่นัดหมายโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน PCS และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ

3. หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด นำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือน หลังบาดเจ็บ ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.1 มีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี ร้อยละ 58.9 อายุเฉลี่ย 35.99 (SD=12.43) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 50.6 ประกอบอาชีพ พนักงานบริษัท ร้อยละ 80 สาเหตุของการได้รับบาดเจ็บทางสมอง คืออุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 62.4 มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวแรกวันที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เท่ากับ 15 คะแนน ร้อยละ 78.8 มีประวัติการหมดสติภายหลังได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 51.8 และมีประวัติการสูญเสียความทรงจำช่วงที่เกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 51.8 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ไม่พบความผิดปกติ ร้อยละ 68.2

2. กลุ่มตัวอย่างรายงาน PCS ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บใน 24 ชั่วโมงแรก ครบทั้ง 16 อาการ ซึ่งอาการที่พบเป็นอาการทางด้านร่างกายมากกว่าร้อยละ 90 ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 97.6 อาการเวียนศีรษะ และ/หรือ มึนงง กับอาการรู้สึกอ่อนเพลีย หรือ อ่อนล้า หรือเหนื่อยง่าย พบเท่ากัน ร้อยละ 91.8 และมีความผิดปกติของการนอน ร้อยละ 89.4 และรายงานการรับรู้ความรุนแรงของ PCS ในระดับไม่รบกวน และรบกวนเล็กน้อยใกล้เคียงกัน โดยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของ PCS เท่ากับ .57 (SD=.38) และภายหลังจากการบาดเจ็บทางสมอง 1 เดือน อาการที่พบมาก ได้แก่ มีความผิดปกติของการนอน และมีอาการหลงลืมง่าย พบเท่ากัน ร้อยละ 54.1 มีสมาธิลดลง ร้อยละ 53 อาการรู้สึกอ่อนเพลีย หรือ อ่อนล้า หรือเหนื่อยง่าย ร้อยละ 44.7 มีอาการปวดศีรษะและอาการไวต่อเสียง เท่ากัน ร้อยละ 42.4 และมีอาการรู้สึกหงุดหงิดง่าย และ/หรือโกรธง่าย ร้อยละ 32.9 และรายงานค่าเฉลี่ยความรุนแรง PCS เท่ากับ .29 (SD=.25) ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง (M=93.81, SD=20.45)



3. ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม และคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของ PCS 1 เดือนหลังบาดเจ็บในระดับปานกลาง ($r=-.31, p<.05$ และ $r=-.69, p<.01$ ตามลำดับ) ความรุนแรงของ PCS แรกเริ่มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงของ PCS 1 เดือนหลังบาดเจ็บในระดับปานกลาง ($r=.57, p<.01$)

4. คุณภาพการนอนหลับมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 1 เดือนหลังบาดเจ็บมากที่สุด ($\beta=-.55, p<.01$) รองลงมาคือ ความรุนแรงของ PCS เมื่อแรกเริ่ม ($\beta=.29, p<.01$) โดย เพศ ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม ความรุนแรงของกลุ่ม PCS เมื่อแรกเริ่ม และคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยภายหลังบาดเจ็บ 1 เดือน ได้ร้อยละ 54 (adjusted $R^2=.54, p<.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่อิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 1 เดือนภายหลังบาดเจ็บ (n=85)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	p-value
เพศ	-.50	.04	-.10	-1.20	.232
ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม	-.05	.05	-.08	-.92	.363
ความรุนแรงของ PCS เมื่อแรกเริ่ม	.19	.06	.29*	3.19	.002
คุณภาพการนอนหลับ	-.10	.02	-.55*	-6.37	.000

$R = .75, R^2 = .56, \text{adjusted } R^2 = .54, F_{4,80} = 25.46, *p < .01$

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงาน PCS ภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บใน 24 ชั่วโมงแรก ครบทั้ง 16 อาการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการด้านร่างกายมากกว่าร้อยละ 90 ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และ/หรือ มึนงง รู้สึกอ่อนเพลีย หรือ อ่อนล้า หรือเหนื่อยง่าย การรับรู้ความรุนแรงของ PCS ครอบคลุมการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในระยะแรกหลังบาดเจ็บส่วนใหญ่พบเป็นอาการทางด้านร่างกายมากกว่าร้อยละ 80-98 และครอบคลุมการดำเนินชีวิตในระดับเล็กน้อย^{10,28} และภายหลังบาดเจ็บทางสมองในระยะ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงและอาการทางด้านร่างกายลดลง พบความรุนแรงและอาการด้านกรรูกคิดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.6-62.4 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในช่วงระยะ 1 เดือน พบอาการและความรุนแรงของอาการด้านร่างกายลดลง ผู้บาดเจ็บทางสมองเริ่มรายงานอาการและความรุนแรงอาการด้านกรรูกคิดเพิ่มมากขึ้น²⁹

การศึกษาค้นคว้า พบว่า คุณภาพการนอนหลับ มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 1 เดือนหลังบาดเจ็บ ซึ่งอธิบายได้ว่า การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองดีขึ้น พื่นฟูการทำงานที่ของกระแสประสาท และการนอนหลับพักผ่อนที่เป็นเวลา ส่งผลให้สมองสร้างฮอร์โมนเมลาโทนิ (melatonin) ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดอาการง่วง ส่งผลให้วงจรการนอนหลับของผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพ³⁰⁻³¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิด PCS น้อยลง และมีความรุนแรงของอาการลดลง แต่ในทางตรงกันข้าม หากมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เช่น นอนหลับไม่เพียงพอ ตื่นขึ้นในขณะนอนหลับบ่อยครั้ง นอนหลับยากใช้เวลานานกว่าจะหลับก็จะส่งผลต่อการฟื้นฟูและระดับความรุนแรงของ PCS ที่มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อสุขภาพโดยตรงของผู้บาดเจ็บทางสมองกลุ่มนี้³²⁻³³ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ หรือนอนน้อยส่งผลต่อความรุนแรงของ PCS มากกว่าการได้รับการนอนหลับพักผ่อนที่ปกติ^{21,34} ผู้บาดเจ็บทางสมองที่มีความผิดปกติ



ในการนอนหลับทำนายความรุนแรงของ PCS³⁵ ($\beta = .60, p < .05$) และผู้ป่วยที่มีคุณภาพของการนอนหลับที่ไม่ดีจะมีความรุนแรงของ PCS มากกว่าในกลุ่มที่คุณภาพของการนอนดี 2.7 เท่า²² (OR=2.7, $p=.047$, 95%CI =1.0-7.4)

ความรุนแรง PCS แรกเริ่ม มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 1 เดือนหลัง ($\beta=.29, p<.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรุนแรงของ PCS ในระยะแรกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงของ PCS ในระยะต่อมา³⁶ ($r=.425, p<.001$) และความรุนแรงของ PCS ทางด้านร่างกายในช่วง 3 วันแรกหลังได้รับบาดเจ็บสามารถทำนายความรุนแรงของ PCS ใน 7-14 วันหลังได้รับบาดเจ็บ³⁷ ($\beta = .52, p<.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้/อาเจียน และมีอาการปวดคอรุนแรงมากตั้งแต่แรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉินเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ พบว่ามีความรุนแรงของอาการ PCS มากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการน้อยถึง 4.89 เท่า⁷ (OR 4.89, [95%CI:3.19-7.49])

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เพศ และระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม ไม่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนหลังบาดเจ็บ จากการทบทวนและวิเคราะห์ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ พบจำนวนผู้บาดเจ็บเพศชาย 57 ราย (ร้อยละ 67.1) เพศหญิง 28 ราย (ร้อยละ 32.9) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีความแตกต่างของจำนวนเพศชายและเพศหญิงที่นำเข้ามาศึกษาอาจจะส่งผลให้ในการศึกษาครั้งนี้เพศไม่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS หลังบาดเจ็บ 1 เดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศ ไม่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS³⁸⁻³⁹

ในการศึกษาครั้งนี้ ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่มไม่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย 1 เดือนหลังบาดเจ็บ ถึงแม้จะพบว่าระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่มมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของ PCS 1 เดือนหลังบาดเจ็บก็ตาม แต่ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สึกตัวดี จำนวน 67 คน (ร้อยละ 78.8) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการสับสน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 21.2) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ที่ปกติมีจำนวนมากกว่า ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้การศึกษานี้ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่มไม่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของ PCS 1 เดือนหลังบาดเจ็บเนื่องจากความแตกต่างกันของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Bootland & Rose⁴⁰ ที่พบว่า ผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยกลุ่มที่ระดับความรู้สึกตัวดีกับกลุ่มที่มีอาการสับสนไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการรายงานความรุนแรง PCS ($p = .46$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาซ้ำและติดตามความรุนแรงของ PCS ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ PCS อย่างต่อเนื่องภายหลังจากบาดเจ็บจนกว่าอาการจะฟื้นหายเป็นปกติ สำหรับด้านการพยาบาล ควรนำปัจจัยที่ทำนายความรุนแรงของ PCS ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมติดตามและให้การดูแลผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นหาย ป้องกันความพิการถาวร และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในการร่วมตอบแบบสอบถามและอยู่ในการศึกษาจนครบระยะ 1 เดือน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่



ประจําหอผู้ป่วยตํายกกรรมอุบัติเหตุระบบประสาทชายและหญิง โรงพยาบาลชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการดําเนินวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Esterov D, Bellamkonda E, Mandrekar J, Ransom JE, Brown AW. Cause of death after traumatic brain injury: a population-based health record review analysis referenced for nonhead trauma. *Neuroepidemiology*. 2021;55(3):180-7.
2. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Panchak M, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*. 2018;1-18.
3. Di Pietro V, Yakoub KM, Caruso G, Lazzarino G, Signoretti S, Barbey AK, et al. Antioxidant therapies in traumatic brain injury. *Antioxidants (Basel)*. 2020;9(3).
4. Dwyer B, Katz DI. Postconcussion syndrome 2018.
5. Paterno R, Folweiler KA, Cohen AS. Pathophysiology and treatment of memory dysfunction after traumatic brain injury. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2017;17(7):52.
6. Eapen BC, Bowles AO, Sall J, Lang AE, Hoppes CW, Stout KC, et al. The management and rehabilitation of post-acute mild traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2022;36(5):693-702.
7. Cnossen MC, van der Naalt J, Spikman JM, Nieboer D, Yue JK, Winkler EA, et al. Prediction of persistent post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2018;35(22):2691-8.
8. Mehroolhassani N, Movahedi M, Nazemi-Rafi M, Mirafzal A. Persistence of post-concussion symptoms in patients with mild traumatic brain injury and no psychiatric history in the emergency department. *Brain Injury*. 2020;34(10):1350-7.
9. Varner C, Thompson C, de Wit K, Borgundvaag B, Houston R, McLeod S. Predictors of persistent concussion symptoms in adults with acute mild traumatic brain injury presenting to the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2021;23(3):365-73.
10. Wongchai N, Varitsakul R, Tantivesruangdet N. Factors associated with post-concussion syndrome in patients with mild traumatic brain injury after discharge from an emergency department. *Nursing Journal*. 2022;49(2):252-69.
11. Teshome AA, Ayehu GW, Yitbark GY, Abebe EC, Mengstie MA, Seid MA, et al. Prevalence of post-concussion syndrome and associated factors among patients with traumatic brain injury at Debre Tabor Comprehensive Hospital, North Central Ethiopia. *Frontiers in Neurology*. 2022;13:1056298.
12. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advance in Nursing Science*. 1997;19(3):14-27.
13. Houck Z, Asken B, Bauer R, Clugston J. Predictors of post-concussion symptom severity in a university-based concussion clinic. *Brain Injury*. 2019;33(4):480-9.
14. Fehr SD, Nelson LD, Scharer KR, Traudt EA, Veenstra JM, Tarima SS, et al. Risk factors for prolonged symptoms of mild traumatic brain injury: a pediatric sports concussion clinic cohort. *Clinical journal of sport medicine*. 2019;29(1):11-7.



15. Babcock L, Byczkowski T, Wade SL, Ho M, Mookerjee S, Bazarian JJ. Predicting postconcussion syndrome after mild traumatic brain injury in children and adolescents who present to the emergency department. *JAMA Pediatrics*. 2013;167(2):156-61.
16. Kowalczyk CL, Eagle SR, Holland CL, Collins MW, Kontos AP. Average symptom severity and related predictors of prolonged recovery in pediatric patients with concussion. *Applied Neuropsychology Child*. 2022;11(2):145-9.
17. Durant E, Sporer KA. Characteristics of patients with an abnormal glasgow coma scale score in the prehospital setting. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2011;12(1):30-6.
18. Dikmen S, Machamer J, Temkin N. Mild traumatic brain injury: longitudinal study of cognition, functional status, and post-traumatic symptoms. *Journal of neurotrauma*. 2017;34(8):1524-30.
19. Samartkit N, Wannasrithong A. A longitudinal study of headache, fatigue, sleepdisturbance, and performance in patients with mild head injury. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2018;28(3):115-30.(in Thai)
20. Sullivan KA, Berndt SL, Edmed SL, Smith SS, Allan AC. Poor sleep predicts subacute postconcussion symptoms following mild traumatic brain injury. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2016;23(6):426-35.
21. Oyegbile TO, Dougherty A, Tanveer S, Zecavati N, Delasobera BE. High sleep disturbance and longer concussion duration in repeat concussions. *Behavioral Sleep Medicine*. 2020;18(2):241-8.
22. Saksvik SB, Karaliute M, Kallestad H, Follestad T, Asarnow R, Vik A, et al. The prevalence and stability of sleep-wake disturbance and fatigue throughout the first year after mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*. 2020;37(23):2528-41.
23. Cohen S. Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health*. 1988:31-67.
24. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NEG, Wade DT. The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology*. 1995;242(9):587-92.
25. Premesai T. Follow up study of patient adaptation after mild head injury [dissertation]. [Bangkok]: Mahidol University; 2003.(in Thai)
26. Snyder Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing & Health*. 1987;10(3):155-63.
27. Jitpanya C. Conceptual and measurement of sleep. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2543;12(1):1-9.
28. Kraemer Y, Mäki K, Marinkovic I, Nybo T, Isokuortti H, Huovinen A, et al. Post-traumatic headache after mild traumatic brain injury in a one-year follow up study - risk factors and return to work. *The Journal of Headache and Pain*. 2022;23(1):27.
29. Schoenfeld R, Drendel A, Ahamed SI, Thomas D. Longitudinal assessment of acute concussion outcomes through SMS Text (ConText Study). *Pediatric Emergency Care*. 2022;38(1):e37-e42.



30. Fatemeh G, Sajjad M, Niloufar R, Neda S, Leila S, Khadijeh M. Effect of melatonin supplementation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Neurology*. 2022;269(1):205-16.
31. Poza JJ, Pujol M, Ortega-Albás JJ, Romero O. Melatonin in sleep disorders. *Neurologia (English Edition)*. 2022;37(7):575-85.
32. Bogdanov S, Naismith S, Lah S. Sleep outcomes following sleep-hygiene-related interventions for individuals with traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Injury*. 2017;31(4):422-33.
33. Weymann KB, Rourke JM. Sleep after traumatic brain injury. *Nursing Clinics of North America*. 2021;56(2):275-86.
34. Hoffman NL, Weber ML, Broglio SP, McCrea M, McAllister TW, Schmidt JD. Influence of Postconcussion Sleep Duration on Concussion Recovery in Collegiate Athletes. *Clin J Sport Med*. 2020;30 Suppl 1:S29-s35.
35. Sullivan KA, Berndt SL, Edmed SL, Smith SS, Allan AC. Poor sleep predicts subacute postconcussion symptoms following mild traumatic brain injury. *Applied Neuropsychology Adult*. 2016;23(6):426-35.
36. Forrest RHJ, Henry JD, McGarry PJ, Marshall RN. Mild traumatic brain injury in New Zealand: factors influencing post-concussion symptom recovery time in a specialised concussion service. *Journal of Primary Health Care*. 2018;10(2):159-66.
37. Houck Z, Asken B, Bauer R, Clugston J. Predictors of post-concussion symptom severity in a university-based concussion clinic. *Brain Inj*. 2019;33(4):480-9.
38. Lange RT, Brickell T, French LM, Ivins B, Bhagwat A, Pancholi S, et al. Risk factors for postconcussion symptom reporting after traumatic brain injury in U.S. military service members. *Journal of Neurotrauma*. 2013;30(4):237-46.
39. Sobut P, Phutthikhamin N. Factors predicting brain injury severity in the patients with traumatic brain injury. 2565;19(1):77-87.(in Thai)
40. Bootland D, Rose C, Barrett JW, Lyon R. Pre-hospital anaesthesia and assessment of head injured patients presenting to a UK Helicopter Emergency Medical Service with a high Glasgow Coma Scale: a cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(2):e023307.



คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ของสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน

Desirable Characteristics of Nursing Graduates

for Private Health Service Systems

สุวรรณ วุฒิธรณัติ¹, จิราพร วัฒนศรีสิน¹, กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ²Suwanna Vudhironarit¹, Jiraporn Wattanasrisin¹, Kanokwan Silapakumpises²¹คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต¹Faculty of Nursing, University of the Thai Chamber of Commerce²Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

Corresponding author: Jiraporn Wattanasrisin; Email: drpook47@yahoo.com

Received: October 12, 2024 Revised: November 20, 2024 Accepted: November 27, 2024

บทคัดย่อ

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลของภาครัฐในปัจจุบันส่งผลให้ผู้รับบริการสนใจเข้ารับบริการภาคเอกชนมากขึ้น การศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ของสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชนครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ในสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และ Snow ball ผู้ให้ข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย 11 คน พยาบาลปฏิบัติการ 11 คน ผู้ปฏิบัติงานร่วมสหวิชาชีพ 10 คน และผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล คือ ผู้บริหารโรงพยาบาล 2 คน ผู้บริหารการพยาบาล 7 คน และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า สถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชนต้องการบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ 3 ด้าน ดังนี้ 1. ความรู้และทักษะด้านวิชาการ แบ่งเป็น 6 ประเด็น คือ 1) ภาษาต่างประเทศ 2) การใช้คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีและการจัดการข้อมูล 3) การติดต่อสื่อสารด้วยเครื่องมือที่หลากหลายและทันสมัย 4) กฎหมายทั่วไปและกฎหมายวิชาชีพ 5) การเป็นผู้ประกอบการ 6) ทักษะภาวะผู้นำ 2. ทักษะด้านสังคม แบ่งเป็น 8 ประเด็น คือ 1) การสื่อสารพหุวัฒนธรรม 2) การทำงานเป็นทีม 3) ความซื่อสัตย์และความรับผิดชอบ 4) ความยืดหยุ่นและความคิดสร้างสรรค์ 5) การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า 6) ความฉลาดทางอารมณ์ 7) บุคลิกภาพที่สง่างาม มีคุณธรรมจริยธรรม 8) การเรียนรู้ตลอดชีวิต และ 3. ทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2) การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะด้านตามความเชี่ยวชาญ ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีเป้าหมายการผลิตพยาบาลเพื่อการปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน จึงควรพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ดังกล่าว

คำสำคัญ: คุณลักษณะที่พึงประสงค์; บัณฑิตพยาบาล; บริการสุขภาพภาคเอกชน



Desirable Characteristics of Nursing Graduates for Private Health Service Systems

Suwanna Vudhironarit¹, Jiraporn Wattanasrisin¹, Kanokwan Silapakumpises²

¹Faculty of Nursing, University of the Thai Chamber of Commerce

²Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

Corresponding author: Jiraporn Wattanasrisin; Email: drpook47@yahoo.com

Received: October 12, 2024 **Revised:** November 20, 2024 **Accepted:** November 27, 2024

Abstract

The ongoing shortage of nurses in the public sector has led clients to increasingly seek private sector services. This qualitative study aimed to explore the desired competencies of nursing graduates working in the private healthcare settings. The participants were selected using purposive and snowball sampling methods. Data were collected by focus group discussions and in-depth interviews using semi-structured interview guides. The study involved three groups of participants, including 11 head nurses, 11 practicing nurses, and 10 interdisciplinary healthcare professionals. Additionally, individual interviews were conducted with 2 hospital executives, 7 nursing administrators, and 9 patients receiving care in the private healthcare settings. The findings identified three core competencies expected of nursing graduates in private healthcare institutions: **Hard Skills:** These encompassed six key domains: (1) foreign language proficiency, (2) digital literacy in computers, technology, and data management, (3) effective communication using diverse and modern tools, (4) knowledge of general and professional legal frameworks, (5) entrepreneurial capabilities, and (6) leadership skills. **Soft Skills:** Eight critical attributes were identified: (1) multicultural communication, (2) teamwork, (3) integrity and accountability, (4) adaptability and creativity, (5) problem-solving abilities, (6) emotional intelligence, (7) professional demeanor with ethical and moral principles, and (8) a commitment to lifelong learning. **Professional Skills:** This category included (1) proficiency in fundamental nursing practices and (2) expertise in specialized nursing practices aligned with specific areas of competency. The results of this study point out that nursing education institutions that have the goal of producing nurses to work in private healthcare facilities should develop nursing graduates to meet these desired characteristics.

Keywords: desirable characteristics; graduated nurses; private health services



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพ ประมาณ 2.1 แสนคนปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพ (healthcare service) ทั้งภาครัฐทุกสังกัดและเอกชน และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในปี พ.ศ.2567 ประเทศไทยควรมีพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในอัตราส่วน 1:250 ประชากร หรือควรมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพของประเทศอย่างน้อย 2.6 แสนคน แม้ว่าตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมารัฐบาลได้ลงทุนผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรในภาพรวมของประเทศดีขึ้นเป็นลำดับ จากที่ในปี พ.ศ. 2522 มีพยาบาล 1:2,600 ประชากร และในปี พ.ศ. 2566 มีพยาบาล 1:310 ประชากร ซึ่งก็ยังคงอยู่ในสภาวะขาดแคลนพยาบาล สภากาพยาบาลได้เน้นย้ำว่าประเด็นการขาดแคลนพยาบาลไม่ใช่ปัญหาเฉพาะวิชาชีพเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของระบบสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของประชาชนของประเทศ ผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการลงทุนในการผลิต พัฒนา และธำรงรักษาพยาบาลไว้ในระบบสุขภาพ รวมทั้งการรับพยาบาลใหม่เข้าทำงานเพื่อให้ประเทศมีกำลังคนพยาบาลที่มีทักษะความสามารถที่เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในจำนวนที่เพียงพอ รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ทั้งนี้ โดยมีแรงจูงใจที่เพียงพอทั้งด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ และมีความปลอดภัยในการทำงานอีกด้วย อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ทำให้โลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เกิดนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ ขึ้นมากมาย องค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ จึงต้องเร่งปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และเพื่อความอยู่รอดขององค์กร โดยเฉพาะการปรับตัวสู่โลกแห่งเทคโนโลยีดิจิทัล ดังนั้นพยาบาลต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกสถานการณ์และพัฒนาตนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล (digital health literacy) ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการทำงานมากขึ้น¹⁻² ทำให้มีการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบอย่างต่อเนื่องจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ประชาชนจึงเรียกร้องบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น และหันมารับบริการภาคเอกชนเพิ่มขึ้น จนเริ่มมีระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ รวมถึงการต้อนรับของโรงพยาบาลเอกชนในระดับที่มากขึ้น จากการสื่อสารแบบปากต่อปาก ได้แก่ การต้อนรับของพนักงาน การบริการชำระเงิน การดูแลห้องพักรักษาผู้ป่วย การบริการของแพทย์ การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และการบริการด้านอาหารของโรงพยาบาลเอกชน³⁻⁴

ผลการศึกษาผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนแสดงถึงความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องคุณภาพของการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ และมีความผิดพลาดที่ควรเกิดขึ้นน้อยที่สุด ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดการเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลกับคุณภาพที่ได้รับ และเกิดความพึงพอใจรับรู้ได้ถึงความเหมาะสมจนเกิดความจงรักภักดีและกลับมาใช้บริการซ้ำ อีกทั้งยังแนะนำให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนมาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอีกด้วย จะเห็นได้ว่าในปี 2559 มีผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยนอก 58.8 ล้านครั้ง ผู้ป่วยใน 2.8 ล้านครั้ง และในปี 2565 มีผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 216.7 ล้านครั้ง และเป็นผู้ป่วยในจำนวน 5.11 ล้านครั้ง นับว่าเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก และยังพบว่าทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ถึงร้อยละ 14%⁶ ซึ่งข้อมูลผลประกอบกิจการในรอบปี 2565 มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ ทั้งสิ้น 60.8 ล้านราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยใน 2.3 ล้านราย เป็นชาวไทย 2.2 ล้านราย ชาวต่างชาติ 1 ล้านราย ส่วนผู้ป่วยนอกมีจำนวน 58.5 ล้านราย เป็นชาวไทย 53.4 ล้านราย ชาวต่างชาติ 5.1 ล้านราย โดยผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการเฉลี่ยประมาณ 152,000 รายต่อแห่ง⁷ ในขณะที่รัฐมีนโยบายส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (medical hub) ส่งผลให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourism) เติบโตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนต่างเร่งเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการเพื่อให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล⁸ นอกจากนี้ประเทศไทยมีจำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง



มาตรฐาน JCI (Joint Commission International) จำนวนมากที่สุดในภูมิภาคอาเซียนกว่า 60 แห่ง (ทั่วประเทศ) และได้รับการประเมินคะแนน MTI (Medical Tourism Index) อยู่ที่อันดับ 5 ของโลก สร้างความน่าเชื่อถือให้แก่กลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติมากขึ้นแต่การให้บริการภาคเอกชนก็ยังขาดบุคลากรสายการพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีความต้องการพยาบาลมากขึ้นและจัดอัตราค่าจ้างพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานบริการพยาบาลสากลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพจาก JCI ดังกล่าว⁹ จะเห็นได้ว่าการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนเป็นที่สนใจจากประชาชนเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนั้นการยกระดับคุณภาพการให้บริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของโรงพยาบาลเอกชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชนต้องการคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่เหมือนกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ และมีความสอดคล้องกับสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ แต่ด้วยจำนวนของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมีปริมาณมากกว่าและมีการขาดแคลนพยาบาลในอัตราส่วนที่มากกว่าโรงพยาบาลเอกชน จึงทำให้ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการพยาบาลลดลงกว่าการรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน ดังจะเห็นว่าผลการศึกษาคณะคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ของมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีดังนี้ การบริการด้วยใจ เอาใจใส่ มีจิตสาธารณะ มีคุณธรรม จริยธรรม เมตตา กรุณา ซื่อสัตย์ มีความพร้อมในการทำงาน มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ดี สามารถใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีได้ มีบุคลิกภาพดี มีองค์ความรู้ทางการพยาบาล ใฝ่เรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ และมีการสื่อสารที่ดีทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะพยาบาลที่เป็นเป้าประสงค์ของสภาการพยาบาลประกอบด้วย 5 คุณลักษณะ ได้แก่ 1) ปฏิบัติการพยาบาลด้วยใจ ประกอบไปด้วย 1.1 ด้านความเอื้ออาทร 1.2 ด้านจริยธรรม 2) มีความน่าเชื่อถือเป็นแบบอย่างที่ดี ประกอบไปด้วย 2.1 ด้านการปรับตัว 2.2 ด้านบุคลิกภาพ 3) ให้การพยาบาลบนพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้อง ประกอบไปด้วย 3.1 ด้านบทบาทหน้าที่ของพยาบาล 3.2 ด้านทักษะทางวิชาชีพ 3.3 ด้านการสื่อสาร 4) การพัฒนาและต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย 4.1 ด้านพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 4.2 ด้านการดูแลต่อเนื่อง 5) การจัดการสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วยด้านสิ่งแวดล้อม¹¹ และ การศึกษาจรรยาบรรณที่จำเป็น (soft skills) ของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร พบว่ามี 6 ทักษะ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะระหว่างบุคคล 3) ทักษะความร่วมมือในการทำงาน 4) ทักษะภาวะผู้นำ 5) ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ 6) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ตามลำดับ¹²

จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่าในภาวะขาดแคลนพยาบาล นอกจากจะต้องธำรงรักษาพยาบาล และเพิ่มจำนวนพยาบาลให้เพียงพอแก่ผู้ใช้บริการแล้ว ควรจะต้องพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะในสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งจะช่วยรองรับผู้ใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐในภาวะการขาดแคลนพยาบาล และเพื่อตอบสนองความคาดหวังที่สูงขึ้นของผู้ใช้บริการต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนในอัตราที่สูงกว่าในโรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งปัจจุบันยังไม่ค่อยมีการศึกษาคณะคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่รองรับสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชนมากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคณะคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders' need) จากสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน โดยคาดหวังว่าบัณฑิตพยาบาลจะมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตอบโจทย์ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลของประเทศ ช่วยพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชนโดยเฉพาะในระบบสุขภาพภาคเอกชนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในระดับชาติและนานาชาติ และเป็นไปตามมาตรฐานสากล



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตในสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบบรรยาย descriptive approach กลุ่มตัวอย่างคือผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าแผนก พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติงานร่วมสหวิชาชีพ และผู้รับบริการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และตั้งใจให้ข้อมูลทุกครั้งตามที่นัดหมาย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบ purposive sampling และ snow ball ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) แบบบันทึกภาคสนาม (field notes) และบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานกับโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รายชื่อผู้ให้ข้อมูลแล้วนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยเริ่มจากการแนะนำตัว สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อกัน หลังจากนั้นนำแบบคำชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ให้กับผู้ให้ข้อมูลได้ทำการศึกษาและทำความเข้าใจ พร้อมทั้งเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงเริ่มการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประเด็นที่ต้องการจะศึกษา และทำการบันทึกเทปเสียง พร้อมกับจดบันทึกข้อมูลบางประเด็นที่ต้องการถามซ้ำในภายหลัง ในแต่ละครั้งผู้วิจัยจะถอดเทปเสียงเพื่อสำรวจข้อมูลว่าได้ครบถ้วนหรือไม่ และนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการปรับปรุงการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หรือทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว รวมระยะเวลา 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าแผนก พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติงานร่วม ผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลเอกชนของกรุงเทพมหานครฯ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้โรงพยาบาล 7 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะโรค 2 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 7 คน พยาบาลหัวหน้าแผนก จำนวน 11 คน พยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 11 คน ผู้ปฏิบัติงานร่วมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน และ ผู้รับบริการ จำนวน 9 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ให้ครอบคลุมผู้ใช้บัณฑิตทุกกลุ่ม และตั้งใจให้ข้อมูลทุกครั้งตามที่นัดหมาย

เครื่องมือในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามผลลัพธ์บัณฑิตที่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม และการบันทึกภาคสนาม (field notes) ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เช่น “อยากเห็นพยาบาลในอนาคตเป็นอย่างไร” “คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่จำเป็นในปัจจุบันคืออะไร” “จากประสบการณ์ที่เคยสัมผัสกับพยาบาลอยากให้พยาบาลพัฒนาในด้านใดเพิ่มเติม” “คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่สามารถตอบสนองระบบการบริการสุขภาพของหน่วยงาน”

การพิกัดสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย เอกสารรับรองที่ G00007/2023 วันที่รับรอง 6 ธันวาคม 2566 หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานกับโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ตามที่ได้เลือกโดยการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้น (stratified sampling) จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะโรค 2 แห่ง ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้แก่ผู้ให้ข้อมูล จนเกิดความเข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือ



ในการให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มต้นแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูล และวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาแต่อย่างใด ทั้งนี้ผู้วิจัยแจ้งย้ำถึงการรักษาความลับของข้อมูลโดยใช้รหัสในการนำเสนอข้อมูล และจะทำลายข้อมูลทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2566 – มีนาคม 2567 โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึก เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตจึงเปิดประเด็นด้วยคำถามกว้างไปสู่คำถามเจาะลึกลงในประเด็น พร้อมกับสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ การแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทางและน้ำเสียง ใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 30- 60 นาที ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทันทีหลังการรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง โดยนำคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ในประเด็นที่ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการจดบันทึก และการถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) รวบรวมจำนวน 10 เทป รายบุคคลจำนวน 18 เทป จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลซ้ำ เพื่อความถูกต้องที่สุดของชุดข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และสรุปการวิจัยโดยรวบรวมข้อมูลที่ได้ คัดกรองเฉพาะเหตุการณ์ที่สมบูรณ์เพื่อค้นหาชุดข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีคุณภาพ มาอภิปรายผล และสร้างบทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ควบคู่กับการให้รหัสเปิด (open coding) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อ่านและตรวจสอบข้อความซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง และให้รหัสหรือกลุ่มคำเพื่อจำแนก หมวดหมู่ข้อมูล จัดกลุ่มคำออกเป็นกลุ่มที่มีความหมายคล้ายกัน และหาแก่นของรหัสเพื่อเชื่อมโยงความหมายที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน จากนั้นให้รหัสแบบคัดเลือก (selective coding) จากนั้นสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (induction) ในการสรุปข้อมูล มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้านข้อมูล และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึกภาคสนามในช่วงวัน เวลา สถานที่ที่ที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ (peer debriefing) และตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลซึ่งทุกคนลงความเห็นตรงกันในข้อสรุปแต่ละประเด็น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 50 คน เป็นเพศหญิง 45 คน และเพศชาย 5 คน อายุเฉลี่ย 45 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 38 คน ระดับปริญญาโท จำนวน 10 คน ระดับปริญญาเอก จำนวน 2 คน อายุงานเฉลี่ย 6 ปี จำแนกประเภทของผู้ให้ข้อมูลหลัก ปรากฏข้อมูลดังแสดงใน ตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามตำแหน่งบริหาร และผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้บริหารโรงพยาบาล	2	4
2. ผู้บริหารการพยาบาล	7	14
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย	11	22
4. พยาบาลปฏิบัติการ	11	22
5. ผู้ปฏิบัติงานร่วมสหวิชาชีพ	10	20
6. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล	9	18
รวม	50	100

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะบัณฑิตบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ตามความต้องการของสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน

ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลถึงประเด็นสำคัญที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการให้บัณฑิตพยาบาลมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ทักษะด้านวิชาการ (hard skills) 2) ทักษะด้านสังคม (soft skills) และ 3) ทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (professional skills) สรุปตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ทักษะด้านความรู้ทางวิชาการ พบว่าคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่ระบบบริการสุขภาพภาคเอกชนต้องการแบ่งเป็น 6 ประเด็น ดังนี้

1.1 ด้านภาษาต่างประเทศ (foreign languages) พยาบาลในสถาบันบริการสุขภาพเอกชนจะต้องใช้ภาษาต่างประเทศได้ ทั้งการอ่าน พูด ฟังภาษาอังกฤษ และภาษาอื่น ๆ ที่จำเป็นในการสื่อสารกับผู้รับบริการในระดับนานาชาติ เพราะการบริการสุขภาพของไทยโดยเฉพาะภาคเอกชน กำลังก้าวเข้าสู่ศูนย์กลางสุขภาพโลก ทำให้มีผู้มารับบริการที่หลากหลายเชื้อชาติ และหลากหลายภาษา ซึ่งผู้รับบริการบางส่วนไม่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ ดังนั้น การสื่อสารภาษาที่หลากหลายจึงเป็นคุณลักษณะอีกอย่างหนึ่งที่จำเป็น ดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...ภาษาก็สำคัญมาก ๆ เลยค่ะ เพราะไม่ได้ภาษาอะนะ ต่อให้รู้ใจอย่างไรก็สื่อสารไม่ได้ แบบนี้ลูกค้าเราหายหมด... ที่นี้มีความตอบแทนคนที่พูดภาษาต่างประเทศให้ด้วยนะคะ ลูกค้าเราพูดภาษาอะไร เรามีพยาบาลที่สื่อสารภาษานั้น ๆ บริการเฉพาะเลยนะ เขาออกไปที่อื่นพูดกันไม่รู้เรื่อง เขาไม่ไปแล้ว...” (H5-P4)

“...ภาษาก็สำคัญ พอพูดแล้วเขาไม่เข้าใจ เขาไม่คุยด้วยค่ะ เขาจะบอกเลยว่าขอคุยกับคนที่พูดรู้เรื่องเท่านั้น ใครพูดไม่รู้เรื่องเขาจะไม่ยอมพูดด้วย...ดังนั้น เรื่องทักษะความสามารถ และภาษานี้สำคัญมากนะคะ...” (H3-P2)

1.2 ด้านการใช้คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยี การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจุบันอุปกรณ์ต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และขยายเพิ่มขึ้นทุกด้าน ทุกรูปแบบ ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในด้านดิจิทัลที่ทันสมัย เพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลต่าง ๆ การจัดการกับข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุงพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...แถมผู้รับบริการบางคนมีความรู้มากกว่าผู้ให้บริการอีกด้วย ถ้าพยาบาลไม่รู้เท่าทันด้านความรู้ เทคโนโลยี และอื่น ๆ ที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จะทำให้การให้บริการไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างตรงใจผู้รับบริการ...คุยด้วยไม่ happy เขาก็ไม่อยากคุย...บางที่เขา ก็บอกว่าพยาบาลที่นี้เซย์จิงโลกเขาไปถึงไหนแล้ว...” (H1-P3)



“พยาบาลต้องมีความสามารถทางเทคโนโลยีดิจิทัลด้วย ปัจจุบันนี้อะไร อะไร ก็ส่งความก้าวหน้ามาทางดิจิทัลหมด เพราะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เร็วง่าย สะดวก ดังนั้นถ้าใครไม่ถนัดทางเทคโนโลยีก็ยากที่จะตามทันความก้าวหน้าต่าง ๆ ...อีกประเด็นการสื่อสาร ถ้ารู้ เก่ง แต่สื่อสารไม่ได้นี่เจ็บเลยนะ เห็นชัดเลยคนไหนพูดไม่เป็น ไม่รู้เรื่องนี้ ผู้รับบริการสายหน้าจริง...” (H4-P5)

1.3 ด้านการติดต่อสื่อสารด้วยเครื่องมือสื่อสารที่หลากหลายและทันสมัย ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น พยาบาลต้องมีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยตลอดเวลา มีทักษะการใช้เทคโนโลยีที่ชำนาญ ทำให้เข้าถึงระบบข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ให้บริการสุขภาพที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดการตอบสนองผู้รับบริการที่ฉับไว ทำให้ลดเวลาการมารับบริการ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...คนไข้ที่มาที่นี่ส่วนใหญ่ประทับใจเพราะ ตั้งไว้เลเยอร์ไม่เกิน 5 นาทีได้พบแพทย์เพราะเรื่องเวลาเราให้ความสำคัญมาก สมัยนี้มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากมาย เรานำมาประยุกต์ในการให้บริการได้มากมาย การส่งต่อข้อมูลจากแผนกไปอีกแผนกหนึ่ง ที่นี้เร็ว แม่นยำ พอคนไข้มาถึงพยาบาลเราพร้อมดูแลทันที...” (H1 P4)

1.4 ด้านกฎหมายทั่วไปและกฎหมายวิชาชีพ การเคลื่อนไหวของสังคมปัจจุบัน นำมาซึ่งการปรับตัวในการดำเนินชีวิต และกำหนดแนวทางในการให้บริการผู้รับบริการได้อย่างสอดคล้อง และเป็นไปตามความต้องการของสังคมที่เป็นปัจจุบัน ได้แก่ ความรู้เรื่องกฎหมาย และกฎหมายวิชาชีพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการบริการสุขภาพ ปลอดภัยจากการถูกฟ้องร้อง ไม่เกิดความผิดพลาดในประเด็นของกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...พยาบาลทุกคนต้องไวต่อสีหน้าและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต้องรู้ข้อกฎหมาย เพื่อป้องกันการฟ้องร้องหรือแม้แต่เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการด้วย การตอบรับ หรือตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการต้องทำทันทีและทำตลอดเวลา การแสดงออกทั้งภาษาพูด ภาษาท่าทางต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างทันการ...” (H1-P4)

1.5 ด้านการเป็นผู้ประกอบการ ทักษะการเป็นผู้ประกอบการทางพยาบาล เป็นทักษะที่จำเป็นมาก ๆ สำหรับการทำงานภาคเอกชน ของทุกอย่างต้องใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทำให้เกิดความยั่งยืนในการประกอบการ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...ทักษะอีกอันหนึ่ง การเป็นผู้ประกอบการนี้สำคัญมาก เพราะเอกชนเราจำเป็นต้องจัดการทุกอย่างให้เกิดความคุ้มค่า เกิดประโยชน์สูงสุด และก็ต้องคิดเป็นทำเป็นพัฒนาอยู่เสมอ ๆ...แบบทำไปวัน ๆ ไม่ได้เพราะเดี๋ยวนี้ทุกอย่างก้าวหน้า เปลี่ยนแปลงเร็วมาก เราต้องทันเขา ยิ่งก้าวล้ำนำหน้าได้ยิ่งดีเลย ประเด็นนี้เรารู้ว่าสำคัญมาก โดยเฉพาะภาคเอกชน...” (H3-P1)

“...บอกเลยที่นี้สภาพแวดล้อมดี พุดเพาะ ราคาไม่แพง ผมมาที่นี่ตลอดครับ...” (H6-P10)

1.6 ทักษะภาวะผู้นำและการบริหารองค์กรเพื่อตอบสนองการให้บริการ ในการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยบุคลากร หลายสาขาวิชาชีพ ความเป็นผู้นำทำให้เกิดการร่วมมือในการปฏิบัติงานไปด้วยดี เป็นผู้นำในการพัฒนาการแก้ไขการให้บริการให้มีคุณภาพอยู่เสมอ และลักษณะความเป็นผู้นำของพยาบาลทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการมารับบริการ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...ที่สำคัญอีกอย่างต้องมีความเป็นผู้นำ รู้จักคิดสร้างสรรค์ในการทำงานด้วย ไม่ใช่ทำไปเรื่อย ๆ หมดเวรไป รู้จักคิดแก้ไข ใช้ของก็ต้องประหยัด รู้ต้นทุน ทุกอย่างราคาแพง และก็เงินผู้รับบริการทั้งนั้น ต้องช่วยกัน save ของทุกอย่างต้องใช้ให้คุ้มค่า แบ่งปัน เอื้อต่อกันนะ เพื่อให้เห็นแบบนี้...” (H1-P1)

ประเด็นที่ 2 ทักษะด้านสังคม เพื่อให้สามารถรู้ทันการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของสังคมปัจจุบัน นำมาซึ่งการปรับตัวในการดำเนินชีวิต และกำหนดแนวทางในการให้บริการผู้รับบริการได้อย่างสอดคล้อง และเป็นไป



ตามความต้องการของสังคมที่เป็นปัจจุบัน บุคคลทุกคนจำเป็นต้องมีทักษะทางสังคมที่ดี เพื่อคุณภาพของชีวิตและการทำงาน พยาบาลที่มีทักษะทางสังคมสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลถึงคุณภาพการปฏิบัติงาน สรุปผลการวิจัย พบว่าคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่ระบบบริการสุขภาพภาคเอกชนต้องการ แบ่งเป็น 8 ประเด็น ดังนี้

2.1 ทักษะการสื่อสารพหุวัฒนธรรม การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลาย มุ่งเน้นการตอบสนองให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในทันทีต่อการรับบริการ ซึ่งมีผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจ และมารับบริการในครั้งต่อไป ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...พยาบาลมีความรวดเร็ว smart กล้าเผชิญปัญหาอย่างมั่นใจ รวมทั้งต้องมีการสื่อสารที่ดีด้วย สามารถพูดคุยกับลูกค้าได้อย่างมั่นใจทุกคนทุกชาติเชื้อ ทุกวัฒนธรรม บาง ward เราคัดเลือกพยาบาลต้องแบบนี้เลยคะ เพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ และสร้างชื่อเสียงให้โรงพยาบาลเรา...” (H3-P2)

“...ไม่ใช่มีความรู้อย่างเดียวจะนะ ต้องเป็นความรู้ที่นำมาอธิบายปัญหาทางสุขภาพที่ผู้ใช้บริการเกิดขึ้นด้วย หาคำตอบ และแนวทางการแก้ไขให้ผู้ใช้บริการได้ด้วย ฉะนั้น ต้องเป็นความรู้ที่เชื่อมโยงประสบการณ์ด้วย...” (H4-P1)

2.2 ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม จากการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นจำนวนมาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสอดรับกันในการให้บริการของทีมสุขภาพ ไม่เกิดการขัดแย้งในการให้บริการ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“จริง ๆ แล้วพยาบาลต้องทำงานเป็นทีมได้ดี เพราะแต่ละคนที่นี่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเวลาคนไข้มาจะเก่งคนเดียวไม่ได้ ต้องช่วยกันและเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ...” (H2-P3)

ความซื่อสัตย์และความรับผิดชอบ เป็นคุณลักษณะทางจริยธรรมที่พยาบาลต้องมี ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...ซื่อสัตย์คะ เรื่องซื่อสัตย์นี้สำคัญที่สุด เพราะผู้ป่วยไม่รู้ว่ที่เราทำหัตถการอะไรถูกต้องคืออะไร และที่สำคัญอีกอย่าง คือเมื่อผิดพลาดไปต้องมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ใช่ทำเฉย ๆ เพราะทุกอย่างมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ องค์กร และวิชาชีพ เราไม่อยากให้พยาบาลเราเป็นเช่นนั้น...” (H1-P2)

2.4 ความยืดหยุ่น ความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงในยุคแห่งข้อมูลข่าวสาร พยาบาลต้องมีความคิดในการพัฒนาการทำงาน มีนวัตกรรมใหม่ ๆ อยู่เสมอ เพื่อรองรับวิถีการทำงาน และการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...พยาบาลยุคใหม่ต้องสร้างสรรค์ได้ ไม่ใช่อยู่ไปวัน ๆ อะไรเคยทำอะไรก็ทำอย่างนั้นไปเรื่อย ๆ ในขณะที่ความก้าวหน้าในทุกด้าน ทุกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เราต้องนำความก้าวหน้าทั้งเรื่องวิชาการ เรื่องของสุขภาพ เรื่องของพยาบาล มาพัฒนาสร้างสิ่งใหม่ ๆ เพื่อมาให้บริการผู้ป่วยของเราให้ทันสมัย ทันยุค ถ้าไม่คิด ไม่พัฒนาการบริการ องค์กรของเราก็ล้าหลัง คนไข้ก็ไม่มา เราจะอยู่ได้อย่างไร... โดดเด่น ก้าวล้ำนำคนอื่น เราจึงจะอยู่ได้...” (H6-P4)

2.5 การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์ที่กดดัน จากการใช้บริการส่วนใหญ่ประสบปัญหาทางสุขภาพ และมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของทั้งตนเองและครอบครัว มีความคาดหวังว่าการบริการภาคเอกชน การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ทันทั่วทั้ง พยาบาลต้องมีความไวต่อการแสดงออกของผู้รับบริการ และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ นี้ได้อย่างรวดเร็ว เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ทำให้ผู้ใช้บริการรับรู้ถึงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ลดลง เกิดความประทับใจในการบริการ ทักษะการตัดสินใจทางการพยาบาล การตัดสินใจของพยาบาลที่รวดเร็ว ทำให้การช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการได้ช้า ซึ่งไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดึงคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...การฝึกประสบการณ์การแก้ปัญหาในภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ มีความจำเป็นมาก ผู้ป่วยที่มาหาเราทุกคนต้องการ



การช่วยเหลือที่ทันทั่วทั้งที่ไม่ใช่เจอปัญหา ต้องมารอปรึกษาคนนั้น คนนี้ ปรึกษารุ่นพี่ไม่ได้นะคะ...” (H1-P2)

“...พยาบาลต้องตัดสินใจรวดเร็ว แก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่และตรงใจลูกค้าเรานี้ก็อีกแบบที่เราต้องการคะ... บางคนก็ตัดสินใจได้เร็วนะ แต่การจัดการไม่ตอบใจลูกค้า แบบนี้ก็ไม่โอเครนะคะ...” (H5-P2)

“...ใช้เลยคะ พยาบาลบางคนพอผู้ป่วยมีปัญหา อาการเปลี่ยนกะทันหัน เขาก็ทำอะไรไม่ถูก งบประมาณหมด พยาบาลก็งัดญาติผู้ป่วยก็งัด แบบนี้ก็ไม่ไหวนะคะ ไม่รู้จะทำอะไรก่อนหลัง ตัดสินใจไม่ได้...การแก้ปัญหาในภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ มีความจำเป็นมาก ผู้ป่วยที่มาหาเราทุกคนต้องการการช่วยเหลือที่ทันทั่วทั้งที่ไม่ใช่เจอปัญหา ต้องมารอปรึกษาคนนั้น คนนี้ ปรึกษารุ่นพี่ไม่ได้นะคะ...” (H1-P2)

“...ไปลูกค้าประจำที่นี้คะ...ประทับใจมาก มาถึงพยาบาลมาถามอาการบ้างก็บอกไม่ถูก แต่ลูก ๆ เขาก็ช่วยแก้ปัญหาให้ป่าได้...” (H4-P10)

2.6 ความฉลาดทางอารมณ์ พยาบาลต้องมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง มีความคิดเชิงบวก ในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...เคยเห็นว่ามีพยาบาลบางคนมีปัญหาทางบ้าน และยังมีอาการกังวล หรือเครียดต่อเนื่อง พอเวลาปฏิบัติงาน ทำให้ขาดสมาธิในการทำงาน ...ผู้มีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือ และบางรายอยู่ในสถานะที่ไม่พร้อมในการรอคอยและต้องการการช่วยเหลือรีบด่วนจึงทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการให้บริการหรืออาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย...” (H3-P1)

“...พยาบาลทุกคนต้องไวต่อสีหน้าและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต้องรู้ข้อกฎหมาย เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง หรือแม้แต่เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ใช้บริการด้วย การตอบรับ หรือตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการต้องทำทันที และทำตลอดเวลา การแสดงออกทั้งภาษาพูด ภาษาท่าทางต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างทันการ...” (H1-P4)

2.7 มีบุคลิกภาพที่สง่างาม มีคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ยึดแนวทางในการปฏิบัติ การพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่กำหนด ดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...พยาบาลถ้าได้เป็นผู้ที่มีใจรักด้วยจะดีมากเลย การปฏิบัติก็จะมีความนุ่มนวล ละมุนละม่อม มีท่าทางน้ำเสียง แววตาที่บอกถึงต้องการดูแลช่วยเหลือ บางคนมีความไวในการสังเกตความต้องการ ซึ่งเรื่องนี้ควรเน้นมาก ๆ เพราะจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่เข้าใจกัน เกิดการให้และการรับบริการที่ดี การบริการด้วยใจอย่างที่เราพบผู้รับบริการนี้รู้เลยว่า เขาต้องการอะไร ผู้มารับบริการที่นี้ Happy ทุกคน...อีกอย่างคือความซื่อสัตย์นี้สำคัญนะ ต้องมี ย้ำเลยว่าต้องมี...” (H6-P1)

“...บุคลิกท่าทางต้องคล่องแคล่ว สง่างาม ทันสมัย และน่าเชื่อถือ สื่อสารตอบรับอารมณ์ และตอบสนองความต้องการของคนไข้ได้ทันที ไม่หักหาญน้ำใจคนไข้ ให้คำแนะนำต่าง ๆ ตรงประเด็น ชัดเจน ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการให้บริการของเรา...” (H3-P4)

2.8 การเรียนรู้ตลอดชีวิต พยาบาลต้องใฝ่รู้ต่อเนื่อง รู้เท่าทันความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ การเลือกเรียนรู้ ค้นคว้า พัฒนานตนเองด้วยการเรียนรู้ตลอดเวลา รู้เท่าทันความก้าวหน้า ทันการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“...ปัจจุบันโลกเราเปลี่ยนแปลงไปมาก ...พัฒนานตนเองอยู่ตลอดเวลา ทั้งด้านวิชาการ วิชาชีพ ที่สำคัญต้องพัฒนา หรือ up date ตนเองอยู่เสมอ...” (H4-P5)

“...ที่สำคัญพยาบาลต้องศึกษารู้เท่าทันและพัฒนานตนเองอยู่เสมอ ให้ทันกับโรคในปัจจุบัน...” (H3-P2)



ประเด็นที่ 3 ทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพ พยาบาลที่มีทักษะทางสังคมสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลถึงคุณภาพการปฏิบัติงาน ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล ก็ต้องมีความแม่นยำ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างดีทั้งในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์วิกฤติได้อย่างมั่นใจ แม่นยำ และถูกต้อง เพราะเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงเมื่อมารับบริการในภาคเอกชน จากผลการวิจัย พบว่าคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลด้านทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพที่ระบบบริการสุขภาพภาคเอกชนต้องการ แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

3.1 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน

3.2 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะด้านตามความเชี่ยวชาญ

พยาบาลต้องสามารถทำหัตถการต่าง ๆ ได้แม่นยำ และเชี่ยวชาญในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ หรือเป็นไปตามที่พยาบาลให้ความสนใจ หรือต้องการที่พัฒนาตนเองให้เกิดความเชี่ยวชาญในอนาคต เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการเฉพาะโรค/ แผนก/ หอผู้ป่วย ได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังจะนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดความเชี่ยวชาญในอนาคตของตนเองอีกด้วย ส่งผลให้งานมีประสิทธิภาพเป็นการสร้างความพึงพอใจและความประทับใจแก่ผู้รับบริการ ดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...ที่นี้โอเคเลยคะ....ยอมรับเลย เร็วมาก ไม่ใช่เร็วอย่างเดี๋ยวนะ สูดยอเลย ทุกแผนกภูมิใจหมดพยาบาลที่นี่เก่งมาก ใช้เครื่องมือ เครื่องมือนี้ดูแบบเก่งไปหมด...” (H2-P11)

“...ของเรานี้จัดเฉพาะทักษะเลยนะคะ เรียกว่าผู้ใช้บริการที่นี้มาแล้วต้องประทับใจเลยคะ แขนงน้ำเกลือนี้ที่นี้ครั้งเดียวเท่านั้น เบนี่ม ต้องแบบนี้เลยคะ....บอกเลยโรงพยาบาลเรานี้ประทับใจทุกคน...” (H6-P2)

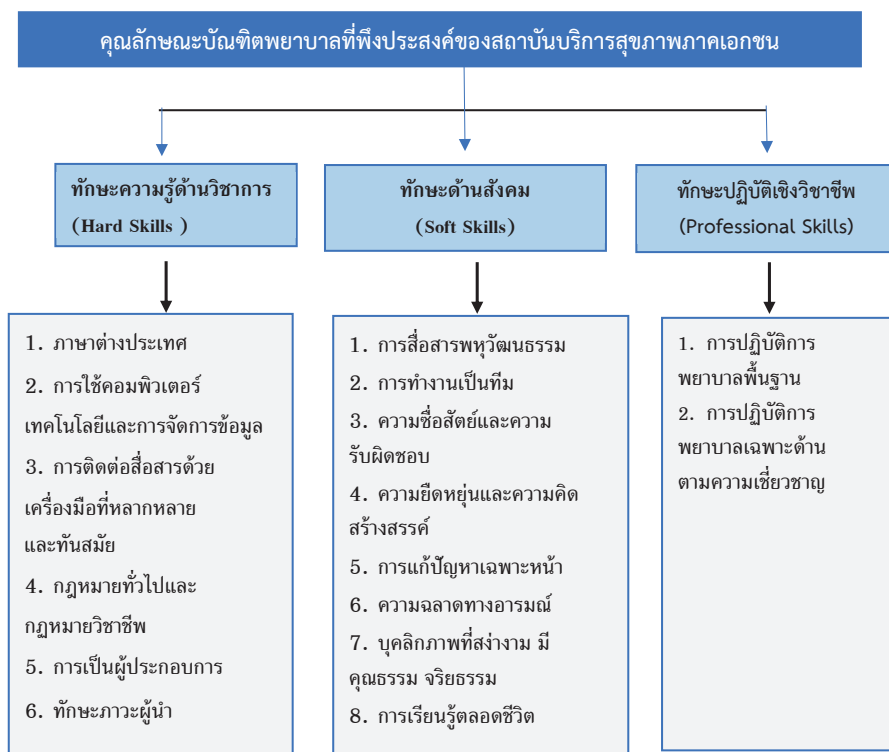
“...พยาบาลใหม่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย และบางครั้งไม่มีประสบการณ์การบริการในสถานการณ์จริงด้วย ดังนั้น หากไม่มีความรู้ที่แม่นยำพอในหลายด้าน ทำให้การฝึกประสบการณ์เป็นไปได้ยาก และที่สำคัญส่งผลให้ไม่มีคุณภาพที่ดีด้วย เพราะอาจเป็นการปฏิบัติด้วยการจำ พอสถานการณ์เบี่ยงเบนไป ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ ทำให้การบริการไม่สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการขาดความมั่นใจ แลผมผู้รับบริการบางคนมีความรู้มากกว่าผู้ให้บริการอีกด้วย ดังนั้นถ้าพยาบาลไม่รู้เท่าทันด้านความรู้ เทคโนโลยี และอื่น ๆ ที่พัฒนา เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จะทำให้การบริการไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างตรงใจผู้รับบริการ...” (H1-P3)

“...พยาบาลทุกคนต้องไวต่อสีหน้าและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต้องรู้ข้อกฎหมาย เพื่อป้องกันการฟ้องร้องหรือแม้แต่เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ใช้บริการด้วย การตอบรับ หรือตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการต้องทำทันที และทำตลอดเวลา การแสดงออกทั้งภาษาพูด ภาษาท่าทางต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างทันการ...” (H1-P4)

“...ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลนี้ต้องเป๊ะมาก เหมือนอย่างแขนงน้ำเกลือนี้ ต้องได้เลยนะคะครั้งแรก ถ้าพลาดนี้ผู้รับบริการไม่พอใจเลยคะ ดังนั้นทางโรงพยาบาลเราจะมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญแต่ละเรื่องโดยเฉพาะเลย ถ้าทำเรื่องนี้ต้องคนนี้เลยคะ ผู้รับบริการเราพึงพอใจมาก ..ต้องรอพยาบาลคนนี้ คนนั้น เพราะเขามั่นใจเรา อีกทั้งเรื่องภาษาก็สำคัญ พอพูดแล้วเขาไม่เข้าใจ เขาไม่คุยด้วยคะ เขาจะบอกเลยว่าขอคุยกับคนที่พูดรู้เรื่องเท่านั้น ใครพูดไม่รู้เรื่องเขาจะไม่ยอมพูดด้วย..ดังนั้น เรื่องทักษะความสามารถ และภาษาที่สำคัญมากนะคะ...” (H3-P2)



จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



อภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ของสถาบันบริการสุขภาพภาคเอกชน นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1) ทักษะความรู้ทางวิชาการ (hard skills) เป็นความรู้และทักษะที่องค์กรต้องการ เกี่ยวข้องกับการทำงานในวิชาชีพพยาบาล พยาบาลต้องรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบัน สามารถนำความรู้ทางเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการสุขภาพ พัฒนาระบบบริการ ก้าวทันระบบข้อมูล การสื่อสาร และการให้บริการด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบัณฑิตพยาบาลมีความรู้ด้านศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาล และศาสตร์พื้นฐานที่เกี่ยวข้องวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวมและบัณฑิตพยาบาลควรมีความรู้ในด้านอื่น ๆ เช่น ความรู้ด้านกระบวนการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมจะช่วยให้พยาบาลพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพได้¹³ สอดคล้องกับทักษะของผู้ประกอบการที่สังคมต้องการ ประกอบด้วย ทักษะด้านเทคโนโลยี ทักษะการสื่อสารบริการลูกค้า การประชาสัมพันธ์ ทักษะผู้นำและการปรับตัว

2) ทักษะทางสังคม (soft skills) เป็นทักษะที่ใช้เพื่อปฏิสัมพันธ์กับผู้คน โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่ต้องให้การพยาบาลและทำงานกับสหวิชาชีพ จำเป็นต้องมีจริยธรรม ซื่อสัตย์และรับผิดชอบต่อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากล่าวคือ บัณฑิตพยาบาลต้องมีความซื่อสัตย์ มีความรับผิดชอบต่อ และยึดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล มีความเอื้ออาทร มีเมตตา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล¹⁵ ที่กล่าวว่าบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์จะต้องมีสมรรถนะสูงสุดในด้านจริยธรรม จรรยาบรรณในวิชาชีพ โดยหลักจริยธรรมสากลพื้นฐานของบริการสุขภาพคือการตระหนักถึงความเป็นอิสระการเป็นตัวเองของบุคคล การกระทำในสิ่งที่ดีมีประโยชน์ การไม่ทำอันตราย หรือทำสิ่งไม่ดี มีความยุติธรรมซื่อสัตย์ และการบอกความจริง



ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวถึงคุณลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยใจประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ 1) ความเอื้ออาทร อันประกอบด้วยความเสียสละอุทิศตนในการทำงาน มีเมตตากรุณา ปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ มีจิตสำนึกในการให้บริการ เคารพในความเป็นมนุษย์ และบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) จริยธรรมทางการพยาบาล ประกอบด้วย การทำงานด้วยการมีจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีความยุติธรรมในการให้การพยาบาล มีความซื่อสัตย์ เคารพสิทธิผู้อื่น มีความรับผิดชอบในหน้าที่ และมีการร่วมมือกับสหวิชาชีพในการให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการปฏิบัติที่ดีที่สุดตามขอบเขตกฎหมายกำหนด¹⁶

ด้านบุคลิกภาพของพยาบาล นับเป็น soft skills ที่สำคัญมาก คือความสุภาพ อ่อนน้อม มีจิตบริการที่ อบอุ่น มีความคิดอัตโนมัติเชิงบวก มีความไวต่อความต้องการของผู้รับบริการ มีบุคลิกภาพที่สง่างาม ทันสมัย และน่าเชื่อถือ ทั้งกับผู้ใช้บริการและเพื่อนร่วมงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาคณะคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิต พบว่าคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลต้องสามารถวิเคราะห์ศักยภาพเด่น ๆ ของตนเองออกมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีใจบริการ สุภาพ เรียบร้อย มีความละมุนละม่อม ในการปฏิบัติกับผู้อื่น มีบุคลิกภาพและคำพูดในการทำงานที่น่าเชื่อถือ และไวต่อการเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ¹⁶ และผลการศึกษาลักษณะองค์ประกอบและการรับรู้คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ความไว้วางใจ และความซื่อสัตย์ของผู้ให้บริการ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷

ทักษะการคิดสร้างสรรค์ คิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการพัฒนางาน ทักษะการจัดการกับอารมณ์ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาคณะคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่ต้องมีทักษะการคิดแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้ภาษาต่างประเทศ ที่จำเป็นในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการในระดับนานาชาติ ทักษะด้านดิจิทัลที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ทักษะการใฝ่รู้ใฝ่เรียนตลอดชีวิต

ทักษะด้านดิจิทัลที่ทันสมัย ทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง ต้องใฝ่รู้ต่อเนื่อง ทักษะการคิดสร้างสรรค์ คิดนวัตกรรมใหม่ ๆ¹³ และสอดคล้องกับ ทักษะในอนาคตที่ world economic forum คาดการณ์ว่าในปี 2025 โลกการทำงานจะต้องเผชิญกับภาวะ “double-disruption” โดยจากการสำรวจพบว่ามีคนทำงานกว่า 50% ที่ยังขาดทักษะที่จำเป็นสำหรับปี 2025 ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 4 กลุ่ม คือ ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะด้านคน ทักษะด้านเทคโนโลยี และทักษะการบริหารจัดการตัวเอง ทักษะด้านเทคโนโลยี เมื่อองค์กรต้องปรับตัวสู่ดิจิทัลมากขึ้น ทักษะการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือดิจิทัลและโปรแกรมใหม่ ๆ จึงเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะอนาคต ได้ศึกษาเกี่ยวกับทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม คุณลักษณะสำคัญของพลเมืองโลกในยุคเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ซึ่งเกี่ยวกับการ up-skill หรือ re-skill เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกอนาคต โดยมุ่งเน้นให้ครูผู้สอนเน้นทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมให้แก่ผู้เรียนซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของพลเมืองโลก¹⁴

3) ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (professional skill) บัณฑิตพยาบาลจำเป็นต้องมีความชำนาญในทักษะปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะด้าน สอดคล้องกับ ทักษะในอนาคต ที่ world economic forum คาดการณ์ว่าในปี 2025 โลกการทำงานจะต้องเผชิญกับภาวะ “double-disruption” โดยจากการสำรวจพบว่ามีคนทำงานกว่า 50% ที่ยังขาดทักษะที่จำเป็นสำหรับปี 2025 ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 4 กลุ่ม คือ ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะด้านคน ทักษะด้านเทคโนโลยี และทักษะการบริหารจัดการตัวเอง ทักษะด้านเทคโนโลยี เมื่อองค์กรต้องปรับตัวสู่ดิจิทัลมากขึ้น ทักษะการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือดิจิทัลและโปรแกรมใหม่ ๆ จึงเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะอนาคต ได้ศึกษาเกี่ยวกับทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม คุณลักษณะสำคัญของ



พลเมืองโลกในยุคเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ซึ่งเกี่ยวกับการ Up-skill หรือ Re-skill เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกอนาคตโดยมุ่งเน้นให้ครูผู้สอนเน้นทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมให้แก่ผู้เรียนซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของพลเมืองโลก¹⁴ จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาคณะคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์จะมีความคล้าย ๆ กัน ในทุกสถาบันเนื่องจากเป็นความคาดหวังของทุกภาคส่วน ต่อบัณฑิตพยาบาล แต่ผลการศึกษาคณะคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลให้มีความชำนาญเฉพาะด้านเพื่อจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างแม่นยำ มีความผิดพลาดน้อยที่สุด และบัณฑิตพยาบาลต้องสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในสังคมยุคดิจิทัล สามารถใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้ภาษาได้หลากหลาย พร้อมทั้งมีทักษะในการประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างรู้ใจและฉับไว จะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจในการบริการของพยาบาล บอกต่อแบบปากต่อปากให้แก่ผู้อื่นและกลับมาใช้บริการซ้ำเพิ่มมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้ในยุคปัจจุบัน พนักงานหรือพยาบาลต้องมีทักษะหลายๆ ด้าน เพราะโลกมีความซับซ้อนมากขึ้น การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน และต่างหน่วยงานมีมากขึ้น ดังนั้น หากพยาบาลมีเพียงความรู้ความสามารถทางวิชาการ วิชาชีพเพียงอย่างเดียว แต่ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ขาดการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ก็อาจทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จได้ ดังนั้น hard skills และ soft skills จึงมีความสัมพันธ์ร่วมกัน เพื่อให้การทำงานลุล่วงไปด้วยดี ที่สำคัญบุคลากรในองค์กรจะมีความสุขในการทำงานร่วมกัน และมีผลสัมฤทธิ์ที่ดีในการทำงานด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยไปศึกษาและพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ในผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เช่น นักศึกษา ผู้ปกครอง อาจารย์พยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยง ศิษย์เก่า และชุมชน มาร่วม และเลือกพัฒนาเฉพาะคุณลักษณะที่จำเป็นเร่งด่วน สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

References

1. Nursing Council presents proposals to “Dr. Chonnan” to resolve the nursing shortage crisis: career advancement, compensation, and workload [internet]. n.d. [cited 14 August 2024]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/02/29878>.(in Thai)
2. Visitnaytikarn N, Thitiluck D. Development of the service of health screening center at the private hospital. Journal of SaengKhomKham Buddhist Studies.2022;7(2):216-30.(in Thai)
3. Nursing Council. Message from the president of the Nursing and Midwifery Council On International Nurses Day 12 May 2024 [internet]. 2024. [cited 14 August 2024]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/387>.(in Thai)
3. Lekdee T, Promsit S. Comparison of service quality between private hospitals and premium clinics of government hospitals in Bangkok. Action National academic conference in cooperation with 4 institutions, year 2019 “NEW AGE IN SUSTAINABLE BUSINESS”.2019:218-29.(in Thai)
4. Songsraboon R. Perceived service quality and factors affecting word of mouth communication of private hospitals. Panyapiwat Journal 2014;5(2):16-29.(in Thai)



5. Angtong C. Study of customer satisfaction in private hospital service [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University. 2015.(in Thai)
6. Srithongterm T. History of private hospitals [internet]. n.d. [cited 10 October 2024]. Available from; <https://www.lhbank.co.th/getattachment/cb21178c-03c8-4caf-b582-f294bb1fded3/Economic-Analysis-Industry-Outlook-2022-Private-hospitals-2022>.(in Thai)
7. Wuttisor P, Hospital and private nursing home survey project 2022 [internet]. 2022 [cited 10 Feb 2024]. Available from: <https://www.thailandplus.tv/archives/671373>. Feb, 2023.(in Thai)
8. Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2022. Information, knowledge, and analysis about Thailand's medical industry, Set 1, for the Fiscal Year 2023, Academic and Government Standards Promotion Group, Division of Healthcare Institutions and Medical Professional Practices. Dec, 2022.(in Thai)
9. Nursing Council. Representatives of the Nursing Council provided information on the shortage of nursing personnel in Thailand's public health system and offered recommendations for solutions to the Senate Public Health Commission [internet]. n.d. [cited 14 August 2024]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/373>.(in Thai)
10. Amornrojanavaravutti W, Seedaket S, Klaypeth P, Discharoen K, Tangphan C, Chitsom S, et al., editors. The study of stakeholders' need in bachelor degree of nursing curriculum development the establishment project of the nursing faculty, Northeastern University. In The 10th National and the 8th International Conference on Research and Innovation: Research and Innovation Development for Developing Sustainable Communities; Khon Kaen; Northeastern University.2023;484-92.(in Thai)
11. Malaiphong P. Characteristics of nurses that are the goal of the Nursing Council [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University. 2023.(in Thai)
12. Keeratavanithsathian S, Chaonarin P, Charoenbhakdi J, Deawprasert T, yangsuay S. Soft skills of Nursing Graduates in Private Hospitals. Journal of Health Sciences Scholarship [Internet]. 2023 [cited 28 October 2024];10(2):94-107. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/262080/179612>.(in Thai)
13. Rattanaraj P. Desirable characteristics among graduate nurses of Ubon Ratchathani Rajabhat University. Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation.2020;9(1):20-30.(in Thai)
14. Khongcharoen P. Learning and innovation skills: the important characteristic of global citizens in a value-based economy. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University. 2021;15(3): 165-77.(in Thai)
15. Khumyu A, Chupan S, Puttaruksa L, Rattanajarana S, Songaiad D, Chunchomgul C. Factors related to professional nursing competency among nursing students at a University in the Eastern Region. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.2021;29(1):1-12.(in Thai)
16. Malaiphong P. Characteristics of nurses that are the goal of the Nursing Council [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University. 2023.(in Thai)



17. Wongsutal N, Tungsawad S. The effects of corporate image and perceived service quality on customer satisfaction of private hospitals in Nakhonratchasima Province. In Graduate School Conference 2018; Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University.2018;329–37.(in Thai)



การพัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ส่งเสริมสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

Developing Transformational Leaders in Primary Care: A Curriculum to Cultivate Leadership Competencies in Primary Care Units and Primary Care Networks

มาสริน สุกลปักษ์¹, วรานิสฐ์ ลำไย², สัจจรา ฟุ้งเฟื่อง³, กนิษฐา ถนัดกิจ⁴

Masarin Sukolpuk¹, Waranist Lamyai², Sujira Foongfaung³, Ganittar Thanadkit⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะการจัดการ มหาวิทยาลัยชินวัตร ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ⁴สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani Collage of Nursing, Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Management, Shinawatra University

³Faculty of Nursing, Shinawatra University

⁴Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sujira Foongfaung; Email: sujira.f@siu.ac.th

Received: April 15, 2024 Revised: November 25, 2024 Accepted: November 27, 2024

บทคัดย่อ

ผู้บริหารในระบบสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถนำองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรภาวะผู้นำ ที่ส่งเสริมสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 เป็นผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิรุ่นที่ 1 โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน และระยะที่ 2 คือ ผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรผู้นำ รุ่นที่ 2 โดยใช้ในการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือ หลักสูตรการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้น และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย สมรรถนะผู้นำ 5 ด้านคือ 1) ด้านพัฒนาตน 2) ด้านพัฒนาคน 3) ด้านพัฒนางาน 4) ด้านการสื่อสาร และ 5) ด้านการบูรณาการพัฒนา ตน คน งาน และการสื่อสาร วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired Sample t-test และประเมินผลหลักสูตร โดยการประเมินสมรรถนะผู้นำ 5 ด้านและรับรองหลักสูตร โดยการยืนยันหลักสูตรด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 5 ด้าน หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หลักสูตรการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมินี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะผู้นำในระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: ผู้นำการเปลี่ยนแปลง; สมรรถนะผู้นำ; การบริหารองค์การ; ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



Developing Transformational Leaders in Primary Care: A Curriculum to Cultivate Leadership Competencies in Primary Care Units and Primary Care Networks

Masarin Sukolpak¹, Waranist Lamyai², Sujira Foongfaung³, Ganittar Thanutkit⁴

¹Boromarajonani Collage of Nursing, Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Management, Shinawatra University

³Faculty of Nursing, Shinawatra University

⁴Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sujira Foongfaung; Email: sujira.f@siu.ac.th

Received: April 15, 2024 Revised: November 25, 2024 Accepted: November 27, 2024

Abstract

Leaders in primary care units need transformational leadership skills in order to effectively lead their organization. This research and development aimed to 1) develop a transformational leadership curriculum in primary health systems and 2) study the effectiveness of a leadership curriculum promoting leadership competencies in primary care units and networks. The study was conducted across two cohorts of the Transformational Leadership Program in Primary Health Systems. Phase 1 involved 20 participants from the first cohort, selected through specific criteria. Phase 2 comprised 57 participants from the second cohort, selected through simple random sampling. The research tool was a course for developing transformational leadership in a developed primary health system. The tool used for data collection was a competency survey for the leaders of the primary health system that had been developed by the research team, consisting of 5 leadership competency domains: 1) self-development, 2) human development, 3) job development, 4) communication, and 5) integration of work development and communication. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics – the paired sample t-test. The overall training program was evaluated through two methods: 1) assessing the leadership competencies in 5 areas and 2) curriculum validation through an expert panel seminar. The results showed that the transformational leadership competencies in the primary health system across all 5 domains were significantly higher after training. The transformational leadership course for the primary health system proved effective and can be used for further development of leadership competencies in the primary health system.

Keywords: transformational leadership; leadership competency; organization management; primary health systems



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดภาระการให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิจากการไปรับบริการของประชาชนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ด้วยโรคที่ไม่จำเป็น¹ รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีความซับซ้อนอย่างมาก มีขอบเขตบทบาทหน้าที่ที่ขยายกว้างขึ้นและงานที่หลากหลายมากขึ้น อีกทั้งหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ ทั้งให้บริการเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันไม่ให้เกิดโรค เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเชื่อมประสานหน่วยบริการระดับต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง² ดังนั้นผู้นำในระบบสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถนำองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบริหารจัดการการดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพ และมีสมรรถนะในการทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายการดูแลสุขภาพ และประชาชน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น และเป็นบรรทัดฐานในพัฒนาผู้นำในระบบสุขภาพปฐมภูมิในอนาคต³⁻⁴

ความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะและบทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการยอมรับและกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ และให้สอดคล้องกับแนวทางเชิงกลยุทธ์ที่กำหนดไว้⁵ รวมถึงความเป็นผู้นำด้านการดูแลสุขภาพที่มีความสมรรถนะที่ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพที่เป็น พลวัตถือเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงความปลอดภัยของประชาชนหรือผู้รับบริการด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพของระบบ และประสิทธิภาพของทีมดูแลสุขภาพ⁶⁻⁷ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2562 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนกและเครือข่ายโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญได้จัดทำหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ได้จัดโครงการอบรมหลักสูตรดังกล่าว จากผลการประเมินหลักสูตรฯ ในปี พ.ศ. 2562 รุ่นที่ 1-3 พบว่า ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับที่ดีกว่าก่อนอบรม นำความรู้ไปต่อยอดรูปแบบการบริการคลินิกหัตถการครบวงจรเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁸ แต่พบช่องว่างของหลักสูตร โดยควรเพิ่มเนื้อหาหรือองค์ความรู้ในที่จะการบูรณาการให้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ตระหนักถึงคุณค่าที่จะสามารถร่วมกันทำงานตอบสนองความต้องการของประชาชนครอบคลุมทุกมิติ ตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตาม “ปรัชญาการมุ่งเน้นคุณค่าเป็นฐาน” (Value-based Leadership Philosophy: VBL) ตามแนวคิดของบาส (Bass)⁹ เป็นแนวคิดของการพัฒนาให้คนมีภาวะผู้นำสามารถทำงานร่วมกับทีม ในการกำหนดทิศทาง สร้างแรงบันดาลใจ และแรงจูงใจในการทำงาน โดยเป็นการพัฒนาที่เน้นให้ตระหนักถึงคุณค่าตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดความเข้าใจกัน และร่วมมือร่วมใจในการทำงานอย่างมีความสุข เกิดการพัฒนาทีมและงานได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืน เพื่อมุ่งพัฒนาศักยภาพให้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีสมรรถนะทั้งด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการพัฒนาคน ด้านพัฒนางาน ด้านพัฒนาการสื่อสาร และการบูรณาการทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้มีสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดจนเกิดการเปลี่ยนแปลง¹⁰ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่าย และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ได้พัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และครอบคลุมสมรรถนะที่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันแก่ประชาชนต่อไป

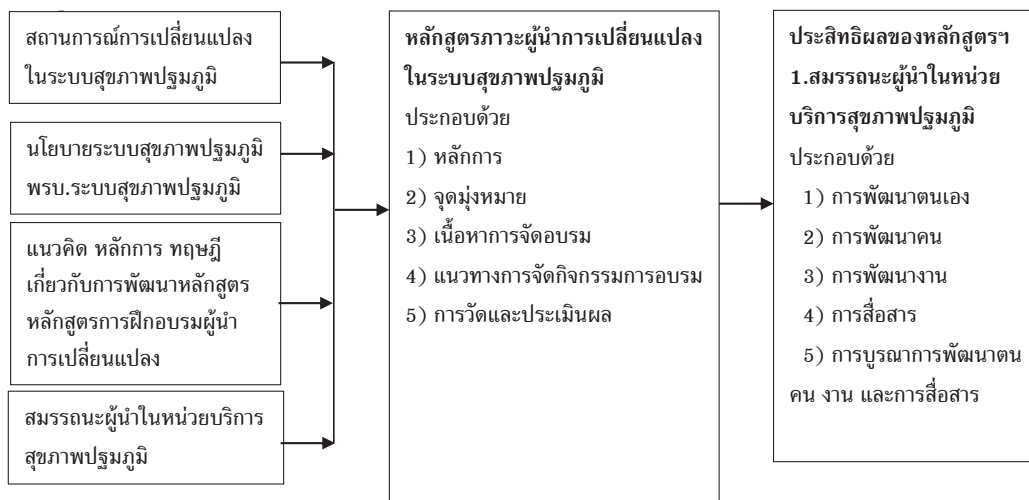


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตาม “ปรัชญาการมุ่งเน้นคุณค่าเป็นฐาน” (Value-based Leadership Philosophy: VBL) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึง การพัฒนาให้คนมีภาวะผู้นำ สามารถทำงานร่วมกับทีม ในการกำหนดทิศทาง สร้างแรงบันดาลใจ และแรงจูงใจในการทำงานได้นั้น คน ๆ นั้นต้องเป็นผู้ที่ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองและของผู้อื่น ตามหลักปรัชญานี้ถือว่าบุคคลมักจะถูกจูงใจด้วยคุณค่า บุคคลจะให้ความสำคัญอย่างมากกับคุณค่าส่วนตัว และใช้ชีวิตตามคุณค่า⁹ ร่วมกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เน้นคุณค่าเป็นฐานให้ความสำคัญกับคุณค่าและการกระตุ้นทางปัญญา (intellectual stimulation) ซึ่งเป็นภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์¹¹ โดยการมุ่งพัฒนาบุคลากรให้มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมินั้นจึงมุ่งพัฒนา “ตน” ก่อน และ ถือว่า “ทุกคน” เป็น “ผู้นำ” การเปลี่ยนแปลง¹⁰ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาหลักสูตร ของ Schneiderhan, Guetterman & Dobson¹² ซึ่งประกอบด้วย 1) หลักการ 2) จุดมุ่งหมาย 3) เนื้อหาการจัดอบรม 4) แนวทางการจัดกิจกรรมการอบรม และ 5) การวัดและประเมินผล ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 พัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1.1 การพัฒนาหลักสูตรฯ (Research; R1) ออกแบบและร่างหลักสูตร โดยวิเคราะห์หลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ศึกษาวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลการดำเนินโครงการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิในปีที่ผ่านมา ศึกษาสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง



ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ศึกษาสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 การจัดอบรมแบบ Online workshop class workshop และ Interactive workshop และศึกษารายงานผลการวิจัย เรื่อง การประเมินโครงการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁸

1.2 พัฒนาหลักสูตร (Development; D1) โดย ประชุมเชิงปฏิบัติการออกแบบและร่างหลักสูตร หลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตรวจสอบคุณภาพหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะ

ซึ่งผลที่ได้ในระยะที่ 1 คือ หลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยนำหลักสูตรไปใช้กับ รุ่นที่ 2 (R2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ตลอดหลักสูตรอย่างน้อยกว่าร้อยละ 80 รุ่นที่ 1 จำนวน 81 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 119 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 เป็นผู้ที่เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิรุ่นที่ 1 โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้นำ จำนวน 20 คน ระยะที่ 2 คือ ผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิรุ่นที่ 2 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1613 ข้อมูลการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .50 ค่าระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 47 คน ผู้วิจัยเพิ่มอัตราการสูญหายร้อยละ 20 ได้จำนวน 10 คน ดังนั้น สรุปลักษณะตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นหลักสูตรการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่พัฒนาโดยนักวิจัย มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 สมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 สมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 50 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน มากที่สุดได้ 5 คะแนน และน้อยที่สุดได้



1 คะแนน การแปลผลรายข้อ ดังนี้ 4.21 – 5.00 สมรรถนะอยู่ในระดับดีมาก 3.41 – 4.20 สมรรถนะอยู่ในระดับดี 2.61 – 3.40 สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง 1.81 – 2.60 สมรรถนะอยู่ในระดับไม่ค่อยดี และ 1.00 – 1.80 สมรรถนะอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามด้านความตรงเชิงเนื้อหา กำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (purposive selection) จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการบริหารในระบบสุขภาพปฐมภูมิ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลทางการศึกษา 1 ท่าน ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา/จุดประสงค์ (item objective congruence: IOC) และใช้เกณฑ์ที่ยอมรับว่าข้อคำถามดังกล่าว มีความสอดคล้องกับเนื้อหา/วัตถุประสงค์คือ IOC มากกว่า .50¹⁴ ได้ค่าระหว่าง .86 ถึง 1.00 และการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ไปวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (alpha Cronbach coefficient) ได้เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ BCNNON No. 017/2563 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2563 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการวิจัย วิธีการทำแบบสอบถาม และดำเนินการวิจัย อาสาสมัครวิจัยสามารถตอบคำถามต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ชื่อ-สกุล และคำตอบจะถูกแปลงเป็นรหัส และจะนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในภาพภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1) ผู้วิจัยทำการศึกษาออกแบบและร่างหลักสูตร โดยการวิเคราะห์หลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ผลการดำเนินโครงการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในปีที่ผ่านมา ศึกษาสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ศึกษาสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และศึกษารายงานผลการวิจัย เรื่อง การประเมินโครงการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁸

2) พัฒนาหลักสูตร โดยประชุมเชิงปฏิบัติการออกแบบและร่างหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตรวจสอบคุณภาพหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ส่งเสริมสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยนำหลักสูตรที่ได้จากระยะที่ 1 นั้น นำหลักสูตรไปใช้กับการอบรมรุ่นที่ 2



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และ 2) สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired Sample t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการอบรม

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า หลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นหลักสูตรที่ตอบสนองระบบบริการสุขภาพ เน้นพัฒนาสมรรถนะผู้นำในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาภาวะผู้นำตามปรัชญามุ่งเน้นคุณค่าเป็นฐาน (values-based leadership philosophy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้ผู้นำใช้คุณค่าของตนและของผู้ตามในการกำหนดทิศทาง แรงบันดาลใจ และแรงจูงใจ คุณค่า ตามหลักปรัชญานี้ถือว่า บุคคลมักจะถูกจูงใจด้วยคุณค่า บุคคลจะให้ความสำคัญอย่างมากกับคุณค่าส่วนตัวและใช้ชีวิตตามคุณค่านี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ครอบคลุมถึงความสำคัญของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีมได้ อีกทั้ง สามารถพัฒนารูปแบบการบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ โดยมีระยะเวลาการจัดกิจกรรม 30 ชั่วโมง ส่วนเนื้อหาสาระของหลักสูตร ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (leadership for change) 2) การสร้างทีมนำเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพปฐมภูมิ (team building and team management) 3) การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (transformative leadership) 4) การพัฒนากลยุทธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพปฐมภูมิ (strategic development for transformation) และการพัฒนารูปแบบการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 5) การสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ กิจกรรมการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย อภิปรายอย่างมีส่วนร่วม ฝึกปฏิบัติ ศึกษาดูงาน และสะท้อนคิดการเรียนรู้ทั้งแบบ onsite และ online ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวแทนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยงานละ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวหรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน

ผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า ความถูกต้องของหลักสูตร ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของหลักสูตร อยู่ในระดับดี M (SD) 3.15 (.49), 3.07(.37), 3.20(.54), 3.10(.42) ตามลำดับ ส่วนความเป็นป็นประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.92, SD=.72) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	
	Mean	SD
1. ความถูกต้อง (Accuracy Standards)	3.15	.49
1.1 โครงสร้างของหลักสูตรมีความสำคัญและครบถ้วน	3.00	.71
1.2 โครงสร้างของหลักสูตรมีความสอดคล้องกัน	3.20	.45
1.3 กระบวนการเรียนรู้ของหลักสูตรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	3.20	.45
1.4 หลักสูตรมีความถูกต้องเชื่อถือได้	3.20	.45



รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	
	Mean	SD
2. ความเป็นประโยชน์ (Utility Standards)	3.07	.37
2.1 หลักสูตรฯ ช่วยเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3.20	.45
2.2 หลักสูตรฯ ทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีสมรรถนะของผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3.20	.45
2.3 หลักสูตรนี้ทำให้ได้ผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	2.80	.45
3. ความเหมาะสม (Appropriateness)	3.20	.54
3.1 หลักสูตรมีความเหมาะสมเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3.20	.45
3.2 หลักสูตรมีความเหมาะสมกับบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	3.40	.55
3.3 หลักสูตรมีความชัดเจน	3.00	.71
3.4 หลักสูตรมีความยืดหยุ่น	3.20	.84
4. ความเป็นไปได้ (Feasibility Standards)	3.10	.42
4.1 เนื้อหาในหลักสูตรฯ ง่ายต่อการนำไปใช้	3.20	.45
4.2 หลักสูตรฯ มีรายละเอียดเป็นขั้นเป็นตอน	3.20	.84
4.3 มีความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรฯ ไปปรับใช้	3.20	.45
4.4 กิจกรรมในหลักสูตรฯ ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้	2.80	.45
5. ความเป็นปรนัยทั่วไป (Generalizability Stand)	2.93	.72
5.1 หลักสูตรฯ สามารถนำไปใช้จัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับบุคลากร ในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้	3.00	.71
5.2 หลักสูตรฯ นำไปใช้ในการจัดกิจกรรม อบรม หรือการจัดการเรียนรู้ในกิจกรรมเสริมหลักสูตรอื่น ๆ ได้	2.80	.84
5.3 หลักสูตรฯ เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้	3.00	.71

โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ เนื่องจากเป็นหลักสูตรการฝึกอบรม (training) เป็นการพัฒนาศักยภาพที่มุ่งเน้นการเรียนรู้สำหรับการปฏิบัติงานในปัจจุบัน และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที การพัฒนาสมรรถนะของบุคคล จึงควรที่จะกำหนดสมรรถนะหลัก (core competency) ของผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงไว้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยกำหนดไว้ในหลักการและเหตุผลของหลักสูตร การจัดกิจกรรมควรเน้นกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นผู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงให้มากขึ้น รวมถึงให้พิจารณากิจกรรมหรือประสบการณ์ที่จัดในหลักสูตร สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด แผนการสอน กระบวนการอบรม ซึ่งต้องเขียนรายละเอียดให้ชัดเจน โดยเฉพาะกระบวนการอบรม ควรเขียนเป็นขั้นตอนตั้งแต่ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการมีรูปแบบการอบรมอย่างไรบ้าง ภายหลังการอบรม มีการประเมินหรือติดตามในเรื่องอะไรบ้าง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อนำไปใช้ในระยยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีเพศชายจำนวน 10 คน (ร้อยละ 17.5), และเพศหญิงจำนวน 47 คน (ร้อยละ 82.5), มีระดับการศึกษา ปริญญาตรี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 82.5), ปริญญาโทจำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.75), ปริญญาเอกจำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.75) กลุ่มตัวอย่างมาจากเขตสุขภาพที่ 1-13 ตำแหน่งภายในหน่วยงาน แพทย์ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 14), พยาบาล จำนวน 39 คน (ร้อยละ 68.4), นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 10 คน (ร้อยละ 17.5), ประสบการณ์การทำงานในคลินิกหมอครอบครัว 1-10 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 63.2), 11-20 ปีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 17.5), 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 11 คน (ร้อยละ 19.3) และ วิธีการอบรม แบบ in-class จำนวน 20 คน (ร้อยละ 35.1) และ แบบ online จำนวน 37 คน (ร้อยละ 64.9)



ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับตัวแปรสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของตัวแปรสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ 5 สมรรถนะก่อนและหลังการอบรม พบว่า สมรรถนะทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการพัฒนาตน (M=4.31, SD=.42) ด้านการพัฒนาคน (M=4.37, SD=.37) ด้านการพัฒนางาน (M=4.32, SD=.43) ด้านการสื่อสาร (M=4.13, SD=.39) และด้านการบูรณาการ พัฒนา ตน คน งาน และการสื่อสาร (M=4.14, SD=.42) หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม และอยู่ในระดับดี และดีมาก

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาตน ด้านการพัฒนาคน ด้านการพัฒนางาน ด้านการสื่อสาร และการบูรณาการ พัฒนา ตน คน งาน และการสื่อสาร

ภายหลังสิ้นสุดการใช้หลักสูตร ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ตัวแปรสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาตน ด้านการพัฒนาคน ด้านการพัฒนางาน ด้านการสื่อสาร และการบูรณาการ พัฒนา ตน คน งาน และการสื่อสาร ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired sample t-test) พบว่า หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะก่อนและหลังการอบรม

ตัวแปร	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t	p
	M	SD	M	SD		
ด้านการพัฒนาตน	3.64	.52	4.31	.42	8.752	<.001
ด้านการพัฒนาคน	4.06	.44	4.37	.37	5.665	<.001
ด้านการพัฒนางาน	3.82	.67	4.32	.43	5.168	<.001
ด้านการสื่อสาร	3.51	.48	4.13	.39	6.641	<.001
การบูรณาการ พัฒนา ตน คน งาน และการสื่อสาร	3.50	.65	4.14	.42	4.568	<.001

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยหลักสูตรได้มีการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการตั้งแต่การประเมินความต้องการ การกำหนดเนื้อหา การเขียนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การเลือกกลยุทธ์การศึกษา การนำหลักสูตรมาใช้ และสุดท้ายคือ การประเมินหลักสูตร¹² และได้อันดับประกอบของหลักสูตร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการ 2) จุดมุ่งหมาย 3) เนื้อหา การจัดอบรม 4) แนวทางการจัดกิจกรรมการอบรม และ 5) การวัดและประเมินผล โดยหลักสูตรได้จัดอบรมในรุ่นที่ 1-3 และได้พัฒนาปรับปรุงในรุ่นที่ 4 โดยเพิ่มองค์ประกอบของสมรรถนะผู้นำ 5 ด้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของบาส (Bass)⁹ ประกอบด้วย 1) ด้านพัฒนาตน 2) ด้านพัฒนาคน 3) ด้านพัฒนางาน 4) ด้านการสื่อสาร และ 5) การบูรณาการ พัฒนา ตน คน งาน และการสื่อสาร ซึ่งเป็นแนวคิดของการพัฒนาให้คนมีภาวะผู้นำสามารถทำงานร่วมกับทีม ในการกำหนดทิศทางสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจในการทำงาน โดยเป็นพัฒนาที่เน้นให้ตระหนักถึงคุณค่าตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดความเข้าใจกัน และร่วมมือร่วมใจในการทำงานอย่าง มีความสุข เกิดการพัฒนาทีมและงานได้



อย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น ซึ่งได้รับการประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าระหว่าง .86 ถึง 1.00 ทั้งนี้ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้ใช้การเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) ที่นำการเรียนรู้แบบออนไลน์และการเรียนในห้องเรียนเข้าด้วยกัน และปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการตามหลักสูตรและประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฯ

ประสิทธิผลของหลักสูตรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดของบาส (Bass)⁹ ได้องค์ประกอบของ สมรรถนะผู้นำ 5 ด้านนั้น ภายหลังจากอบรมสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรมเพิ่มขึ้น โดย ด้านการพัฒนาคน ด้านการพัฒนาคน และด้านการพัฒนางานอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Hai และคณะ¹⁵ ที่ประยุกต์ใช้รูปแบบผู้นำการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของบาส พบว่ามีส่วนช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของผู้นำและการพัฒนาหน่วยงาน และเพิ่มมิติการคิดเชิงผู้นำได้ชัดเจนมากขึ้น และการศึกษาของ Curtis¹⁶ ที่พบว่า รูปแบบการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพิ่มประสิทธิภาพของความเป็นผู้นำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลต่อกลยุทธ์และกลวิธีการจัดการความขัดแย้ง สรุปได้ว่า ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพสูงจึงต้องมีสมรรถนะและทักษะเชิงกลยุทธ์ที่จำเป็นที่จะสามารถกำหนดวิสัยทัศน์และทิศทางที่ชัดเจนสำหรับองค์กรได้ดีพอ ๆ กับทักษะทางคลินิก โดยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปลูกฝังวัฒนธรรมการดูแลที่มีคุณภาพสูง¹⁷⁻¹⁸ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีทางการแพทย์ การบำบัดด้วยยา และระบบข้อมูลสุขภาพ ซึ่งล้วนสร้างแรงกดดันด้านต้นทุนให้กับระบบสุขภาพและผู้นำด้านสุขภาพที่ต้องบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ผู้นำในระบบสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสามารถบูรณาการสมรรถนะและทักษะในด้าน ๆ ให้เหมาะสม เพื่อบริหารจัดการหน่วยบริการที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีการปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และในด้านการสื่อสาร และการบูรณาการ พัฒนา คน งาน และการสื่อสารอยู่ในระดับดี ซึ่งผู้นำต้องพัฒนาทักษะการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารที่จะประสบความสำเร็จทั้งผู้ส่งและผู้รับจะต้องเข้าใจข้อความ ซึ่งหมายความว่า การฟังอย่างตั้งใจมีความสำคัญพอ ๆ กับการพูดอย่างตั้งใจ รวมถึงภาษาที่ใช้ต้องชัดเจน¹⁹ ดังนั้นการปรับปรุงหลักสูตรครั้งต่อไปต้องเน้นกลวิธีการพัฒนาด้านสื่อสาร เพื่อเพิ่มทักษะของผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้มีสมรรถนะด้านสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิในด้านการสื่อสารน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นการจัดหลักสูตรครั้งต่อไป ควรเพิ่มการจัดกิจกรรมหรือกระบวนการที่เน้นการพัฒนาด้านการสื่อสารเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน และเกิดความร่วมมือและการประสานงานที่ดีระหว่างผู้นำและบุคลากรในทีมหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการพัฒนาหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิครั้งนี้มุ่งเน้นคุณค่าเป็นฐานที่มีการบูรณาการการพัฒนาคน คน งาน และการสื่อสาร เป็นหลัก ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรในอนาคตเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการระบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและความท้าทายที่เกิดขึ้น ควรเพิ่มสมรรถนะด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม การกระจายทรัพยากรอย่างเท่าเทียม และต้นทุนการดูแลสุขภาพ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินผลลัพธ์ของหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง



References

1. The Secretariat of the Cabinet. Royal Thai Government Gazette: Primary Care System Act B.E. 2562. [internet]. 2019. [cited 7 March 2020]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0165.PDF .(in Thai)
2. Bureau of Health Service Support, Ministry of Public Health. Standard quality manual Primary health services 2023[internet]. 2023 [cited 30 October 2024]. Available from: https://www.lbo.moph.go.th/newweb/loadsfiler/tp/คู่มือคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ_66.pdf.(in Thai)
3. Swanwick T, Varnam R. Leadership development and primary care. *BMJ Leader* 2019;3:59–61.
4. Spanos S, Leask E, Patel R, Datyner M, Loh E, Braithwaite J. Healthcare leaders navigating complexity: a scoping review of key trends in future roles and competencies. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):720. doi: 10.1186/s12909-024-05689-4.
5. Bureau of Primary Health Care System Support, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Guidelines for the establishment of primary care units and primary care networks Act B.E. 2562. 2019. (in Thai)
6. Parr JM, Teo S, Koziol-McLain J. A quest for quality care: exploration of a model of leadership relationships, work engagement, and patient outcomes. *J Adv Nurs.* 2021;77(1):207–20. doi.org/10.1111/jan.14583
7. Ree E, Wiig S. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nurs Open.* 2020;7(1):256–64. doi.org/10.1002/nop2.386
8. Charoenchai S, Ritruethai S, Chanphet J, Tewtong K, Sukolpuk M. The study of the implementation of the transformational leadership development project in the primary health care system. *Journal of Health Science Research.* 2019;13(2):93–102.(in Thai)
9. Bass BM, Riggio RE. *Transformational leadership* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006.
10. Charoenchai S, Ritruethai S. Transformative leadership development in primary health care system: value-based leadership philosophy. *Journal of Sakon Nakhon Hospital.* 2020;23(2):172–81. (in Thai)
11. Copeland KM. The emerging significance of values-based leadership: a literature review. *International Journal of Leadership Studies* 2014;8(2):105–35.
12. Schneiderhan J, Guetterman TC, Dobson ML. *Curriculum development: a how to primer.* Family medicine and community health. 2019;7(2):e000046. doi.org/10.1136/fmch-2018-000046
13. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *J Educ Eval Health Prof.* 2021;18:17. doi: 10.3352/jeehp.2021.18.17.
14. Kaemkate W. *Research methodology in behavioral sciences.* 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing; 2012.(in Thai)
15. Hai TN, Van TT, Thi HN. Relationship between transformational leadership style and leadership thinking of provincial administration leaders. *Emerg Sci J.* 2021;5(5):714–30. doi: 10.28991/esj-2021-01307



16. Curtis GJ. Follower-rated leadership styles, leader behaviours, and leaders' thinking styles: a test of the cognitive experiential leadership model. *Aust J Psychol.* 2020;72(4):318-27. doi:10.1111/ajpy.12291.
17. Rasa J. Developing effective health leaders: the critical elements for success. *J Hosp Manag Health Policy.* 2020;4:6. doi: 10.21037/jhmhp.2019.11.02
18. Rotenstein SL, Sadun R, Jena B. "Why doctors need leadership training", *Harvard Business Review* [internet]. 2018 [cited 30 October 2024]. Available from: <https://hbr.org/2018/10/why-doctors-need-leadership-training>
19. van Diggele C, Burgess A, Roberts C, Mellis C. Leadership in healthcare education. *BMC Med Educ.* 2020; 20(Suppl 2):456. doi.org/10.1186/s12909-020-02288-x



คำแนะนำผู้พิมพ์

ในการจัดทำนิตยสารฉบับนี้ คณะกรรมการวิชาการเพื่อการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข กองบรรณาธิการวารสารฯ ได้กำหนดคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ในการจัดเตรียมนิตยสารฉบับนี้ที่มีคุณภาพ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดข้อตกลงในภาพรวมของนิตยสารฉบับนี้ที่จะเผยแพร่ในวารสารฯ ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปแบบของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้พิมพ์จะต้องไม่ส่งผลงานวิชาการชิ้นเดียวกันนี้ หรือเป็นผลงานที่เนื้อหาส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

1.3 ผลงานวิชาการที่มีลักษณะเป็นงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง โดยต้องแนบหลักฐานการรับรองมาพร้อมนิตยสารฉบับนี้

1.4 วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์เผยแพร่ หากตรวจพบว่านิตยสารฉบับนี้เข้าข่ายละเมิดหรือคัดลอกผลงานวิชาการ (academic plagiarism) ทั้งนี้รวมถึงการใช้เนื้อหาที่สร้างขึ้นโดย generative AI และเทคโนโลยีที่ได้รับความช่วยเหลือจาก AI โดยไม่มีการอ้างอิงหรือระบุแหล่งที่มาอย่างเหมาะสม ผู้พิมพ์ต้องแจ้งให้วารสารทราบถึงการใช้อุปกรณ์ AI ในกระบวนการเขียนหรือวิจัย และต้องรับรองว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จาก AI อย่างละเอียดแล้ว

1.5 วารสารฯ มีระบบการประเมินคุณภาพรายงานวิจัยแบบ double-blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 3 คน

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (วารสารฯ จะประสานให้ผู้พิมพ์ชำระค่าธรรมเนียมก่อนที่จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ และเมื่อได้ชำระเงินแล้ว ทางวารสารฯ 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 ให้ใช้ (ขนาดฟอนต์ในตารางเป็น 14") ดังนี้

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

^aTab หมายถึง โดยใช้ปุ่ม Tab บนแป้นพิมพ์



3.3 การใช้เชิงอรรถของตาราง (Table Footnotes) ตำแหน่งของเชิงอรรถ: วางเชิงอรรถไว้ที่ด้านล่างของตาราง ในคอลัมน์ที่มีการอ้างอิง การใช้สัญลักษณ์: ใช้ตัวอักษรสำหรับเชิงอรรถของตาราง เช่น a, b, c

3.4 การจัดวางภาพและตาราง: สำหรับภาพและตาราง คำบรรยายภาพควรอยู่ใต้ภาพ ส่วน ตารางที่ 1... ควรอยู่เหนือตาราง ให้แทรกภาพและตารางหลังจากที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา ใช้คำย่อ “ภาพที่ 1” และ “ตารางที่ 1” แม้จะอยู่ในตำแหน่งเริ่มต้นประโยค

3.5 ในการเขียนบทความ ให้ใช้หน่วยวัดที่เป็นที่คุ้นเคยและใช้กันทั่วไปในวงการแพทย์และการพยาบาลเป็น หลักภาษาไทยในเนื้อหา เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ให้ระบุค่าหน่วยวัดที่ใช้เป็นหน่วย International System of Units หรือ CGS system เช่น ทารกแรกเกิดมีน้ำหนัก 3,500 กรัม

3.6 ในการใช้คำย่อหรืออักษรย่อ ให้เขียนคำเต็มพร้อมวงเล็บคำย่อเมื่อปรากฏครั้งแรกในเนื้อหา แม้จะเคย ให้คำจำกัดความในบทความแล้วก็ตาม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือคำย่อที่เป็นที่รู้จักดีใน วงการเฉพาะ หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อในชื่อเรื่องหรือหัวข้อหากไม่จำเป็น ใช้คำย่ออย่างสม่ำเสมอตลอดบทความ

3.7 สำหรับไฟล์รูปภาพ ให้ใช้นามสกุล .tif, .jpg, หรือ .png หลีกเลี่ยงการใช้รูปภาพที่มีขนาดไฟล์ใหญ่เกินไป โดยไม่จำเป็น และตรวจสอบให้แน่ใจว่ารูปภาพทั้งหมดมีความคมชัดเพียงพอเมื่อขยายหรือย่อขนาด

3.8 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้า ให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นผลงานวิจัย กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ต้องมีความชัดเจน กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึง ประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้ อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ข้อมูลผู้นิพนธ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมใน บรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษา อังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัด ไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแสดงเฉพาะชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลล์ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อ บทคัดย่อภาษาไทย ให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความ ยาวไม่เกิน 300 คำ โดยประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วนย่อย ได้แก่ 1) ส่วนนำ เป็นการกล่าวถึงความสำคัญของการทำวิจัย สั้น ๆ ไม่เกิน 2 บรรทัด 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) วิธีการวิจัย ซึ่งระบุรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ผลการวิจัย และ 5) สรุปผลและข้อเสนอแนะ ในการ เขียนบทคัดย่อ ไม่ต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหา (สำหรับบทความวิชาการให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน โดย บทคัดย่อบทความวิชาการจะประกอบด้วยความเป็นมา วัตถุประสงค์ของบทความ เนื้อหาของบทความและข้อเสนอ เน้นในการประยุกต์ใช้) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทย จากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

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



4.4 **ความเป็นมาและความสำคัญ** เป็นการนำเสนอเหตุผล ความจำเป็น และบริบท ที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือผลงานวิจัย โดยมีเนื้อหาที่กระชับ ตรงประเด็น และมีการเรียงร้อยข้อความอย่างเชื่อมโยง ต่อเนื่องกันในแต่ละย่อหน้า และมีการสรุปความสำคัญหรือความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาในย่อหน้าสุดท้ายของหัวข้อนี้ ที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สำหรับการเขียนเนื้อหาภาษาไทย ให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถาน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่สากล นอกจากนี้เป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

ในการอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในบทความ ขอให้ผู้นิพนธ์ใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้นิพนธ์และปีพิมพ์ ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.5 **กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)** เป็นการเขียนอธิบายแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้เป็นฐานของการศึกษาวิจัย อาจจะเป็นพื้นฐานของตัวแปร พื้นฐานของการสร้างเครื่องมือ/นวัตกรรม หรือกรอบแนวคิดพื้นฐานของการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้นิพนธ์อาจอธิบายกรอบแนวคิดแบบพรรณนา หรือแบบการพรรณนาประกอบแผนภูมิ ก็ได้

4.6 **วิธีดำเนินการวิจัย** เป็นการอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ซึ่งประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย (สำหรับการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ)

4.7 **ผลการวิจัย** เป็นส่วนของการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็นๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนในแต่ละประเด็น ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลแบบพรรณนาก่อนและตามด้วยตารางแสดงผลการวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยไม่ต้องแสดงเส้นแนวตั้งในตาราง (ตั้งตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อความที่สั้น กระชับ มีความยาวไม่เกินหนึ่งบรรทัด และวางไว้ด้านบนของตาราง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

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



สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ขีดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 r=.75 p<.01 สำหรับการรายงานค่า odds ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% ให้เขียนในรูปแบบ OR=2.45 (95% CI: 1.32-4.56) โดยระบุค่า odds ratio ตามด้วยค่าขอบล่างและขอบบนของช่วงความเชื่อมั่นในวงเล็บ เป็นต้น

4.8 อภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย โดยไม่นำเสนอผลการวิจัยซ้ำอีก การอภิปรายผลการวิจัยแต่ละเรื่องเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยครั้งนั้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น สามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของงานวิจัยอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ ในการอภิปรายผลการวิจัย ต้องมีการสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสมเหตุสมผล และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสมกับบริบท และถูกต้องตามหลักการ

4.9 ข้อเสนอแนะ เป็นการเขียนข้อเสนอแนะที่สืบเนื่องมาจากการค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป โดยอาจเป็นข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ หรือเพื่อการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต

4.10 การอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงระบบตัวเลขหรือแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ (ขอให้ผู้ตีพิมพ์พิจารณาเลือกอ้างอิงเท่าที่จำเป็นและตรงประเด็นจริง ๆ) การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำ “ตัวเลขอารบิกแบบตัวยก” แสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายประโยคหรือท้ายชื่อผู้แต่ง และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดลบ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารขึ้นแรกถึงขั้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง ต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ เช่น

อรัญญา นามวงศ์, กฤตพัทธ์ ฝักฝน, เฉลิมพล กำใจ, สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33(3):68-81.

กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว, มนสิรี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี, ชะเอม มหาภักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตของประชาชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33(2):85-96.

ให้เขียนเป็น

Namwong A, Fukfon K, Kajai C, Lertwacharasakul S. Access to essential health care services among older people in the community. Nursing Journal of Ministry of Public Health 2023;33(3);68-81. (in Thai)

Mokekhaow K, Jumpated M, Surangsri S, Mahagun C. The effect of a mental health literacy promotion program on mental health self-care ability of people. Nursing Journal of Ministry of Public Health 2023;33(2); 85-96.(in Thai)



สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้นิพนธ์เป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้นิพนธ์ เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียน Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้นิพนธ์มีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “ et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งชื่อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2011;12(3):11-22.(in Thai)
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Science* 2011;13:323-7.
สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น
3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2004;164(14):1514-8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ไม่ควรอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้นิพนธ์หนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้นิพนธ์วารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

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

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

6. Mawat W. *Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease*, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2012.(in Thai)



การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสารโดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” ทั้งนี้ทางวารสารขอความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ให้ใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือหรือเว็บไซต์วารสารหรือฐานข้อมูลเท่านั้น อย่างไรก็ตามขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล 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 ขอให้ผู้นิพนธ์ศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคูสิพร ชัยขวงค์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ <http://lib.med.psu.ac.th/libmed2557/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-19-09-00-33/vancouver-style>

5. การส่งต้นฉบับบทความ ให้ผู้นิพนธ์ส่งบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้นิพนธ์จะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้นิพนธ์เข้าหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJo ได้เตรียมไว้ที่เมนู “For Author” ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้นิพนธ์ทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้นิพนธ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านอีเมลของระบบ ThaiJo (โดยใช้ระเบียน submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ที่ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพ

6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้อาจใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจาก



กองบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วบทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นมา วารสารฯ มีการเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ

การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.มัทธนา เหมชะญาติ โทรศัพท์/โทรสาร Email: monthana@pnc.ac.th
2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.เชษฐา แก้วพรม Email: chettha@bcnph.ac.th
3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
นางสาวไบศรี นวลอินทร์ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834 Email: n.tnaph@gmail.com



บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 3 ปีที่ 34 กันยายน – ธันวาคม 2567 นี้เป็นการตีพิมพ์เผยแพร่รายงานวิจัยที่ได้รับการกลั่นกรองตามระบบของวารสารฯ จำนวนทั้งสิ้น 14 เรื่อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสาระที่มีความหลากหลายทั้งทางการพยาบาล และการสาธารณสุข โดยบทความแต่ละเรื่องนั้น ได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อการสนับสนุนให้มีการเผยแพร่บทความวิจัยที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนางานด้านการพยาบาล และการบริการสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ในนามกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนทุกท่าน ที่ได้นำเสนอบทความที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการด้านสุขภาพ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขอีกในฉบับต่อไป นอกจากนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการพิจารณาบทความพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น สำหรับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการในปีหน้า วารสารฯ อาจมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับไปบ้างเพื่อความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป แต่อย่างไรก็ดีบรรณาธิการและคณะทีมงานจะยังคงมุ่งมั่นในการรักษาและส่งเสริมมาตรฐานการเผยแพร่ผลงานวิชาการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่ได้รับความสนใจจากผู้สนับสนุนและผู้สืบค้น ซึ่งจะส่งผลให้การอ้างอิงและการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้มีเป็นไปอย่างกว้างขวางมากขึ้น อันจะเป็นการช่วยส่งเสริมวงจรกิจกรรมของวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น และเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อวงวิชาการด้านการพยาบาลและการสาธารณสุขสืบไป

ดร. มณฑนา เหมชะญาติ

บรรณาธิการ