

วารสารวิชาการและการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

VOL.4 NO.2

(JULY-DECEMBER 2024)

ISSN: 2985-1203 ONLINE
ISSN: 2730-3993 PRINT



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงประโยชน์ทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ เป็นเอกสารทางวิชาการที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงปฏิบัติได้
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัยค้นคว้า ทางด้านวิชาการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถ ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic, educational, nursing, public health and related sciences that show theoretical benefits. and benefits in practice
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document That provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร: ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม - มิถุนายน กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479 – 82 โทรสาร 032-330483
Website: www.ckr.ac.th

Publish: each 6 months (2 per year)

January – June, July – December

Office: Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj
99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district, Banpong district,
Ratchaburi Province 70110 Tel. 032-330479-82,
Fax. 032-330483, Website: www.ckr.ac.th

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ISSN: 2730-3993 Print; 2985-1203 Online) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการพิมพ์ อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ๆ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.ประกริต รัชวัตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (เกษียณอายุราชการ)

บรรณาธิการหลัก

ผศ.ดร.พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (เกษียณอายุราชการ)

ผศ.พลอยประกาย ฉลาดล้ำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นันทิยา วัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.พีระนันท์ จิระยิ่งมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว จันทนะโสตถิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
(เกษียณอายุราชการ)

ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผศ. ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม

คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ดร.ศิริกุล การุณเจริญพานิชย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.วัลลภณี นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ฝ่ายจัดการวารสาร

ผศ.รุจา แก้วเมืองฝาง

นางสาวปทุมยง เมธาบรรณินท์

นางสาวพรประภา สุขผล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

โรงพิมพ์ส.พันธ์เพ็ญ

552/1 ถนนธนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ สุรินทร์ 32000

The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj

Vol. 4 No. 2 July-December 2024

CONSULTANTS

Komwat Rungruang, Ed.D. RN (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Pragrit Rachawat, Ed.D. RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj (retire)

CHIEF EDITOR

Phimlada Anansirikasem, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj (retire)

Ployprakay Chalardlon M.N.S., RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu Ph.D,RN. (Assoc.Prof.)

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Peeranan Jirayingmongkhol, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, North Bangkok University

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhonpathom Rajabhat University (retire)

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal
Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing and Allied Health Science Phetchaburi Rajabhat
University

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

Sirikul Karuncharernpanit PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Management Team

Ruja Kaeomaungfang M.N.S., RN. (Asst. Prof.)

Pornprapa Sukpol B.A. (Marketing)

Punyanuch Metabavonnun B.A. (English)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

S. Phanphen Printing House:

552/1 Thanasam Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Surin District, Surin 32000

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีปีใหม่ค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช ปีนี้วารสารได้ดำเนินการเข้าสู่ปีที่ 5 แล้วนะคะ ยังคงรับบทความจากทุกสถาบันอย่างต่อเนื่อง สำหรับวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง และกรณีศึกษา จำนวน 1 เรื่อง ทั้งด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยได้รับการพิจารณาล้นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลาย จำนวน 3 ท่านต่อบทความ (double blind)

โดยในปีพ.ศ. 2568 นี้ วารสารเข้ารับการประเมินคุณภาพจากศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) ทั้งนี้เพื่อคุณภาพของวารสารผ่านระบบ ThaiJo จึงมีความมุ่งมั่น พัฒนาคุณภาพวารสาร ให้มีคุณภาพ ทางด้านองค์ความรู้ใหม่ เพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลให้กับผู้อ่าน เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้กับบุคลากรสายสุขภาพต่อไป



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

สารบัญ

บทความวิจัย

- E001102 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
Relationships among personal factors, health literacy, and self-care behaviors for prevention of chronic kidney disease in elderly hypertension patients
สุนิสา ตุ๊กชูแสง
- E001345 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
Health literacy and roles of village health volunteers In chronic diseases prevention, Huahin District, Prachuap Khiri Khan Province
สายชล ศรีพนมวรรณ
- E001534 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี
Factors predicting preventive behaviors towards dengue fever of the people in Nongrai District Health Promotion Hospital, Paktoa District, Ratchaburi Province
กาญจนา ชวดคำ
- E001625 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
Factors associated with preterm birth among pregnant women at Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi
ธิดา ธิตินิวิฏ
- E001717 คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง
Quality of work life among professional nurse in Banpong Hospital
ประภารัตน์ เลิศวิไลย์
- E001920 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ่อพลอย
Effects of self-efficacy enhancement program on knowledge and nursing behaviors among nurse of patient with sepsis, Bophoil Hospital
สุรวิ ดอกกยอ

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

- E002369 ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
Effects of group process on elderly caregivers' behavior for hypertensive patients Kwaecom Subdistrict, Amphawa District, Samut Songkhram Province
รักชนก เข็มหนู
- E002372 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่
The effectiveness of self-management program in type 2 diabetic mellitus with high blood sugar level in Bandonyai Subdistrict Health Promoting Hospital
ภัทราวดี ใหม่ขุน
- E002392 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม ต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
Effects of colostrum promoting program on milk flow among postpartum mothers with infants admitted to the neonatal ward, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi
ลัดดา ผูกน้อย
- E002459 ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้การพยาบาลทางไกล ต่อการจัดการอาการรบกวน ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
The effects of a tele-nursing self-management support program on symptom-induced suffering in caregivers of home-based palliative cancer patients
อนัญญา ผลจันทร์, ชนิตา ธนภัทรชัยกร

กรณีศึกษา

- E001421 รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด
A case study: nursing care endophthalmitis after cataract surgery
วศินี อีวรรณลักษณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

Relationships among personal factors, health literacy,
and self-care behaviors for prevention of chronic kidney disease
in elderly hypertension patients

สุนิสา ตุกชูแสง*

Sunisa Tukchusang*

โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

*Banlad Hospital, Phetchaburi Province

Corresponding author: Sunisa Tukchusang; Email: annsunisa2510@hotmail.com

Received: May 1, 2024; Revised: September 9, 2024; Accepted: September 9, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 138 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สเปียร์แมน เท่ากับ .90, .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 7.35, SD = 0.61) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 15.81, SD = 0.68) นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r = .172, .342$ และ $.233$) ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r = .134, .235$ และ $.087$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to explore the relationships between personal factors, health literacy, and self-care behaviors for prevention of chronic kidney disease in elderly hypertension patients. A sample of 138. The research tools included: 1) a personal information questionnaire 2) The health literacy scale 3) The self-care behavior assessment form for prevention of chronic kidney disease in elderly hypertension patients and 4) chronic kidney disease prevention behaviors, which were checked for content validity by 3 experts and obtained an index of consistency (IOC) between .67 -1.00. The Cronbach's alpha coefficient of the instruments revealed acceptable reliability scores of .90 - .92. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that the sample had a low average of health literacy score (\bar{X} = 7.35, SD = 0.61) and low self-care behaviors for prevention chronic kidney disease progression (\bar{X} = 15.81, SD = 0.61). In addition, personal factors such as gender, education level and occupation had a low positive relationship with self-care behavior to delay kidney failure with a statistical significance of $p < .05$ ($r = .172, .342, \text{ and } .233$). Health literacy factors such as knowledge and understanding, access to information, and decision-making had a low positive relationship with self-care behavior to delay kidney failure with a statistical significance of $p < .05$ ($r = .134, .235, \text{ and } .087$).

Keywords: health literacy, self-care behavior for prevention, chronic kidney disease in elderly hypertension patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก¹ ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องด้วยสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับความเสื่อมตามวัยทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุทั่วโลก ในปัจจุบันพบว่ามี ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน² เช่นเดียวกับประเทศไทยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มปกติ ในปีพ.ศ. 2565 ในจังหวัดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,599 คน³ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมักไม่ปรากฏอาการ แต่หากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากสถิติพบว่า ร้อยละ 24.50-39.90 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 4.30-7.80 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 23.80-30.80 ได้รับการรักษา การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์อย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50.95 และทางไต ร้อยละ 40.36 โดยเฉพาะปัญหาโรคไตเรื้อรังที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานกรมควบคุมและป้องกันโรครายงานว่า ประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเป็นอันดับ 3 ของอัตราการเจ็บป่วยทั้งหมดของประเทศ³ เช่นเดียวกับข้อมูลจากสมาคมโรคไตพบว่าผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มเกินกว่าที่คาดการณ์ไว้ทุกปีมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2565 มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น จาก 532.81 เป็น 806.01 รายต่อแสนประชากร⁴ จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาหรือมีการจัดการควบคุมที่ไม่ดี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรงได้ซึ่งก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁵ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจน กับการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลรักษาพยาบาล³

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)⁵ เนื่องจากผู้ที่เป็โรคเรื้อรังที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพมากจะมีส่วนร่วมในแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการดูแลตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี⁶ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคล ที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะซึ่งแต่ละสังคมกำหนดว่าบุคคลจำเป็นต้องเข้าถึง สร้างความเข้าใจ รู้จักใช้คำถามที่ดีช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้สามารถตัดสินใจ และนำข้อมูลแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และสุขภาพของคนในสังคม⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ สอดคล้องกับบางการศึกษาพบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งให้เห็นว่าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการเสริมสร้างให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงย่อมอาจส่งผลทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี⁷ การศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ จากองค์ความรู้ที่ปรากฏนี้อาจไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไตวาย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวาย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษา ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงบริบทความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงค่าความสัมพันธ์ที่พบในแต่ละการศึกษาอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพอันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีและชะลอการดำเนินโรคไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรัง

จังหวัดเพชรบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562-2564 ในอัตรา 1,688.16, 1,516.40 และ 1,341.70 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยในปีพ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเป็นจังหวัดที่อยู่ใน 3 ลำดับแรก ของเขตสุขภาพที่ 5 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยได้ดี รองจากจังหวัดกาญจนบุรี (ร้อยละ 50.98) จังหวัดราชบุรี (ร้อยละ 45.54) และจังหวัดเพชรบุรี (ร้อยละ 44.91)⁸ และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,621 คน โดยเฉพาะในอำเภอบ้านลาด มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 3 ของจังหวัด โดยมีผู้สูงอายุ จำนวน 15,599 คน และผู้สูงอายุเหล่านี้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5,392 คน คิดเป็นร้อยละ 49.23 และจากการสำรวจในเขตตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 51.31 ถือว่าเป็นจำนวนที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับตำบลอื่น⁹ และพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะไตเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 58.39 ซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยในฐานะที่ทำงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี มีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

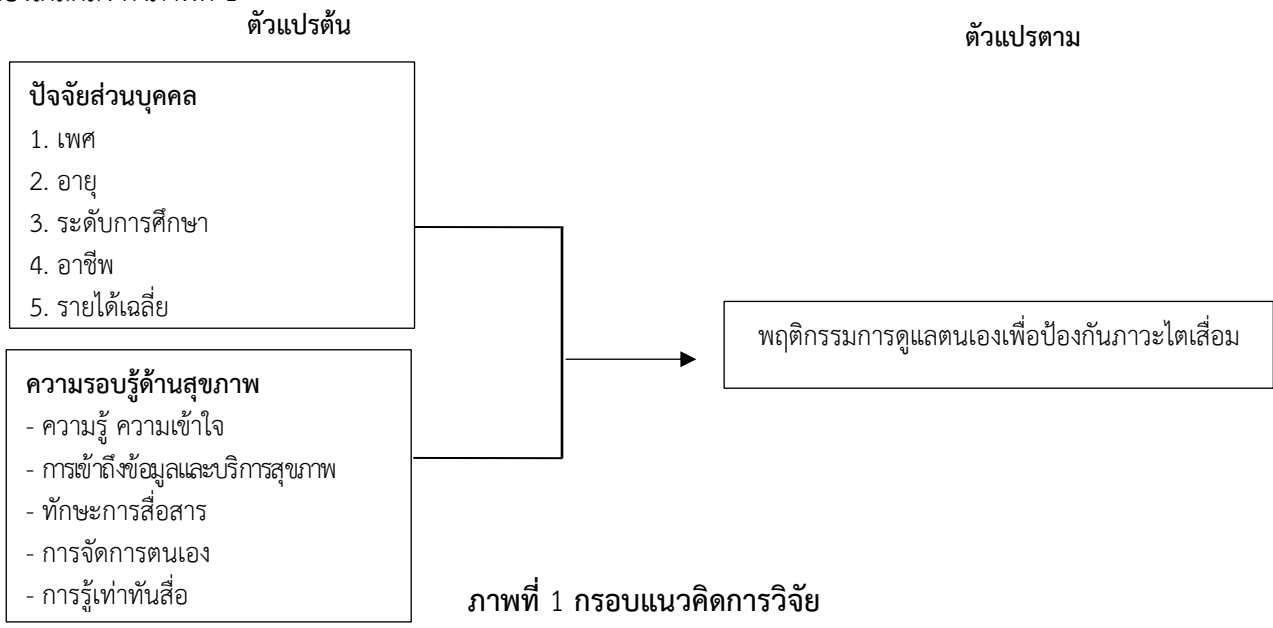
ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 138 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ศึกษาวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2566 ตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทปีม⁶ โดยมีคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคให้ได้ผลดีนั้นต้องอาศัยความรับผิดชอบในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดำเนินโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติตนหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ หากผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี จะมีส่วนร่วมในแผนการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงมีการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้ามหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยจะเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้อัตราครองของไตลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (cross-section study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 352 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในพื้นที่ตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตร ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 138 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power เวอร์ชัน 3.1.9¹⁰ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .95 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 ราย นำกลุ่มประชากรทั้งหมดมาจับสลากแบบไม่คืนที่ (sampling without replacement) จากรายชื่อผู้ป่วยตามทะเบียนผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 8 หมู่บ้าน นำรายชื่อที่สุ่มได้มาจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปใช้ในการจัดเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ ประวัติการใช้ยา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงเนื้อหา จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม¹² ซึ่งประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อละ 5 คะแนน ดังนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การให้คะแนน ระดับต่ำ 0 - 5 คะแนน ระดับปานกลาง 6 - 7 คะแนนระดับสูง 8 - 10 คะแนน

2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1-5 เกณฑ์ระดับต่ำคะแนน น้อยกว่า 6 คะแนน ระดับปานกลาง 6 - 7 คะแนน ระดับสูง 8-10 คะแนน

3) การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1-5 เกณฑ์การให้คะแนนระดับต่ำ น้อยกว่า 9 คะแนน ระดับปานกลาง 9 -11 คะแนน ระดับสูง 12 - 15 คะแนน

4) การจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 25 คะแนน ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนระดับต่ำ น้อยกว่า 15 คะแนนระดับปานกลาง 15-19 คะแนน ระดับสูง 20-25 คะแนน

5) การรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนระดับต่ำ น้อยกว่า 6 คะแนน ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน ระดับสูง 8-10 คะแนน

6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ระดับต่ำ น้อยกว่า 12 คะแนน ระดับปานกลาง 12 - 15 คะแนน ระดับสูง 16 - 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 31 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ การใช้ยาและการควบคุมโรคร่วม จำนวน 9 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ และการหลีกเลี่ยงสารพิษที่มีผลต่อไต จำนวน 4 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ปฏิบัติ (1) จนถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (4) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ระดับสูง (94-124 คะแนน) ระดับปานกลาง (63 - 93 คะแนน) ระดับต่ำ (<62 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน นายแพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคไต จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .67 - 1.00 สร้างเป็นแบบสอบถามทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอท่ายาง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามทั้งฉบับโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ .90 และพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ คจม.พบ.032/2566 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2566 และผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลเพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมโดยไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ให้ข้อมูลได้ รวมทั้งทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย ประชุมชี้แจงผู้ประสานงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบ

แบบสอบถาม 15-20 นาที ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบและรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุมีการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov พบว่าเป็นโค้งปกติ ($p = .089$) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยผู้วิจัยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้¹²

ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.00	ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.00 – 0.30	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.31 – 0.70	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.71 – 1.00	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.39 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ย 66.66 ปี (SD = 4.30) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.24 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.11 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.69 รายได้เฉลี่ย 10,000-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 48.55 และทุกคนมีผลการตรวจการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (n = 138)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	93	67.39
ชาย	45	32.61
อายุ (ปี)		
60-70	115	83.33
71- 80	23	16.67
\bar{x} = 66.66, SD = 4.30, Min = 60 Max = 79		
สถานภาพสมรส		
คู่	79	57.24
โสด	34	24.64
หม้าย/หย่าร้าง	25	18.12
ประวัติการเข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง		
มี	138	100

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	29	20.01
ประถมศึกษา	65	47.11
มัธยมศึกษา	38	27.53
ปริญญาตรีและสูงกว่า	6	4.35
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	52	37.69
รับจ้าง	48	34.78
ค้าขาย	34	24.64
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	4	2.89
รายได้เฉลี่ย (บาท)		
≤10,000	48	34.78
10,000-30,000	67	48.55
≥30,000	23	16.17
ผลการตรวจค่า eGFR		
ปกติ	138	100

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.35$, SD = 0.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 5.01$, SD = 0.54) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.65$, SD = 0.56) ด้านการสื่อสารสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.55$, SD = 0.59) ด้านการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 13.18$, SD = 0.57) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.36$, SD = 0.79) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 11.63$, SD = 0.68) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้สุขภาพตาม 3อ.2ส. (n = 138)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	\bar{X}	SD
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	73.91	21.01	5.08	5.01	0.54
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	42.03	57.97	0.00	5.65	0.56
3. การสื่อสารสุขภาพ	62.21	27.54	7.25	7.55	0.59
4. การจัดการตนเอง	82.61	17.39	0.00	13.18	0.57
5. การรู้เท่าทันสื่อ	42.75	57.25	0.00	5.36	0.79
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	55.80	36.95	7.25	11.63	0.68
ภาพรวม	60.39	36.35	3.26	7.35	0.61

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 15.81, SD = 0.68) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 24.16, SD = 0.56) ด้านการใช้ยา และการควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 25.68, SD = 0.78) ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 6.97, SD = 0.50) ด้านการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 12.60, SD = 0.96) ด้านการหลีกเลี่ยงสารพิษที่มีผลต่อไต มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 9.65, SD = 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (n = 138)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	\bar{X}	SD
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
1. การรับประทานอาหาร	59.42	40.58	0.00	24.16	0.56
2. การใช้ยาและควบคุมโรคร่วม	28.26	65.94	5.79	25.68	0.78
3. การออกกำลังกาย	82.60	11.59	0.00	6.97	0.50
4. การจัดการความเครียด	100	0.00	0.00	12.60	0.96
5. การหลีกเลี่ยงสารพิษที่มีผลต่อไต	100	0.00	0.00	9.65	0.60
ภาพรวม	75.82	21.81	2.37	15.81	0.68

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (n = 138)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
	พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม	
เพศ	.172	.001*
อายุ	.015	.361
สถานภาพสมรส	.047	.025.
ระดับการศึกษา	.342	.002*
อาชีพ	.233	.001*
รายได้เฉลี่ย	.248	.235
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	.185	.165

* $p < .05$

5. ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม

พบว่าทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($r = .134, .235$ และ $.087, p = .016, .015$ และ $.018$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม (n = 138)

ปัจจัยด้านความรอบรู้สุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
	พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.134	.016*
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.235	.015*
3. การสื่อสารสุขภาพ	.064	.450
4. การจัดการตนเอง	.213	.312
5. การรู้เท่าทันสื่อ	.050	.650
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	.087	.018*
ภาพรวม	.082	.170

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของการศึกษาพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.35$, SD = 0.61)

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีเพียงพอ แต่อาจยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง โดยเมื่อแยกตามรายองค์ประกอบ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะ ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องมีเพื่อการเข้าถึงสร้างความเข้าใจ รู้จักใช้คำถาม ทำให้สามารถตัดสินใจและนำข้อมูลแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสม¹³ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึง ร้อยละ 67.12 ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะชุมชนชนบท¹⁴

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับดีเป็นผู้ที่มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากประชาชนได้ติดตามและรับข้อมูลสารจากสื่อต่าง ๆ¹⁵

2. ผลของการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 15.81$, SD = 0.68) ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมเพียงพอ แต่อาจยังมีความเข้าใจหรือการปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง เมื่อแยกรายองค์ประกอบ พบว่าด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการหลีกเลี่ยงสารพิษที่มีผลต่อไต มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ด้านการใช้ยาและการควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุยังมีการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา และความสามารถในการรับรู้การมองเห็นอาจลดลงตามความเสื่อมของร่างกาย จึงส่งผลให้การดูแลตนเองด้านการควบคุมโรคอยู่ในระดับต่ำ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-2 มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน¹¹ ผลการศึกษาอื่น ๆ ในต่างประเทศ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ด้านการรับประทุษยา ด้านการป้องกันโรคแทรกซ้อน อยู่ในระดับปานกลาง⁹ ผู้สูงอายุมีขีดความสามารถการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ และการ

สื่อสารในระดับปานกลาง ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้ แต่ยังไม่สามารถจะนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้อง แม่นยำได้นั้น อาจเนื่องมาจากช่องทางการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพยังไม่เพียงพอ และไม่เอื้อต่อการเข้าถึงของผู้ป่วย¹⁶ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. ถูกต้องเป็นส่วนมาก เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม พบว่าเพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม ซึ่งพบว่า ประชากรที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้หญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมแนวโน้มดีกว่าผู้ชาย อาจเนื่องจากผู้ชายรู้สึกว่ายังไม่เป็นอะไร และในปัจจุบันมียารักษาเป็นจำนวนมาก ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม เนื่องจากการได้รับการศึกษาเป็นช่องทางให้ประชาชนมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคไตโดยในปัจจุบันทางโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีมีช่องทางให้ประชาชน ได้รับข่าวสารในการป้องกัน เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การแจกเอกสาร แผ่นพับ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นหากความสามารถในการอ่านฟังมีไม่เพียงพอ เมื่อได้รับหนังสือ เอกสาร คู่มือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชะลอไตเสื่อม จึงไม่สามารถแปล และถ่ายทอดข้อมูลความรู้ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคได้ และจากการที่ประชาชนมีรายได้ จะมีอำนาจซื้อสินค้าและบริการเพื่อมาบำรุงหรือป้องกันดูแลสุขภาพตนเองได้ และยังไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงข้อมูล และรับสิ่งที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าประชาชนที่ไม่มีรายได้¹⁷

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม แนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี¹³ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

4. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะไตเสื่อม พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคไม่ติดต่อ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสื่อโทรทัศน์ ทำให้เกิดการพิจารณาไตร่ตรองประมวลผลข้อมูลข่าวสารเหล่านั้น จนเกิดการตกตะกอนกลายเป็นความรู้ ความเข้าใจ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹⁸ กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติความรู้ความเข้าใจ (cognitive) เป็นทักษะของบุคคลในการจำจด ทำความเข้าใจในข้อมูลที่ได้จากการฟัง พูด อ่านหรือเขียน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยเพศ ปัจจัยความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคประจำตัว ทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพตามช่องทางอินเทอร์เน็ตสมาร์ตโฟน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีถูกต้อง ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ และ

กระบวนการตัดสินใจที่ดี ก็สามารถเลือกที่จะปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะไตวายได้อย่างดี และมีประสิทธิภาพ¹¹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและทีมสุขภาพ ควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยพัฒนารูปแบบ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว การเข้ากลุ่มสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลตามความเหมาะสม โดยเน้นในเรื่องการควบคุมอาหาร และการจำกัดการดื่มน้ำ ตามระยะของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในรายด้านดังกล่าว น้อยที่สุด

2. ทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้โดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและเหมาะสมกับสถานการณ์ มีการสื่อสารข้อมูลความรู้ผ่านช่องทางหรือสื่อต่าง ๆ ที่หลากหลาย และครอบคลุม

3. ควรเริ่มให้ความรู้และพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง ก่อนผู้ป่วย เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

4. ควรจัดกิจกรรม หรือโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงญาติ ที่ดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการเสริมทักษะการวิเคราะห์ข่าวสารที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้องและสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่น เพื่อเป็นข้อมูลนำมาจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

2. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional design) ซึ่งเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว จึงควรวิจัยเพิ่มเติมแบบระยะยาว เพื่อทราบถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis [online]. 2013 [cited 2019 Oct 17]. Available from: <https://bitly.cx/uwib3>
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรिकิ่ง; 2562.
3. คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2560.
4. ประเสริฐ ชนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558;40(5):5-18.
5. กรรณิการ์ การีสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร 2562;25(3):280-295.

6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health [online]. 2000 [cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=607>
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
8. งานยุทธศาสตร์และแผนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. รายงานอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2563 -2564. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพชรบุรี [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://pbio.moph.go.th/oldweb/public/data_30062563.pdf
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: www.tro.moph.go.th/provis/main/index.php
10. ธวัชชัย วรพงศธร, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561;41(2):11-21.
11. เกตุฉรินทร์ บุญคล้าย, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, นพวรรณ พิณิจจรเดช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ 2563;15(1):225-239.
12. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ชุ่มตระกูล, ศศิธร รุจิรวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทยนาวิ 2560;4(45):509-526.
13. อติญาณ ศรีเกษตริณ, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองด้วง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;34(3):253-264.
14. มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562;10(1):35-50.
15. เพ็ญพร ทวีบุตร, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื้อ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(1):129-145.
16. นพดล คำภีโล. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566]; 1-110. เข้าถึงได้จาก: <https://bitly.cx/wYpBW>
17. พิมพิใจ ทายะติ, ชไมพร ดิสถาพร, ฤทธิชัย อ่อนมิ่ง. รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยเพื่อการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Veridian E-Journal Silpakorn University 2560;10(3):1456-1471.
18. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2562.

ความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
Health literacy and roles of village health volunteers
in chronic diseases prevention,
Huahin District, Prachuap Khiri Khan Province

สายชล ศรีพนมวรรณ*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลับ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Saichon Sripanomwan*

*Nong Phlap Sub-district Health Promoting Hospital, Prachuapkhirikhan province

Corresponding author: Saichon Sripanomwan; Email: kuipp.net@gmail.com

Received: June 23, 2024; Revised: October 19, 2024; Accepted: October 19, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานและขึ้นทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยใช้สัดส่วนจำแนกตามตำบล เครื่องมือในการวิจัย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ 3) บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ที่ไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 3.96, SD = 0.53$) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ($\bar{X} = 0.82, SD = 0.17$) และด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 3.83, SD = 0.60$) คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ($\bar{X} = 3.63, SD = 0.52$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X} = 3.38, SD = 0.69$) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 3.54, SD = 0.53$) และบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.54, SD = 0.53$) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .564, p < .05$)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ป้องกันโรคเรื้อรัง

Abstract

This cross-sectional research aimed to study the level of analyzing association between health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention and relating to analyzing association between health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention, four hundred and one village health volunteers in Huahin district, Prachuapkhirikhan province stratified random sampling. Research instruments: 1) Personal data 2) Health knowledge data 3) The role of village health volunteers in preventing chronic diseases, by 3 experts. The data was descriptive statistics and Chi-square test.

The results show that village health volunteers had mean scores that were at a high level in accessing health information and health service (\bar{X} = 3.96, SD = 0.53), cognitive health regarding the chronic disease prevention (\bar{X} = 0.82, SD = 0.17) and decision skill in chronic disease prevention (\bar{X} = 3.83, SD = 0.60). The results show that village health volunteer had mean scores was at moderate level in communication skills to enhance the chronic disease prevention (\bar{X} = 3.63, SD = 0.52), media literacy for chronic disease prevention (\bar{X} = 3.38, SD = 0.69), self-management for health condition for chronic disease prevention (\bar{X} = 3.54, SD = 0.53), village health volunteer was at high level in chronic disease prevention (\bar{X} = 3.54, SD = 0.53) and the results show significant associations between health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention scores (r = .564, p < .05).

Keywords: health literacy, role of village health volunteers, chronic disease prevention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศที่องค์การอนามัยโลก และประเทศเครือข่ายให้การยอมรับและยกย่องว่า มีประสบการณ์การริเริ่มและส่งเสริมพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในลักษณะของประชาชนบริการประชาชนที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน (รูปแบบอาสาสมัคร) เป็นระยะเวลายาวนาน และนำมาสู่การคิดค้น พัฒนารูปแบบที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพประชาชน และชุมชน ให้สามารถบริหารจัดการสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชนได้ด้วยตนเอง เป็นที่มาของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีแนวคิด และกลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการจัดระบบสาธารณสุข จุดมุ่งหมายในการพัฒนางานด้านสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้คนไทยทุกคนได้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ครอบคลุมประชาชนทุกคน ให้มีสิทธิ โอกาสและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาตนเอง โดยปราศจากโรคและความพิการ การได้รับประโยชน์จากการจัดสรรทรัพยากร เพื่อการพัฒนาสุขภาพอย่างเป็นธรรม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมเศรษฐกิจและสังคมอย่างเต็มที่¹

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก และได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน สำหรับประเทศไทยการใช้ คำเรียก Health Literacy ยังไม่มีการบัญญัติคำนี้อย่างเป็นทางการ แต่หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แปลความหมายและกำหนดคำเรียกไว้ โดยในปีพ.ศ. 2560 คณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดคำเรียกว่า ความรู้ด้านสุขภาพ² การพัฒนาและส่งเสริม ให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ทำให้ประชาชนสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ คาดการณ์ ความเสี่ยง และกำหนดเป้าประสงค์การดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะเรื่องการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหา ระดับโลก ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก หากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผล

2(13)

ต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม ซึ่งกล่าวได้ว่า ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นด้วย³ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทรัพยากรบุคคลและเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะบทบาทการเป็นผู้นำในการมีส่วนร่วมพัฒนาและช่วยแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยได้รับการพัฒนา ส่งเสริมและสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐให้สามารถวิเคราะห์และสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ ภายในชุมชนของตนเองได้⁴ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบในกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ⁵

จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีพ.ศ. 2566 -2567 เท่ากับ 1,164.67 และ 1,254.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2566 -2567 เท่ากับ 2,874.34 และ 3,087.07 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับต้น ๆ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่สำคัญลำดับที่ 1 ของพื้นที่อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งที่ผ่านมาหน่วยงานด้านสาธารณสุขของอำเภอหัวหิน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรหลักในการให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพของคนในชุมชน และยังเป็นบุคคลสำคัญในการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีสามารถป้องกันตนเองจากโรคเรื้อรัง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน ตลอดจนสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน ได้ปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เล็งเห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นบุคคลที่สำคัญทางด้านสุขภาพ มีบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอบรมให้มีความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการฝึกฝนและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการเชื่อมประสาน เป็นผู้นำในการดำเนินงาน สร้างการมีส่วนร่วม และความรับผิดชอบของชุมชนจนทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจ ความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลให้สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพที่ดี ประชาชนในชุมชนเกิดการเรียนรู้ และปฏิบัติตามส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อนำผลจากงานวิจัยมาเป็นข้อมูลในการวางแผน

พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสร้างความรอบรู้ที่ดี รอบด้าน ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้ชื่อว่าเป็นผู้นำด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและระดับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 400 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึง 30 พฤศจิกายน 2567 อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา⁶ ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านความรู้ ความเข้าใจ 3) ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ 4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ 5) ด้านทักษะการตัดสินใจ 6) ด้านการจัดการตนเอง โดยในส่วนของตัวแปรตาม ประกอบด้วย บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 1,061 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 400 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามานะ (Yamane)⁷ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane) โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวหิน รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน 7 ตำบล ดังนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยใช้สัดส่วน (stratified random sampling) ตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามตำบล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เทียบสัดส่วนกับจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละตำบล โดยอำเภอหัวหิน แบ่งเป็น 7 ตำบล คำนวณตามสัดส่วน ระดับตำบล และนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลมาเฉลี่ยในทุกหมู่บ้านของตำบลเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยใช้สัดส่วน (stratified random sampling)

ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข	
		ประจำหมู่บ้าน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
หัวหิน	30	235	89
หนองแก	10	66	25
หินเหล็กไฟ	16	168	63
หนองพลับ	17	182	69
ทับใต้	14	240	90
ห้วยสัตว์ใหญ่	11	96	36
บึงนคร	12	74	28
รวม	110	1,061	400

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งเพศชายและหญิง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อายุการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถอ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ขอลอนตัวขณะทำการวิจัย หรือไม่สามารถติดต่อได้ขณะทำการเก็บข้อมูล
2. เสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจากกองสุศึกษา⁶ โดยวัดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะทั้งด้านบวกและด้านลบ

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราวัดแบบลิเกิร์ต (Likert's scale) ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ด้านที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามให้เลือกตอบ ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยจัดกลุ่มค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ มีความรู้ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 0.80-1.00) ความรู้ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.50-0.79) และความรู้ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0-0.49)

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ด้านที่ 4 การรู้เท่าทันสื่อ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ .78 2) แบบสอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจ ได้ค่าความเชื่อมั่น Kr-20 เท่ากับ .71 3) แบบสอบถามด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ เท่ากับ .78 4) แบบสอบถามด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ .81 5) แบบสอบถามด้านทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ .78 และ 6) แบบสอบถามด้านทักษะการจัดการตนเอง เท่ากับ .81 และแบบสอบถามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์โรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHH002/2567 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567 และผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการปกป้องและคุ้มครองการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ภายหลังที่ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงชี้แจงอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรว่าการตอบแบบสอบถามของการวิจัย ในครั้งนี้ไม่มีผลใด ๆ

7(13)

ต่อการปฏิบัติงาน โดยที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุล ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน หากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามสามารถที่จะขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการ

1. ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอหัวหิน หรือประธานอสม.ระดับตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บแบบสอบถาม
2. ประสานเก็บข้อมูลรายตำบลโดยติดต่อผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอสม.ระดับตำบลในเขตพื้นที่ที่สุ่มได้

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. นำแบบสอบถามไปให้ ผู้ช่วยวิจัย (ประธาน อสม.) จำนวน 7 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย ตามพื้นที่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บแบบสอบถามจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย อธิบายข้อคำถามการวิจัยและวิธีการใช้แบบสอบถาม รวมถึงการบันทึกข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กับผู้ช่วยวิจัย

2. ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) มีการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p \geq .05$ โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov พบว่าเป็นโค้งปกติ ($p = .078$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ 74.80 มีอายุเฉลี่ย 51.82 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี และมากที่สุด 79 ปี สถานสมรส ร้อยละ 60.80 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.30 และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 12.82 (SD = 8.69)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 3.96$, SD = 0.53) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ร้อยละ ($\bar{X} = 0.82$, SD = 0.17) และด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 3.83$, SD = 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายด้าน จำนวน 6 ด้าน (n = 400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน (ร้อยละ)			\bar{X}	SD	ระดับ คะแนนเฉลี่ย
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0	129 (32.25)	271 (67.75)	3.96	0.53	มาก
2.ด้านความรู้ ความเข้าใจ	17 (4.25)	90 (22.50)	293 (73.25)	3.82	0.17	มาก
3.ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ	0	246 (61.50)	154 (38.50)	3.63	0.52	ปานกลาง
4.ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	27 (6.75)	273 (68.25)	100 (25.00)	3.38	0.69	ปานกลาง
5.ด้านทักษะการตัดสินใจ	2 (0.50)	256 (64.00)	142 (35.50)	3.83	0.60	มาก
6.ด้านการจัดการตนเอง	3 (0.75)	159 (39.75)	238 (59.50)	3.54	0.53	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์สหพัทธ์บาททอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสหพัทธ์บาททอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.54$, $SD = 0.54$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับสหพัทธ์บาททอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง (n = 400)

ตัวแปร	ระดับการป้องกันโรคเรื้อรังจำนวน (ร้อยละ)			\bar{X}	SD	ระดับ คะแนนเฉลี่ย
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
สหพัทธ์บาททอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2 (0.50)	178 (44.50)	220 (55.00)	3.78	0.54	มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสหพัทธ์บาททอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ($r = .522$, $p < .001$) ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ($r = .596$, $p < .001$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($r = .464$, $p < .001$) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($r = .601$, $p < .001$) และด้านการจัดการตนเอง ($r = .641$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = .251$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสหพัทธ์บาททอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง (n = 400)

ตัวแปร (ความรอบรู้ 6 ด้าน)	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.251	.001	ระดับต่ำ
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	.522	.001	ระดับปานกลาง
ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ	.596	.001	ระดับปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	.464	.001	ระดับปานกลาง

ตัวแปร (ความรอบรู้ 6 ด้าน)	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านทักษะการตัดสินใจ	.601	.001	ระดับปานกลาง
ด้านการจัดการตนเอง	.641	.001	ระดับปานกลาง

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำผลการศึกษาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรังอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

1.1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรังอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 3.96$, SD = 0.53) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ร้อยละ ($\bar{X} = 0.82$, SD = 0.17) และด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 3.83$, SD = 0.60)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนมากเป็นผู้มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ยาวนานต่อเนื่อง และได้รับการฝึกอบรม เพิ่มพูนความรู้มาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีด้านความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการตัดสินใจในการเลือกรับข้อมูลในการนำไปใช้

ผลการศึกษาสอดคล้องการศึกษาพัฒนาการระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรอบรู้อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 45.74 ซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องจนเชี่ยวชาญและยั่งยืน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก⁸ จึงกล่าวได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก สามารถเป็นผู้นำในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนมีหน้าที่ในการแก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน¹ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี เพื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ($\bar{X} = 3.63$, SD = 0.52) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X} = 3.38$, SD = 0.69) และด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 3.54$, SD = 0.53) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว สื่อต่าง ๆ มีมากมายหลายด้านโดยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอาสาสมัครส่วนมากเป็นกลุ่มสูงอายุ อาจมีความคิดและการปฏิบัติตนไม่ทันต่อการพัฒนาด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการประเมินตนเองไม่พร้อมให้คำแนะนำต่อเพื่อนบ้าน⁹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่แน่ใจว่าตนเองจะสื่อสารหรืออธิบายเกี่ยวกับด้านสุขภาพได้ดีพอ เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางส่วนขาดทักษะการสื่อสาร หรือรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงการจัดการตนเอง ในการ

แนะนำความรู้สาธารณสุขแก่ประชาชนในชุมชน ดังนั้น ควรเสริมสร้าง ทักษะการสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานให้เพิ่มมากขึ้น ด้วยการสอดแทรกระหว่างการประชุมประจำเดือนอย่างสม่ำเสมอ และสร้างบรรยากาศการประชุมให้เหมาะต่อการเรียนรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า¹⁰

1.2 การศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีระดับคะแนนบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.54$, $SD = 0.53$)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากอำเภอหัวหิน มีแนวทางในการดำเนินงานการป้องกันโรคเรื้อรังใน ส่วนของชุมชนโดยใช้ผู้นำด้านสุขภาพหลัก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการกระตุ้นและเสริมสร้าง บทบาทการทำงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้รับการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนแบบรอบด้าน ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลากหลายด้าน เพื่อใช้ในการดำเนินงานตาม บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือในฐานะผู้นำด้านสุขภาพของชุมชน อีกทั้งยังได้รับการพัฒนา ทางด้านบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ฝึกการค้นหาปัญหาสุขภาพของชุมชน วางแผนสุขภาพชุมชน จนเกิดความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 30.80¹¹

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความรู้อย่างมีความเข้าใจ ($r = .522$, $p < .001$) ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ($r = .596$, $p < .001$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($r = .464$, $p < .001$) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($r = .601$, $p < .001$) และด้านการจัดการตนเอง ($r = .641$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สำหรับความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r = .251$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานในฐานะผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองด้านต่างๆ ตามบริบทพื้นที่ สร้างความรู้ให้กับตนเอง เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากของอำเภอหัวหิน มีประสบการณ์ด้านการทำงานมากกว่า 10 ปี ส่งผลต่อความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และการเสริมสร้างความรอบรู้รอบด้านมากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่ออสม. มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี-ดีมาก จะมีบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี-ดีมาก หากอสม.มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี-

พอใช้ จะทำให้อสม.มีระดับบทบาทของอสม.ในการป้องกันโรคในระดับ ไม่ดี-พอใช้¹¹ เช่นเดียวกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ จะมีแนวโน้มพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลต่อองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพทุกองค์ประกอบ และมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพสูง¹⁰ ซึ่งจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไปถึงระดับสามารถปฏิบัติตน ได้ถูกต้อง สม่่าเสมอ จนเป็นสุขนิสัยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านทักษะการสื่อสาร ด้านรู้เท่าทันสื่อ ด้านการจัดการตนเอง ให้มีทักษะที่เหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่ดูแลประชาชนในชุมชน

2. จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ดังนั้นควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จำเป็นให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีศักยภาพในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อระดับของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
2. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าถึง เข้าใจและนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2561.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจาก อสม. สู่อสมค. กรุงเทพมหานคร: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย); 2560.
4. ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ. การพัฒนานโยบายและแผนสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2559.
5. คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย); 2561.
7. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2559.

8. เบญจวรรณ บัวชุ่ม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าจี่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563;16(3):49-58.
9. ประภัสสร งามแสงใส. กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2561;9(พิเศษ):82-87.
10. ชินตา เตชะวิจิตรจาร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานปฏิสัมพันธ์ วิจัยญาณ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2561.
11. อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหารัชพงศ์. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2563.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี
Factors predicting preventive behaviors towards dengue fever of the people
in Nongrai District Health Promotion Hospital, Paktoa District,
Ratchaburi Province

กาญจนา ชวดคำ*

Kanjana Chaudkum*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ จังหวัดราชบุรี

*Nongrai District Health Promotion Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Kanjana Chaudkum; Email: molaykun@hotmail.com

Received: August 19, 2024; Revised: October 9, 2024; Accepted: October 9, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 196 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.0 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม KR-20 เท่ากับ .70 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค เท่ากับ .77, .86, .71, .70, .75 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.36 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.38, SD = 0.95) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.28, SD = 0.68) การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.26, SD = 0.65) การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรคอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.26, SD = 0.70) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.20, SD = 0.71) พฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.34, SD = 0.53) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีอิทธิพลในการทำนายร่วมกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 52.30 (R^2 = .523, R_{adj} = .515, F = 69.741, SE = 7.279, p < .05).

คำสำคัญ: ความรู้, แรงสนับสนุนทางสังคม, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to study factors predicting preventive behaviors on dengue hemorrhagic fever (DHF). The sample was 196 participants who were selected by purposive sampling. The research instrument was questionnaire including general information, knowledge, social support, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, preventive behaviors towards dengue fever. The Index of Item-Objective Congruence were between .67 – 1.00, The reliability was .70, .77, .86, .71, .70, .75 and .93 respective. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that: Knowledge was at moderate level (54.36%), social support was at high level (\bar{X} = 3.38, SD = 0.95), perceived susceptibility was at highest level (\bar{X} = 4.28, SD = 0.68), perceived severity was at highest level (\bar{X} = 4.26, SD = 0.65), perceived benefit was at highest level (\bar{X} = 4.26, SD = 0.70), perceived barriers was at high level (\bar{X} = 4.20, SD = 0.71), preventive behaviors towards dengue fever was at highest level (\bar{X} = 4.34, SD = 0.53), and perceived severity and perceived benefit were capable to predict preventive behaviors on dengue hemorrhagic fever (52.30%) (R^2 = .523, R_{adj} = .515, F = 69.741, SE = 7.279, p < .05).

Keywords: knowledge, social support, health believe model, preventive behaviors towards dengue fever

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกีที่ก่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยปีละ 390 ล้านคน ทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.50 ต่อปี ส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชีย และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 8 เท่าในระยะเวลา 20 ปี¹ โรคไข้เลือดออกกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก การแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคไข้เลือดออกกลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้อย่างคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก มากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น² ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี พบการระบาดในทุกพื้นที่ในทุกจังหวัด แม้กระทั่งในหมู่บ้านชนบทของประเทศไทย ซึ่งลักษณะการระบาดในประเทศไทยมักระบาดแบบปีเว้นสองปีหรือปีเว้นปี และในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จำนวน 95,000 ราย คิดเป็นอัตรา 59.14 ต่อแสนประชากร ตายสะสม 27 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.07 ต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าปีพ.ศ. 2564 ในช่วงเวลาเดียวกันถึง 4 เท่า และจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับแรกคือ แม่ฮ่องสอน ตาก น่าน เชียงใหม่ ศรีสะเกษ ราชบุรี พิษณุโลก นครปฐม มหาสารคาม และชัยนาท ตามลำดับ³ และปีพ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 156,097 ราย เสียชีวิต 175 ราย⁴

สถิติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดราชบุรี มีการระบาดแบบปีเว้นปีเช่นเดียวกัน ยกเว้นปีพ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยพบอัตราผู้ป่วยไข้เลือดออกตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562-2566 เท่ากับ 238.13, 124.02, 41.0, 109.65 และ 351.15 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁵ ส่วนสถิติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอปากท่อ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562-2566 คิดเป็นอัตราป่วย 179.48, 49.45, 26.95, 141.02 และ 485.34 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ลักษณะการระบาดเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการระบาดในภาพรวมของจังหวัดราชบุรี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข กำหนดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี มากกว่าร้อยละ 20⁶ ซึ่งการระบาดเป็นจำนวนมากอาจทำให้เกิดการป่วยระลอก 2 (second generation) ทำให้การควบคุมการระบาดเป็นไปได้ยากมากยิ่งขึ้น⁵

การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค เมื่อบุคคลถูกยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีกัด เชื้อไวรัสจะเข้าไปสู่กระแสเลือดของผู้ที่ถูกยุงกัดและทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในที่สุด การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก สามารถป้องกันได้โดยการตัดวงจรของยุง แต่ที่ยังพบการระบาดเป็นจำนวนมากนั้น เกิดจากปัจจัยและสาเหตุหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน³ ดังเช่นการศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อย⁷ การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก⁸ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน และการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรในพื้นที่ โดยเฉพาะการขยายตัวของชุมชนเมือง ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนภาชนะน้ำขัง การคมนาคมที่สะดวกขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรทั้งในและระหว่างประเทศ โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่กันอย่างแออัด ทำให้สิ่งแวดล้อมไม่ดี ทำให้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยการสร้างเสริมสุขภาพ การปลูกฝังและสร้างจิตสำนึกในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 รายละเอียดที่สำคัญที่กำหนดไว้ คือ ต้องการส่งเสริมประชาชนด้านการสาธารณสุข และอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เกิดสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสม กับการดำรงชีพ ภาวะที่สมดุลขององค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม (environment) พฤติกรรม (behavior) และสิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent)⁹ ดังนั้นการดำเนินงานเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ คือ การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า อายุ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก¹⁰ และการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การมีทักษะในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในบ้าน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนได้¹¹

การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จะได้รับผลกระทบทางระบบสุขภาพโดยตรง และถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ หรือไม่ถูกต้อง อาจส่งผลทำให้เสียชีวิตได้ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการเป็นภาระดูแล และการขาดรายได้จากการขาดงาน ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของ

ประเทศ รวมไปถึงระบบเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดำเนินงาน การรักษา การป้องกันและการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกด้วย¹²

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง คือ การต้องเข้ารับการรักษาอย่างทันทั่วถึงและถูกต้อง ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล ประเทศชาติก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล¹³ สาเหตุของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชน เกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยรวมกัน เช่น ประชาชนขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และขาดการมีพฤติกรรมป้องกันตนเอง¹⁴ จึงเกิดพฤติกรรมด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น การทิ้งขยะ การมีภาชนะน้ำขังที่ไม่มีฝาปิด และการมีแหล่งน้ำขังต่าง ๆ ทั้งในบ้านและในชุมชน ที่ขาดการดูแล ซึ่งอาจมาจากความรู้ ไม่เข้าใจในการจัดการกับปัญหาการป้องกันการเกิดไข้เลือดออกในชุมชน ดังนั้นหากต้องการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก็โดยเพิ่มความใส่ใจของคนในบ้านและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรับผิดชอบในการผลักดันให้เกิดกระบวนการป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจหลักของงานบริการปฐมภูมิ ที่เน้นการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองไร่ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอบางบาล จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ขอบเขตการวิจัย

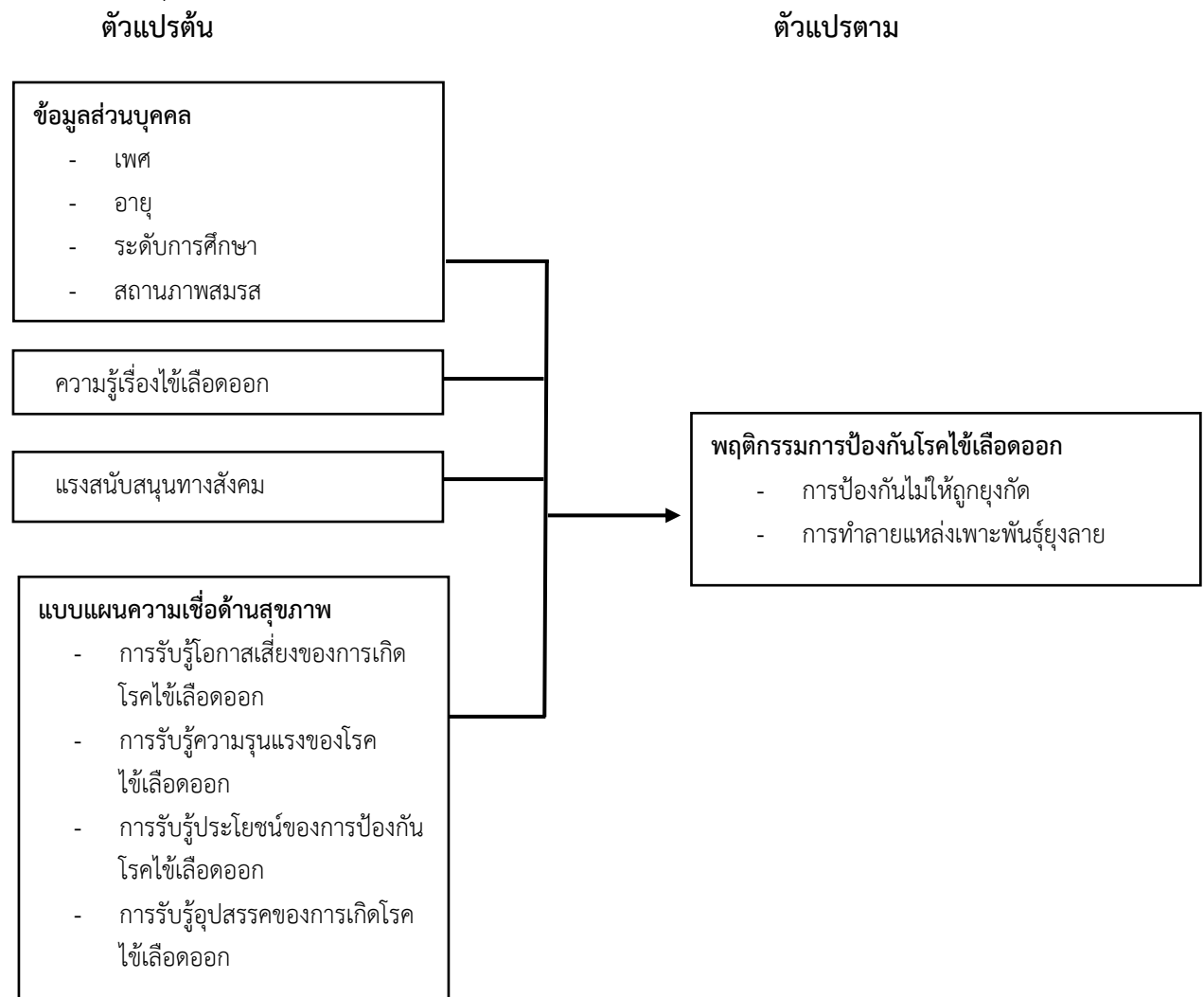
ขอบเขตด้านประชากร เป็นประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไร่ อำเภอบางบาล จังหวัดราชบุรี ที่ จำนวน 196 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้เรื่องไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ตั้งแต่กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไร่ อำเภอบางบาล จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock¹⁵ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเขา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อดำรงชีวิต และการปฏิบัติตัวนั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ จึงได้นำความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 20-60 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองไร่ อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1 โดย Cohen¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 196 คน โดยมีการกำหนดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่เป็นประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านหนองไร่
2. รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ (cognitive impairment)
3. เป็นผู้ยินยอมในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามโดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารวิชาการ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โดยมีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การตัดสินระดับความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ในเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของบลูม¹⁷ ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ 0-59) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย¹⁷ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย¹⁷ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

- แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย¹⁷ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

- แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย¹⁷ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

- แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย¹⁷ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย¹⁷ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วปรึกษาผู้ทรงเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของเนื้อหา โดยมีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) คือ ประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โดยการใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70 แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลือดออก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77, .86, .71, .70, .75 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลข RbPH REC 130/2567 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลในประชาชนต่อสาธารณสุขอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี และนักกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่เป็นจุดศูนย์รวมในหมู่บ้าน พร้อมกับชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสุ่มตัวอย่างและการรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลตามจำนวน

กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดจนครบตามจำนวน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลระดับความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) โดยใช้วิธี stepwise

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เพศชาย ร้อยละ 46.67 อยู่ในช่วงอายุ 46-60 ปี ร้อยละ 42.56 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.69 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.03 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 45.64
2. การศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.36
3. การศึกษาระดับของตัวแปรอิสระ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83, SD = 0.95$) การวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.28, SD = 0.68$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26, SD = 0.65$) การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26, SD = 0.70$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20, SD = 0.71$) และการวิเคราะห์ระดับของตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.34, SD = 0.53$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 ระดับปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{X}	SD	ระดับ
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.83	0.95	มาก
แบบแผนความเชื่อสุขภาพ			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก	4.28	0.68	มากที่สุด
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	4.26	0.65	มากที่สุด
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	4.26	0.70	มากที่สุด
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	4.20	0.71	มาก
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	4.31	0.54	มากที่สุด

4. การศึกษาการถดถอยพหุคูณของตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศหญิง อายุ อาชีพเกษตรกรรม การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา สถานภาพสมรสโสด ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้

อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และตัวแปรตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้ อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 40.10 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.20 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.00 โดยที่การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีอิทธิพลในการทำนายร่วมกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (Y) ร้อยละ 52.30 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 ดังแสดงตารางที่ 2 ซึ่งสามารถเขียนสมการการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 30.752 + 1.019*** + .471*** + .672***$$

และคะแนนมาตรฐาน $Z = .417*** + .245*** + .224**$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	b	SE	beta	t-test	p-value	95 %CI	tolerance	VIF
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	1.019	.146	.417	6.99	<.001	.731 – 1.306	.703	1.422
การรับรู้ความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก	.471	.116	.245	4.07	<.001	.243 – .700	.691	1.446
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	.672	.194	.224	3.46	.001	.289 – 1.056	.596	1.678
Constant (a) = 30.752								
R = .723, R ² = .523, R _{adj} = .515, F = 69.74, S.E = 7.279								

* p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เรื่องไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.36 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบเชื่อมโยงจนเกิดความเข้าใจ ความรู้สามารถรับจากบุคคลหรือจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนผ่านบอร์ดให้ความรู้ เอกสารแผ่นพับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อประชาชนมารับบริการก็สามารถศึกษาความรู้จากบอร์ดต่าง ๆ ได้ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็มีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุค่อนข้างมาก (46-60 ปี) จึงทำให้ความเข้าใจจากการได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านบ่อดินสอพอง จังหวัดสระบุรี¹⁸ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (7-13 คะแนน) และสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการ

ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย⁵ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.29$, $SD = 0.76$)

2. แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$, $SD = 0.95$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และจากองค์กรต่าง ๆ เป็นการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ และเครื่องมือรวมทั้งบริการต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการเอาใจใส่และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนทั้งในเรื่องของอุปกรณ์การกำจัดยุงลาย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้าน รวมทั้งการพ่นหมอกควันในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง จังหวัดสงขลา¹⁹ พบว่าประชาชนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.35 ($\bar{X} = 24.44$, $SD = 4.25$) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง จังหวัดอุทัยธานี²⁰ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 21.26$, $SD = 5.08$)

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.68$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก ประชาชนรับรู้ว่ามีน้ำขังทำให้ยุงวางไข่และมีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกได้ และรับรู้ว่ามีคนในบ้านป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ให้รับมาุงตัวแก่ เพื่อป้องกันไม่ให้บ้านข้างเคียงเป็นโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังรับรู้ว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ถูกวิธี ทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง²⁰ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 21.60$, $SD = 2.33$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด²¹ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.50 ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.37$)

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.65$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มเป้าหมายอาจจะมีประสบการณ์หรือเคยได้รับรู้ข้อมูลถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานของประชาชนได้ จากสถิติข้อมูลการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนรับรู้ว่ามีคนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก แล้วอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หากรักษาไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้รักษาแต่เริ่มป่วย และโรคไข้เลือดออกสามารถกระจายไปสู่ประชาชนอย่างรวดเร็วหากมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด²¹ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.10 ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.47$) และสอดคล้องกับการศึกษา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง จังหวัดอุทัยธานี²⁰ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 20.72$, $SD = 2.68$)

5. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.70$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้แก่ประชาชนว่าโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันได้ สื่อโทรทัศน์ก็มีการเผยแพร่ความรู้ในการป้องกันไข้เลือดออกรวมทั้งวิธีการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไร่ ก็มีการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกปี ทำให้ประชาชนรับรู้ว่าการร่วมมือกันทำลายแหล่งน้ำขังทุกบ้านในชุมชน และรับรู้ว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลายถูกวิธี จะทำให้ป้องกันการเกิดโรคได้เลือดออกได้ สอดคล้องกับงานวิจัยปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด²¹ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.60 ($\bar{X} = 3.25$, $SD = 0.43$)

6. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.71$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นข้อจำกัด หรือความวิตกกังวลในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้เป็นเพราะวิธีการการปฏิบัติอาจมีความยุ่งยากซับซ้อน หรือเป็นวิธีที่ประชาชนไม่เคยปฏิบัติมาก่อน นอกจากนี้พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นเพราะประชาชนไม่มีศักยภาพ ในเรื่องของการพนมอกคว้น เพื่อฆ่ายุงตัวแก่ ต้องรอเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต./อบต. หรืออาจเป็นเพราะความไม่พร้อมที่จะปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด²¹ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.50 ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.34$)

7. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.52$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของบุคคล เป็นสิ่งที่เกิดจากการประเมินตนเองบุคคล ว่าเกิดภาวะคุกคามจากสิ่งต่าง ๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งพฤติกรรมการป้องกันไม่ให้ถูกยุงลายกัด และพฤติกรรมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยรูปแบบและวิธีต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาคำถามรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย²² พบว่าพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.51$) และสอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช²³ พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.26 ($\bar{X} = 2.65$, $SD = 0.24$)

8. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีอิทธิพลในการทำนายร่วมกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 52.30 ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงอุปสรรค รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และรับรู้ถึงประโยชน์ในเรื่องใดก็ตาม จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ที่ตนเองมี

8.1 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นความใส่ใจของประชาชนที่จะเรียนรู้ข้อจำกัด และแสวงหาวิธีการในการมีสร้างพฤติกรรมเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก เป็นข้อจำกัดหรือความวิตกกังวลในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้เป็นเพราะขั้นตอนในการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ปฏิบัติยุ่งยากเช่น การพน

หมอกควัน การพ่นน้ำยาเคมีเพื่อฆ่ายุงตัวแก่ และอุปกรณ์มีเฉพาะที่ รพ.สต. หรือ อบต.เท่านั้น การป้องกันยุงวางไข่ด้วยการใช้ภูมิปัญญาอาจเป็นวิธีที่ประชาชนไม่เคยเรียนรู้มาก่อน ที่ผ่านมามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับข้อจำกัดนี้ จึงได้มีการจัดทำแผนในการปฏิบัติงาน เช่น การจัดตั้งหน่วยเคลื่อนที่เร็วในการควบคุมโรค เพื่อป้องกันการระบาดของโรค การจัดป้ายประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ถึงวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการมอบหมายให้ อสม. ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีทักษะในการป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยทำนายนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย²⁴ พบว่าอุปสรรคในการป้องกันไข้เลือดออก (ทักษะในการใช้ทรัพยากร) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นปัจจัยทำนายนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

8.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกเป็นการแสดงถึงความตื่นตัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อตนเองมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่¹⁵ การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ เป็นผลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการประเมินถึงผลเสีย รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นการรับรู้ผลเสียว่าตนเองมีผลเสียอย่างไร จึงเลือกที่จะปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งฮอชบาน (Hochbaum)²⁵ ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ และเบคเกอร์และคณะ (Marshall H.W. & Becker)²⁶ ได้กล่าวว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่จะได้รับเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับรู้โอกาสเสี่ยงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก ประชาชนรู้ว่าภาชนะที่มีน้ำขังทำให้ยุงวางไข่และมีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกได้ และรับรู้ว่ามีคนในบ้านป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ให้รับฆ่ายุงตัวแก่ เพื่อป้องกันไม่ให้บ้านข้างเคียงเป็นโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังรับรู้ว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ถูกวิธี ทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ สอดคล้องกับงานวิจัยปัจจัยทำนายนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง อำเภอลานสักดี จังหวัดอุทัยธานี²¹ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การมีทักษะในการใช้ทรัพยากรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความพอเพียงของทรัพยากร การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ร้อยละ 54.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์คือการแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ห่างจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ทราบหรือไม่ป่วยเป็นโรคนั้น ๆ¹⁵ เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้แก่ประชาชนว่าโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันได้ สื่อโทรทัศน์ก็มีการเผยแพร่ความรู้ในการป้องกันไข้เลือดออก รวมทั้งวิธีการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไร่ ก็มีการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกปี ทำให้ประชาชนรับรู้ว่าการร่วมมือกันทำลายแหล่งน้ำขังทุกบ้านในชุมชน และรับรู้ว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลายถูกวิธี จะทำให้ป้องกันการเกิดโรคได้เลือดออกได้ ดังนั้น เมื่อประชาชนรับรู้ถึงสิ่งที่จะได้รับก็ยอมแสดงพฤติกรรม

การป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลละลาย อำเภอภักดีราษฎร์ จังหวัดศรีสะเกษ²⁷ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออก โสด แต่งงาน และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 43.80 ($R^2 = .438$, $R_{adj} = .417$, $SE = 3.68$, $F = 20.61$, $p < .001$) นั่นคือเมื่อประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จะช่วยขจัดปัญหาไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชน ควรใช้สื่อที่สร้างความเข้าใจได้ง่าย มีทางเลือกในการปฏิบัติที่สะดวกต่อประชาชน มีการทำนวัตกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สามารถนำไปใช้ได้จริง เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนจนเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดทำแผนการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างครอบคลุมทั้งแผนการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ แผนการควบคุมโรคในช่วงต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรค และแผนการให้ความรู้ เพื่อให้ประชาชนรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคว่ามีประเด็นอะไรบ้าง และรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและมีการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทั้งในบ้านของตนเองและในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในประเด็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบเพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พญ.ปิยารัตน์ ทองย้อย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากท่อ นายสิทธิศักดิ์ คำนุ สาธารณสุขอำเภอปากท่อ และอาจารย์ ดร.วรเดช ช่างแก้ว ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ พญ.ปาจารย์ อารีรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนและเป็นแรงผลักดันในการทำวิจัยครั้งนี้ และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา และขอขอบพระคุณประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไร่ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยครั้งนี้

14. ภคอร โจทย์กิ่ง, ประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยมเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24:29-37.
15. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. In MH Becker (Ed), The health belief model and personal behavior New Jersey: Charles B. Slack; 1974.
16. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York : Academic Press; 1977.
17. Bloom et.al. Handbook on Formation and Summatic of Student Learning. New York: McGraw Hill; 1956.
18. สุจิตรา สุขคนธมัต, ณัฐวดี จันคำ, ภัทรวริน สามารถ, สุกัญญา แซ่หลิม. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านดินสอพอง ตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. การประชุมหาตใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 13; 2564.
19. ธนัญญา เส็งคู่ย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2563;9(1):6-19.
20. วันทนา ขยันการนาวิ, พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร, รณรงค์ดี หนูสอน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้งอำเภอลานสักดี จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565;14(2):1-19.
21. ณัฐยา สุนติ, เอมอชฌา วัฒนบุรานนท์, ยุวดี รอดจากภัย, วัลลภ ใจดี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกะชัง จังหวัดตราด. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564;16(2):53-67.
22. พุฒิพงศ์ มากมาย, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุม สคร. 2 พิษณุโลก 2566;10(2):108-118.
23. วิทยา ศรแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอนาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567;2(1):1-14.
24. แพรวพรรณ จันทะนาเขต, สุทธิชัย ศิรินวล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปาซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 7 – 8 กรกฎาคม 2565.
25. Hochbaum GM. Public Participation in Medical Screening Program. PHS publication 1958;572:1-28.
26. Marshall HW, Becker. “The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance”: A Field Experiment. Journal of Health and Social Behavior 1977;18:345-355.
27. ประยม ศิริมา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลละลาย อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566;2(extra2):112-124.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
Factors associated with preterm birth among pregnant women at
Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

ธิดา ธิติวิภู*

Thida Thitiwiphu*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

*Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Corresponding author: Thida Thitiwiphu; Email: thidanoi2511@gmail.com

Received: September 4, 2024; Revised: October 27, 2024; Accepted: November 28, 2024

บทคัดย่อ

การคลอดก่อนกำหนด ถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสูติศาสตร์ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการตายของทารกแรกคลอดค่อนข้างสูง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอด ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 1,565 ราย และหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 98 ราย รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกที่มีโครงสร้าง ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากรและสังคม ลำดับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ภาวะซีด และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (AOR adj 1.67, 95%CI 1.01-2.51) การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ (AOR adj 1.61, 95%CI 1.05-2.48) และภาวะซีด (ความเข้มข้นของเลือด $< 33\%$) (AOR adj 2.28, 95%CI 1.17-4.44)

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

Premature birth is regarded as a serious problem in obstetrics. The resulting handicap and newborn mortality rate are relatively significant. This study examines factors linked with premature birth in pregnant women at Regional Health Center 5, Ratchaburi. By examining pregnant mothers who gave birth between October and September 2022. There were 1,565 cases, and 98 pregnant women delivered preterm. A standardized recording form was used to collect data, which covered demographic and social variables, pregnancy order, quality-assured antenatal care, anemia, and pregnancy problems. Three experts verified the data. The features of pregnant women were described in terms of frequency and proportion. Multiple logistic regression statistics were employed to find relevant factors, with a statistical significance level of $p < .05$.

The study results found that factors related to premature birth in Health Promotion Hospitals, Regional Health Center 5; Ratchaburi, with a statistical significance of .05, include complications during pregnancy (AOR adj 1.67, 95%CI 1.01-2.51, $p = .016$), prenatal care according to quality criteria (AOR adj 1.61, 95%CI 1.05-2.48, $p = .029$) and anemia (AOR adj 2.28, 95%CI 1.17-4.44, $p = .016$).

Keywords: preterm birth, associated variables.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) หมายถึง ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสูติศาสตร์ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการตายของทารกแรกคลอดค่อนข้างสูง¹ เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่มักเกิดปัญหาในกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) เนื่องจากปอดยังทำงานไม่เต็มที่ อาจเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage) ภาวะลำไส้อักเสบเน่าตายในทารก (necrotizing enterocolitis) การติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เช่น สมองพิการ (cerebral palsy) การเสื่อมสภาพของสายตา (visual impairment) และอาจมีความผิดปกติของระบบการได้ยิน ในระยะยาวต่อไปอีกด้วย ซึ่งกระทบต่อการพัฒนาทางด้านสติปัญญา เป็นปัญหาทางสังคมในอนาคต² ทารกที่คลอดก่อนกำหนดยังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาสูง และใช้เวลานานในโรงพยาบาลนาน เฉลี่ยรายละ 2-3 เดือน ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้ มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่า สำหรับประเทศไทยรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สำหรับการดูแลรักษาทารกที่คลอดก่อนกำหนดทั่วประเทศ ต้องใช้จ่ายเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย และประเทศต้องใช้งบประมาณดูแล ไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาทต่อปี สำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่อง ในกรณีที่ทารกมีความพิการหรือพัฒนาการล่าช้า³ และจากการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ทารกต้องแยกจากครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และทารก⁴ ซึ่งจะทำให้มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุตรได้

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า ในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวนทารกที่คลอดทั้งหมด 134.70 ล้านราย โดยมีทารกคลอดก่อนกำหนด 13.40 ล้านราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 9.90 เทียบเท่ากับว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนด 1 รายในทารกที่คลอดทุก ๆ 10 ราย⁵ สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24 - 36⁶ สัปดาห์) เท่ากับร้อยละ 10.42 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

โดยในเขตสุขภาพที่ 5 พบร้อยละ 9.86⁶ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด จึงไม่สามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้โดยตรง แต่มีข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ประกอบด้วย อายุของหญิงตั้งครรภ์ อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ ภาวะซีด ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม⁷

จากสถิติหน่วยงานห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี อัตราการคลอดก่อนกำหนดใน ปีพ.ศ. 2564 -2566 ร้อยละ 7.76, 8.80, 6.30⁸ ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง แต่ยังมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการคลอดก่อนกำหนดที่ยังไม่ได้รับการวิเคราะห์อย่างชัดเจน การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย ภาวะหายใจลำบากแรกเกิด ยังส่งผลต่ออัตราการรักษาพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้นทุกปี เพื่อลดอุบัติเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด เพื่อทำแนวทางในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงกับการคลอดก่อนกำหนด การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดได้ จะทำให้สามารถคาดการณ์ และระบุความเสี่ยงที่มีของหญิงตั้งครรภ์ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองเพื่อลดความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนดได้ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก รวมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยทางด้านภาวะแทรกซ้อน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 1,565 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 98 ราย และคลอดครบกำหนด จำนวน 1,467 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ตามเกณฑ์คุณภาพ ภาวะซีด และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และปัจจัยทางด้านภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม ตัวแปรตาม คือหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด

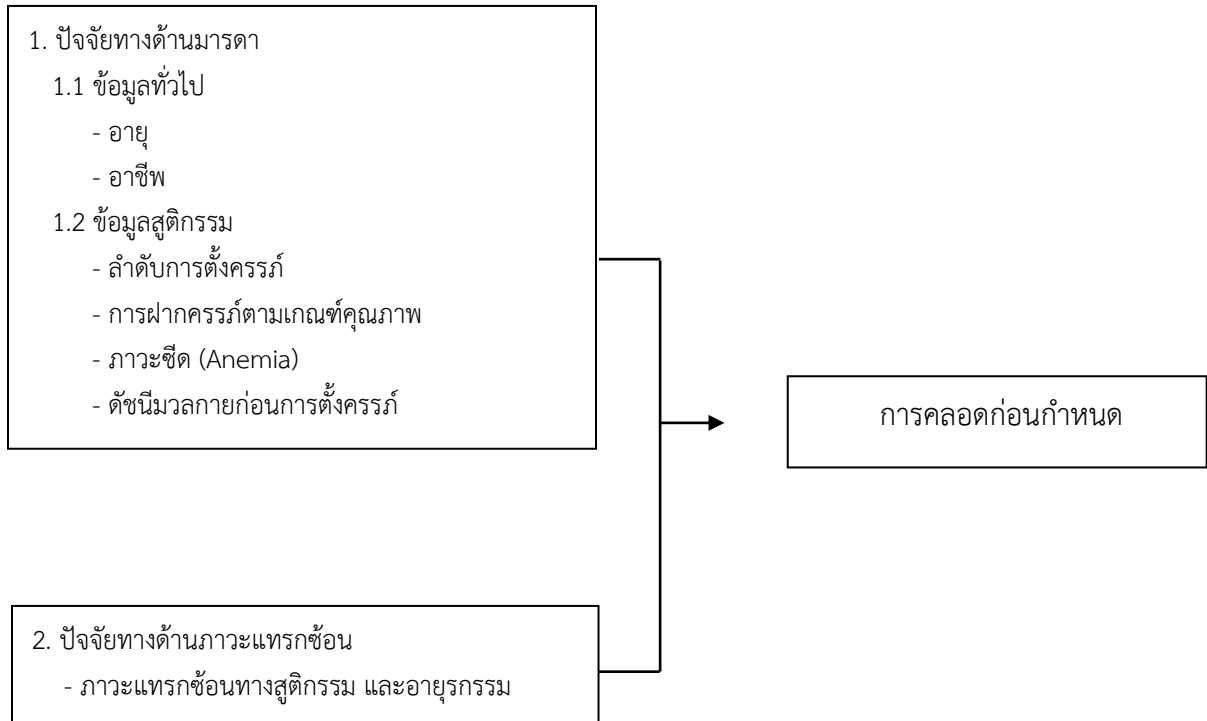
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2566 จำนวน 1,565 ราย แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 98 ราย และหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด จำนวน 1,467 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด คือ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24⁰ - 36⁺⁶ สัปดาห์ และในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนจะใช้น้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ภาวะซีด และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์
2. แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรมของหญิงตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูล ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 ท่าน และพยาบาลสูติกรรม 2 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับแบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันและรายงานการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 15 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 8/2567 วันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2567 แบบ: Expedited Review โดยผู้วิจัยได้ยื่นหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และเวชระเบียนย้อนหลัง ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และรายงานการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 1,565 ราย เป็นกลุ่มมารดาที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 98 ราย และคลอดครบกำหนด จำนวน 1,467 ราย จึงคัดเลือกทั้งหมด และนำเลขที่ผู้ป่วย (Hospital number) ไปค้นและศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD chart) ในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล โดยทำการบันทึกอายุมารดา (ปี) อาชีพ อายุครรภ์ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ภาวะซีด ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และทางอายุรกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอด โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Chi-square test และ multiple logistic regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 98 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.53 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.98 ครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 54.08 การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 64.29 ความเข้มข้นของเลือด $\geq 33\%$ คิดเป็นร้อยละ 88.78 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 18.50 – 22.90 คิดเป็นร้อยละ 59.18 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 55.10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด และคลอดครบกำหนด

ข้อมูลทั่วไป	คลอดก่อนกำหนด n = 98	ร้อยละ	คลอดครบกำหนด n = 1,467	ร้อยละ
อายุ				
< 20	5	5.10	42	2.86
20-34	75	76.53	1,194	81.39
≥ 35	18	18.37	231	15.75
อาชีพ				
รับจ้าง	48	48.98	648	44.17
แม่บ้าน/ไม่มีงานทำ	19	19.39	345	23.52
ค้าขาย	18	18.37	264	18.00
รับราชการ	11	11.22	169	11.52
เกษตรกรกรรม	2	2.04	41	2.79
ลำดับการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	45	45.92	631	43.01
ครรภ์หลัง	53	54.08	836	56.99
การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ				
ครบตามเกณฑ์	63	64.29	1,091	74.37
ไม่ครบตามเกณฑ์	35	35.71	376	25.63
ภาวะซีด				
<33%	11	11.22	308	21.00
≥33%	87	88.78	1,159	79.00
BMI ก่อนการตั้งครรภ์				
<18.50	7	7.14	82	5.59
18.50 – 22.90	58	59.18	910	62.03
≥23	33	33.67	475	32.38
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม				
มี	44	44.90	483	32.92
ไม่มี	54	55.10	984	67.08

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด มีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ($\chi^2 = 4.824$, $p = .028$) มีภาวะซีด ($\chi^2 = 6.161$, $p = .013$) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม ($\chi^2 = 5.897$, $p = .015$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

ปัจจัย	คลอดก่อนกำหนด (n=98) จำนวน(ร้อยละ)	คลอดครบกำหนด (n=1,467) จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	p-value
อายุ				
< 20	5(10.60)	42(89.40)	2.198	.333
20-34	75(5.90)	1,194(94.10)		
>= 35	18(7.20)	231(92.80)		
อาชีพ				
รับจ้าง	48(6.90)	648(93.10)	1.425	.922
แม่บ้าน/ไม่มีงานทำ	19(5.20)	345(94.80)		
ค้าขาย	18(6.40)	263(93.60)		
รับราชการ	11(6.10)	169(93.90)		
เกษตรกรกรรม	2(4.70)	41(95.30)		
ลำดับการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	45(6.70)	631(93.30)	0.316	.574
ครรภ์หลัง	53(6.00)	836(94.00)		
การฝากครรภ์				
ไม่ครบตามเกณฑ์	35(8.50)	376(91.50)	4.824	.028
ครบตามเกณฑ์	63(5.50)	1,091(94.50)		
ภาวะซีด				
Hct<33%	10(3.20)	305(96.80)	6.161	.013
Hct≥33%	86(6.90)	1,152(93.10)		
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์				
<18.5	7(7.87)	82(92.13)	0.556	.757
18.5-22.9	58(6.00)	909(94.00)		
>23	33(6.50)	474(93.50)		
ภาวะแทรกซ้อน (ทางสูติกรรมและอายุรกรรม)				
มี	44(8.30)	483(91.70)	5.897	.015
ไม่มี	54(5.20)	984(94.80)		

*p < .05

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดเบื้องต้นนำมาหาค่าปัจจัยอิสระ

พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ (AOR = 1.61 (95%CI 1.50-2.48), p = .290) มีภาวะซีด (AOR = 2.28(95%CI 1.17-4.44), p = .160) มีภาวะแทรกซ้อน (ทางสูติกรรมและอายุรกรรม) (AOR = 1.67(95%CI 1.10-2.51), p = .160) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ Multiple Logistic regression

ปัจจัย	B	SE	Exp(B)	p-value
การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ	.47	.22	1.61	.029*
ภาวะซีด	-.82	.34	0.44	.016*
ภาวะแทรกซ้อน(ทางสูติกรรมและอายุรกรรม)	-.51	.21	0.60	.016*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ที่มีผลกับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ซึ่งพบว่าปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อการคลอดกำหนด ได้แก่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ภาวะซีด และปัจจัยทางด้านภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด มีการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง โดยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์คุณภาพของกรมอนามัย ส่งผลให้เป็นปัจจัยสำคัญของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพจะสามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะแทรกซ้อนได้เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ ซึ่งพบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด¹¹และพบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2.51 และ 1.29 เท่า ตามลำดับ ซึ่งการฝากครรภ์มีจุดประสงค์เพื่อดูแลสตรีขณะตั้งครรภ์ ค้นหาความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและให้การรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ จึงทำให้ไม่มีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงหรือพบปัจจัยเสี่ยงล่าช้าทำให้การรักษาและป้องกัน ไม่ประสบผลสำเร็จ¹²

2. ภาวะซีด มีผลกับการคลอดก่อนกำหนด และผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกับการคลอดก่อนกำหนด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ภาวะซีดมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด¹³ เนื่องจากภาวะโลหิตจางรุนแรงจะทำให้ปริมาตรของน้ำคร่ำน้อยและผลกระทบต่อกลไกของร่างกายทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น¹⁴

3. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม มีผลกับการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม ที่พบในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดในการศึกษานี้ ได้แก่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด 11 ราย ครรภ์แฝด 4 ราย มีเลือดออกก่อนคลอด 10 ราย ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 10 ราย¹⁵เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์^{16,17}ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์¹⁰มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และยังมึผลการศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูง

ขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การตั้งครรภ์แฝดยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด¹⁸ เนื่องจากการขยายของมดลูกที่มากกว่าปกติตามอายุครรภ์ที่ควรจะเป็น ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกตามมา

4. ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์ อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่าน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ไม่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด¹⁰ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง โดยพบว่าน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ($\chi^2 = 0.13$, $p = .022$)⁴

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด พัฒนาการดูแลรักษาแก่หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และมีปัจจัยเสี่ยงให้ได้รับสุขศึกษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดและอาการแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรปรับปรุงแบบการวิจัยเป็นแบบติดตามไปข้างหน้าในประเด็นที่สนใจศึกษาและยังไม่สามารถวิเคราะห์ได้จากครั้งนี้ เช่น การพัฒนาโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และการศึกษาถึงสาเหตุของการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.วิเชียร ต้นสุวรรณนนท์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนให้มีการอบรมการทำวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข ขอขอบพระคุณ นางสาวจิตติมา ธาราพันธ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และนางบุษบา แพงบุปผา อดีตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่เสียสละเวลาให้ความรู้ในเรื่องการวิจัย รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ตลอดจนตรวจแก้ไข ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัย ด้วยความเอาใจใส่อย่างดี ตลอดจน และขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ และให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิรวรรณ บัวแยม, เพียงบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562;25:243-54.
2. อุ๋นใจ กอนันตกุล. บทความวิชาการ: การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562;28(1):8-15.
3. ธราริพ โคละทัต. ผลกระทบของคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2561.

4. ระพี เฉลิมวุฒานนท์, เอี่ยมพร ราชภูติ, ศิโรรัตน์ โชติกสถิต. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง. ว. วิชาการแพทย์เขต 11 2558;30:21-9.
5. World Health Organization. Preterm birth health Statistic [online]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020Jan 12]. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/WHO-PHS-2020>
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564: กลุ่มรายงานมาตรฐาน [ออนไลน์]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
7. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ดารุณีย์ สวัสดิโชคดี, ตรีนุช คาทะเนตร. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดนครพนม. วารสารกองการพยาบาล 2562;46(3):73-86.
8. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. ฝ่ายการพยาบาล. สถิติห้องคลอด ปี 2566 ราชบุรี: โรงพยาบาล; 2566.
9. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [ออนไลน์]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/inspection?year=2022>
10. วิทวัส หาญอาสา. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565;30(1):35-44.
11. ฐิติกานต์ ณ ปั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลอมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2557;10:142-50.
12. Kinpoon K, Chaiyarach S. The incidence and risk factors for preterm delivery in northeast Thailand. Thai J Obstet Gynaecol 2021;29(2):100-111.
13. Rahmati S, Azami M, Badfar G, Parizad N, Sayehmiri K. The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2020;33(15):2679– 89. doi: 10.1080/14767058. 2018.1555811
14. ศิริกนก กลั่นขจร. บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย 2564;14(ฉ.1):54-65.
15. กัญญา ทูลธรรม, สุภาพร สุภาพวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2566;20(2):75-88.
16. Siegler Y, Weiner Z, Solt I. ACOG Practice Bulletin No. 217: Prelabor Rupture of Membranes. Obstet Gynecol 2020;136:1061.
17. Mercer BM, Chien EKS. Premature Rupture of the Membranes. In: Resnik R, Lockwood C, Moore T, Greene M, Copel J, Silver R, editors. Creasy & Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019:712-22.
18. Roman A, Ramirez A, Fox NS. Screening for preterm birth in twin pregnancies. Am J Obstet Gynecol MFM 2022;4(2S):100531.

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง
Quality of work life among professional nurse in Banpong Hospital

ประภารัตน์ เลิศวิลัย*

Praparatt Leartvilai*

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Banpong Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Praparatt Leartvilai; Email: pkmol@hotmail.com

Received: September 20, 2024; Revised: November 6, 2024; Accepted: December 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบรรยาการคองค์การ ค่านิยมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บรรยาการคองค์การ ค่านิยมในการทำงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านโป่ง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามรับรู้บรรยาการคองค์การ และแบบสอบถามค่านิยมในการทำงาน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ระหว่าง .67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน เท่ากับ .92, .92 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 53.80 การรับรู้บรรยาการคองค์การและค่านิยมในการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.80, 61.40 ตามลำดับ การรับรู้บรรยาการคองค์การและค่านิยมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านโป่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร ระดับตำแหน่งงาน และเจตคติต่อผลตอบแทน โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานได้ ร้อยละ 61.60 ($R^2_{adj} = .617$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This cross-sectional study aims to assess the quality of work life, perceived organizational climate, and work values of professional nurses at Ban Pong Hospital and to examine the relationships between personal characteristics, perceived organizational climate, work values, and quality of work life among these nurses. The research instruments included a personal information questionnaire, a quality of work life questionnaire for professional nurses, an organizational climate perception questionnaire, and a work values questionnaire. These instruments were validated by three experts, with item objective congruence indices ranging from 0.67 to 1.0, and Cronbach's alpha coefficients of 0.921, 0.916, and 0.839, respectively. Stepwise multiple regression was employed for data analysis.

The findings revealed that 53.80% of the professional nurses at Ban Pong Hospital had a quality of work life that needed improvement. The overall the perceptions of organizational climate and work values were at a moderate level, at 62.80% and 61.40%, respectively. The perceptions of organizational climate and work values were significantly associated with the quality of work life of professional nurses at Ban Pong Hospital ($p < .001$). The factors predicting the quality of work life among these nurses included participation in decision-making, internal organizational communication, position level, and attitudes toward compensation. These factors collectively explained 61.60% of the variance in quality of work life ($R^2_{adj} = .617$).

Key words: quality of work life, professional nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดลำดับแรกๆ ที่ช่วยพัฒนาองค์การให้เจริญเติบโต เป็นสื่อกลางในการประสานงาน เสริมสร้างความมั่นคงแก่สังคมและประเทศชาติ หากมีการพัฒนาและบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดการเกิดความขัดแย้งในองค์การ ทำให้สังคมส่วนรวมมีความสุขและเกิดความเข้าใจที่ดีต่อกันได้อีกด้วย ในการพัฒนาขับเคลื่อนประเทศไทยตามจุดเน้นแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) กล่าวถึงการให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์¹ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสังคมให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข จากการสร้างความสมดุลของเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ระยะต่อไปคือการเพิ่มการพัฒนาด้านวัฒนธรรม สังคม การเงิน ธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม กายภาพต่าง ๆ เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลกที่มีความรวดเร็วและซับซ้อนยิ่งขึ้น

ทุกองค์การทั้งภาครัฐและเอกชน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากทรัพยากรมนุษย์เป็นองค์ประกอบสำคัญของกิจกรรมหรือการดำเนินการใด ๆ ของหน่วยงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ โดยอาศัยทักษะความรู้ความชำนาญในการดำเนินการดังกล่าว การที่มนุษย์มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีนั้น มีผลมาจากการได้รับการตอบสนองความต้องการ ความปรารถนาที่ต้องการให้ชีวิตของตนเองดำเนินไปอย่างมีความสุข เช่น การมีหน้าที่การงานที่มั่นคงและก้าวหน้า ได้รับเกียรติและยกย่องเป็นบุคคลที่มีค่าในองค์การ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเนื่องจากได้รับการยอมรับ จากบุคคลทุกระดับในที่ทำงาน การมีหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานที่ดี สามารถดูแลชีวิตของตนเองได้ครบถ้วนได้อย่างน่าพึงพอใจ หากคุณภาพชีวิตการทำงานดี บุคคลมีความพึงพอใจในการทำงาน ย่อมส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าประสงค์² ดังนั้นผู้บริหารขององค์กรควรมีการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงานสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เนื่องมาจากลักษณะของ

องค์กรหรือความคาดหวังของคนทำงานที่เปลี่ยน คุณภาพชีวิตการทำงานจึงมีผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ผู้ปฏิบัติงานจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่เสมอ

พยาบาลวิชาชีพทั้งผู้บริหารการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้บริการสาธารณสุข มีหน้าที่ให้การบริการแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ โดยการแก้ไขปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐาน และหรือปัญหาการพยาบาลที่ซับซ้อน รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติ³ พยาบาลวิชาชีพเป็นกำลังคนที่มีสัดส่วนมากที่สุดที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ปัจจุบันการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ไม่ได้มีสาเหตุจากการผลิตได้ไม่พอดังในอดีต 30 ปีที่ผ่านมา แต่เป็นผลจากการที่ไม่สามารถธำรงรักษาผู้ที่มีทักษะและประสบการณ์ไว้ได้⁴ โดยหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความต้องการพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมประมาณ 136,520 อัตราเต็มกำลัง แต่ปัจจุบันมีกำลังคนพยาบาลวิชาชีพรองรับเพียงร้อยละ 71.84 เท่านั้น ทำให้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลจึงเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เนื่องด้วยลักษณะงานที่มีภาระหนัก ส่วนใหญ่ต้องทำงานเป็นผลัดตลอด 24 ชั่วโมง ต้องเผชิญกับความเร่งรีบและความเครียด เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและบาดเจ็บจากการทำงาน ส่งผลให้ต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น⁵ นอกจากนี้นโยบายด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้คุณภาพและมาตรฐานที่ถูกต้องตรวจสอบตลอดเวลา ทำให้บรรยากาศในการทำงานมีความตึงเครียดกดดัน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้พยาบาลที่อยู่ภายในองค์กรลาออก โอนย้ายอยู่เสมอ ทำให้อัตรากำลังคนในการปฏิบัติงานมีน้อยลงส่งผลกระทบต่ออัตรากำลังที่มีอยู่เท่าเดิม ดังนั้นคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะต้องเอาใจใส่และสรรหาแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้พยาบาลวิชาชีพมากขึ้น เพราะคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคลากรส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร⁶ และนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

บรรยากาศองค์กร เป็นปัจจัยที่เป็นสภาวะปัจจุบันในองค์กรที่เกิดขึ้นและมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นอย่างยิ่ง เพราะในการปฏิบัติงานบุคลากรจำเป็นต้องปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างขององค์กร กฎระเบียบข้อบังคับ และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงานตลอดเวลา การปฏิบัติงานในบางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจจะต้องพบกับความเสี่ยงและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในองค์กรบ้างไม่มากก็น้อย องค์กรที่มีโครงสร้างการทำงานดี บุคลากรในองค์กรมีความรับผิดชอบ มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่ดี องค์กรให้การสนับสนุนบุคลากรในแง่ต่าง ๆ ทำให้บุคลากรเกิดความอบอุ่น เกิดความไว้วางใจในองค์กร มีความเสียสละและเต็มใจในการทำงาน⁷ ทั้งนี้บรรยากาศองค์กรยังมีอิทธิพลที่สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความสบายใจ มีความสุขในการทำงาน เกิดความไว้วางใจในหน่วยงาน มีความเสียสละและเต็มใจทำงาน มีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร ส่งผลให้มีอัตราการขาดงาน การโยกย้ายงาน และลาออกของบุคลากรในองค์กรลดลง

ค่านิยม เป็นคุณลักษณะทางจิตใจของบุคคลที่มีส่วนประกอบของอารมณ์ และความรู้สึก ผสมอยู่ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการขึ้นนำพฤติกรรมของบุคลากร ซึ่งอยู่ภายใต้สถานการณ์สิ่งเร้าเดียวกัน หรืออีกนัยหนึ่งค่านิยมในการทำงานเป็นเสมือนตัวตัดสิน กำหนด หรือผลักดันให้พฤติกรรมโน้มเอียงไปทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นพลังที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใต้พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ ค่านิยมในการทำงานที่ต่างกันจะส่งผลให้การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมในการทำงานนั้นแตกต่างกันไป พฤติกรรมการทำงานที่มีประสิทธิภาพในองค์กร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร

โรงพยาบาลบ้านโป่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 350 เตียงให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการคุ้มครอง

ผู้บริโภคร ดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพภายใต้มาตรฐานการรับรองและรองรับการตรวจประเมินคุณภาพเป็นระยะ ๆ สถานการณ์การให้บริการปัจจุบัน พบว่าจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มสูงขึ้น 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2564-2566) ปีละ 367,324 500,546 และ 482,435 คนต่อปี เฉลี่ยวันละ 1,284, 1,453 และ 1,750 ตามลำดับ⁸ ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งนับว่าเป็นกำลังหลักของการให้บริการ ของโรงพยาบาลมีน้อยลงทุกปี อัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 283 คน จากจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 816 คน คิดเป็นร้อยละ 34.68 (ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2567) จำนวนพยาบาลวิชาชีพลาออกและเกษียณของย้อนหลัง 3 ปี (ปีพ.ศ. 2564-2566) พบว่า ปีพ.ศ. 2564 มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน จำนวน 316 คน ลาออกและเกษียณอายุราชการ 20 คน ปีพ.ศ. 2565 มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน จำนวน 294 คน ลาออกและเกษียณอายุราชการ 21 คน ปีพ.ศ. 2566 มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน จำนวน 296 คน ลาออกและเกษียณอายุราชการ 38 คน คิดเป็นร้อยละ 6.32, 7.14 และ 12.83 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนพยาบาลวิชาชีพมีน้อยลง และมีแนวโน้มลาออกและเกษียณอายุราชการเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และความสัมพันธระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การและค่านิยมในการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดนโยบาย ปรับปรุง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลคงอยู่ในระบบ และให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่บริการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน การรับรู้บรรยากาศองค์การ และค่านิยมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 283 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงาน การรับรู้บรรยากาศองค์การ และค่านิยมในการทำงาน ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง ได้แก่ ความสมดุลระหว่างชีวิตในการทำงานกับชีวิตส่วนตัว การมีส่วนร่วมในการควบคุมงานของตนเอง สภาวะในการทำงาน ความพึงพอใจในความเป็นอยู่โดยทั่วไป

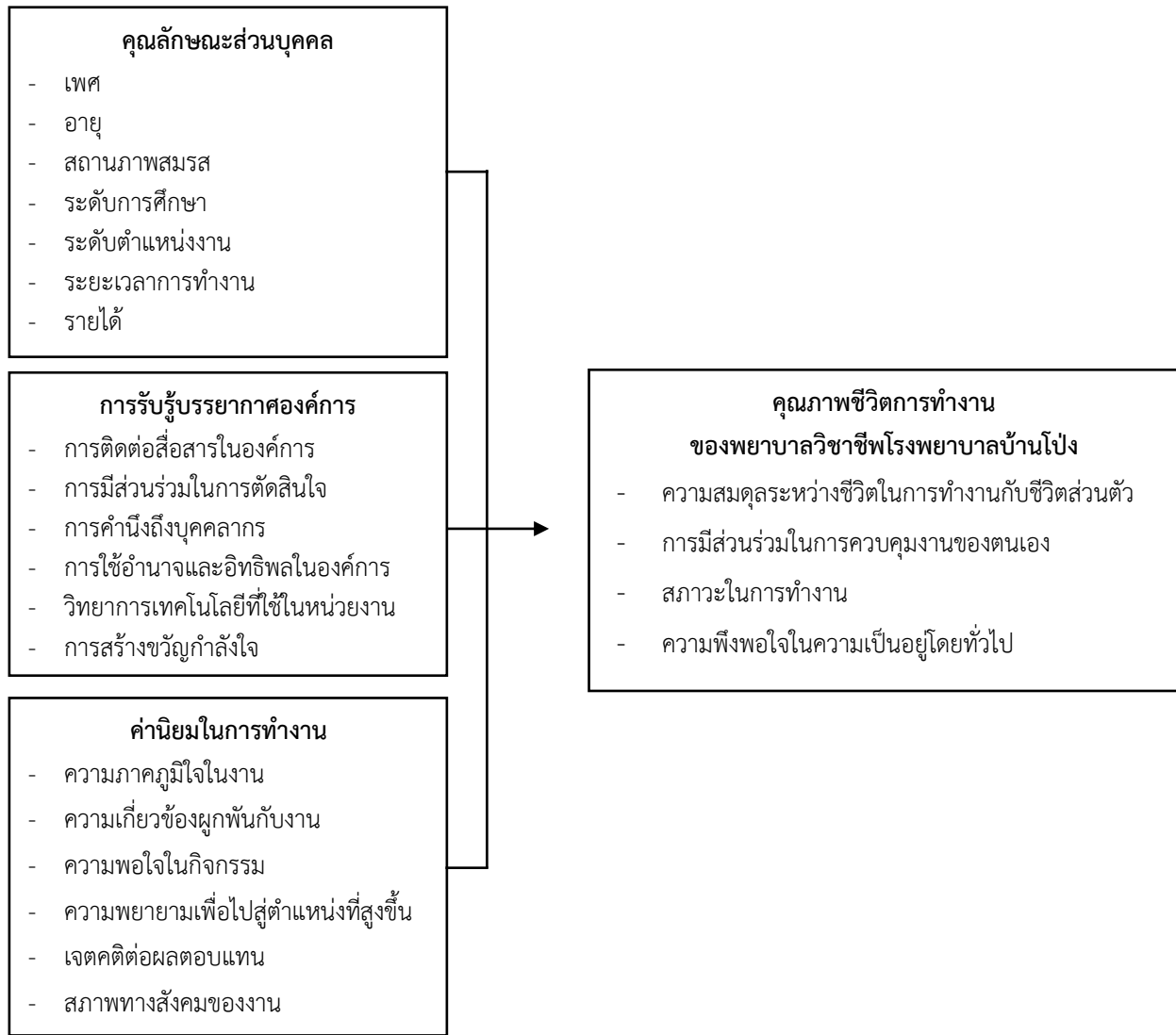
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่งครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของบรูคส์และแอนเดอร์สัน⁹ ได้เสนอแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นระดับความพึงพอใจของบุคลากร ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลที่เพียงพอ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่มีต่อการทำงานผ่านการมีส่วนร่วมในการทำงาน และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ จึงได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 283 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
2. สมัครงใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหลังจากได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่าง ลาคลอด และลาศึกษาดูงานในช่วงการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการทำงาน และรายได้

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับใช้จากเครื่องมือสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ตามแนวคิดของบรูคส์และแอนเดอร์สัน⁹ จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ความสมดุลระหว่างชีวิตในการทำงานกับชีวิตส่วนตัว 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการควบคุมงานของตนเอง 5 ข้อ สภาวะในการทำงาน 11 ข้อ และความพึงพอใจในความเป็นอยู่โดยทั่วไป 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ 3 ระดับ ใช้เกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)¹⁰

3. แบบสอบถามการรับรู้บรรยากาศองค์การ แบบสอบถามพัฒนามาจากแนวคิดลิเกริซท์¹¹ จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารภายในองค์การ 4 ข้อ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3 ข้อ การคำนึงถึงบุคลากร 2 ข้อ การใช้อำนาจและอิทธิพลในองค์การ 2 ข้อ วิทยาการเทคโนโลยีที่ใช้ในหน่วยงาน 3 ข้อ และการสร้างขวัญกำลังใจ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้บรรยากาศองค์การ 3 ระดับ ใช้เกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)¹⁰

4. แบบสอบถามค่านิยมในการทำงาน แบบสอบถามพัฒนามาจาก แนวคิดของวอลแลคและคณะ¹² จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความภาคภูมิใจในงาน 3 ข้อ ความเกี่ยวข้องและผูกพันกับงาน 2 ข้อ ความพอใจในกิจกรรม 2 ข้อ ความพยายามเพื่อไปสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 3 ข้อ เจตคติต่อผลตอบแทน 2 ข้อ และสภาพทางสังคมของงาน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนค่านิยมในการทำงาน 3 ระดับ ได้แก่ ใช้เกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลด้านบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและการวิจัย 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ .92 แบบสอบถามการรับรู้บรรยากาศองค์การ เท่ากับ .92 และแบบสอบถามค่านิยมในการทำงาน เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง หนังสือรับรองเลขที่ COA No.008-2024 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2567 หลังจากนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงจะ

(6/13)

ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บแบบสอบถามไปยังรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนส่งแบบสอบถามไปยังผู้ประสานงานของหอผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน
3. ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลผ่านผู้ประสานงานของแต่ละหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยชุดเอกสารแต่ละชุดจะประกอบด้วย เอกสารชี้แจงโครงการ เอกสารแสดงความยินยอม และแบบสอบถาม
4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง เดือน กรกฎาคม พ .ศ.2567
5. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บรรยากาศองค์การ และค่านิยมในการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 95.90 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 34.50 สถานภาพโสด ร้อยละ 49.70 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.20 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 82.10 ตำแหน่งงานที่ระดับชำนาญการ ร้อยละ 68.90 มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 0-5 ปี ร้อยละ 33.10 รายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 50.30 ซึ่งเพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน ร้อยละ 62.10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	139	95.90
ชาย	6	4.10
อายุ (ปี)		
20 - 29	42	29.00
30 - 39	23	15.90
40 - 49	50	34.50
50 ปีขึ้นไป	30	24.70
\bar{X} = 37.80, SD = 8.90, Min = 22 ปี, Max = 59 ปี		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	72	49.70
สมรส	63	43.40
หม้าย/หย่า แยกกันอยู่	10	6.80
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	138	95.20
สูงกว่าปริญญาตรี	7	4.80
ประเภทตำแหน่ง		
ข้าราชการ	119	82.10
พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	17	11.70
ลูกจ้าง	9	6.20
ระดับตำแหน่งงาน		
ปฏิบัติการ	26	21.80
ชำนาญการ	82	68.90
ชำนาญการพิเศษ	11	9.30
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ปี)		
< 5	48	33.10
5 - 9	11	7.60
10 - 14	9	6.20
15 - 19	37	25.50
>20 ปี	40	27.60
\bar{X} = 12.90, SD = 1.10, Min = 1 ปี, Max = 37		
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
10,001-20,000	23	15.90
20,001-30,000	32	22.10
30,001-40,000	17	11.70
40,000 ขึ้นไป	73	50.30
\bar{X} = 28,780.50, SD = 8,205.4, Min = 18,540, Max = 54,920		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	90	62.10
ไม่เพียงพอ	55	37.90

2. คุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 53.80 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านความพึงพอใจในความเป็นอยู่โดยทั่วไปอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด ร้อยละ 57.90 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง (n = 145)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ระดับ (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม	4.80	41.40	53.80
ความสมดุลระหว่างชีวิตในการทำงานกับชีวิตส่วนตัว	7.60	38.60	53.80
การมีส่วนร่วมในการควบคุมงานของตนเอง	1.40	46.20	52.40
สภาวะในการทำงาน	2.10	45.50	52.40
ความพึงพอใจในความเป็นอยู่โดยทั่วไป	0.70	41.40	57.90

3. การรับรู้บรรยากาศองค์การ และค่านิยมในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า การรับรู้บรรยากาศองค์การในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.80 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การด้านการใช้อำนาจ และอิทธิพลในองค์กร อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 78.60 สำหรับค่านิยมในการทำงานของของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.40 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าระดับค่านิยมในการทำงานด้านความพอใจในงาน อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 82.10 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้บรรยากาศองค์การ และค่านิยมในการทำงาน (n = 145)

รายการ	ร้อยละ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การรับรู้บรรยากาศองค์การโดยรวม	23.40	62.80	13.80
การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร	4.80	62.80	32.40
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	1.40	78.60	20.00
การคำนึงถึงบุคลากร	4.10	19.30	76.60
การใช้อำนาจและอิทธิพลในองค์กร	0.70	20.70	78.60
วิทยาการเทคโนโลยีที่ใช้ในหน่วยงาน	4.80	75.90	19.30
การสร้างขวัญกำลังใจ	4.10	21.40	74.50
ค่านิยมในการทำงานโดยรวม	8.30	61.40	30.20
ความภาคภูมิใจในงาน	0.70	55.90	43.40
ความเกี่ยวข้องและผูกพันกับงาน	3.40	17.90	78.60
ความพอใจในงาน	2.10	15.90	82.10
ความพยายามเพื่อไปสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น	2.80	59.30	37.90
เจตคติต่อผลตอบแทน	6.20	29.70	64.10
สภาพทางสังคมของงาน	2.80	69.70	27.60

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน จาก 19 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน รายได้ การรับรู้บรรยากาศองค์การทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารในองค์กร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การคำนึงถึงบุคลากร การใช้ อำนาจและอิทธิพลในองค์กร วิทยาการเทคโนโลยีที่ใช้ในหน่วยงาน การสร้างขวัญกำลังใจ และค่านิยมในการทำงาน 6 ด้าน ได้แก่ ความภาคภูมิใจในงาน ความเกี่ยวข้องและผูกพันกับงาน ความพอใจในงาน ความพยายามไปสู่ตำแหน่งงานที่

สูงขึ้น เจตคติต่อผลตอบแทน สภาพทางสังคมของงาน พบว่ามีตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมี 4 ตัวแปร ได้แก่ เจตคติต่อผลตอบแทน เมื่อรวมกับระดับตำแหน่งงาน การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.60 ($R^2 \text{ adj.} = .616$)

สามารถสร้างสมการเพื่อใช้ทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 4 ดังนี้
 คุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง = $1.343 + 0.118$ (การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ) + 0.077 (การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร) - 0.219 (ระดับตำแหน่งงาน) + 0.069 (เจตคติต่อผลตอบแทน)

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 145$)

ปัจจัย	R ²	R ² adj.	b	SE (b)	Beta	p-value
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	.629	.616	.118	.032	.363	<.001
การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร			.077	.029	.276	
ระดับตำแหน่งงาน			-.219	.064	-.203	
เจตคติต่อผลตอบแทน			.069	.027	.173	
(ค่าคงที่)			1.343	.379		

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 53.80 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าความพึงพอใจในความเป็นอยู่โดยทั่วไป อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 57.90

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต้องปรับปรุง แม้ว่าอาชีพพยาบาลได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดีจากสังคม มีความมั่นคงในอาชีพ แต่ตัดสินใจลาออกจากวิชาชีพเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะงานที่มีภาระหนัก ส่วนใหญ่ทำงานเป็นผลัด เผชิญกับความเร่งรีบและความเครียด เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและบาดเจ็บจากการทำงาน⁵ ทำให้ด้านความพึงพอใจในความเป็นอยู่โดยทั่วไป อยู่ในระดับต้องปรับปรุง นอกจากนี้ยังพบว่า ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตในการทำงานกับชีวิตส่วนตัว พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในหลายด้านนอกเหนือจากการให้บริการทางการพยาบาล ต้องรับผิดชอบงานมาก เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน⁵ ปัญหาในการปฏิบัติงานที่พบมากที่สุด คือ ปริมาณงานมากเกินไป² ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการจัดการชีวิตครอบครัว ดูแลสมาชิกภายในบ้านได้ ไม่สามารถลาหยุดได้ แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยไม่สบาย รวมถึงมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ทำให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพขาดความสมดุลในชีวิตกับงาน¹³ เช่นเดียวกับด้านสภาวะในการทำงาน แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน สามารถสื่อสารและทำงานร่วมกับแพทย์ในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี โรงพยาบาลสนับสนุนความก้าวหน้า กำหนดทิศทางและเป้าหมายของวิชาชีพได้ แต่ขาดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เพื่อเป็นการผ่อนคลายบรรยากาศจากการทำงานเมื่อถึงเวลาพัก

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและสมดุลการทำงานในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย¹⁴ และการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ โรงพยาบาลทุติยภูมิ¹⁵

2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน และรายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยพบว่าเพศ อายุ

ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน^{6,7} นอกจากนี้ยังพบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระดับตำแหน่งงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชวิถี^{13,16} การรับรู้บรรยากาศองค์การ ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.80 พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย¹⁷ ที่พบว่าบรรยากาศองค์การสามารถทำนาย ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานได้ร้อยละ 72 และการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล⁶ เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านการใช้อำนาจและอิทธิพลในองค์การ การคำนึงถึงบุคลากร การสร้างขวัญกำลังใจอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 78.60, 76.60 และ 74.50 ตามลำดับ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อมีการมอบหมายหรือสั่งการจากหัวหน้างานแล้วจะต้องถือปฏิบัติตามการมอบหมาย พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่ง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 20.70 ได้รับการตอบสนองต่อความคิดเห็นจากหัวหน้างานหรือผู้บริหารของโรงพยาบาล ร้อยละ 15.90 อย่างไรก็ตามการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและแนวทางส่งเสริมพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน¹⁸ พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลมีเวทีที่ให้พนักงานสามารถแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้บริหารเป็นผลให้พยาบาลรู้สึกไม่ถูกจำกัดสิทธิ มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น เกิดความเสมอภาคในการทำงานร่วมกัน ในส่วนของการพิจารณาเงินเดือนและการเลื่อนตำแหน่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่งได้รับการพิจารณาเงินเดือนและการเลื่อนตำแหน่งจากผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลเพียงร้อยละ 19.30 แตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ที่พบว่าทำให้ค่าตอบแทน สวัสดิการต่าง ๆ การพิจารณาเลื่อนขั้นหรือตำแหน่งตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างยุติธรรม ส่งเสริมขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้บรรยากาศองค์การดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน⁷

ค่านิยมในการทำงานในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.40 พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล⁷ เช่นเดียวกันกับการศึกษาค่านิยมวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร¹⁹ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าระดับค่านิยมในการทำงาน ด้านความพอใจในงาน ความเกี่ยวข้องผูกพันกับงาน และเจตคติต่อผลตอบแทน อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 82.10, 78.60 และ 64.10 ตามลำดับอธิบายได้ว่าแม้ว่าการทำงานเป็นพยาบาลเปรียบเสมือนกับการทำบุญ ได้ช่วยเหลือผู้คนให้หายจากอาการเจ็บป่วย รู้จักผู้คนหลากหลายอาชีพและเป็นวิชาชีพที่ยอมรับในสังคม นอกจากนี้พยาบาลยังรู้สึกว่าการที่ทำงานที่มีคุณค่า เป็นงานที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อการประสบความสำเร็จขององค์การ แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่คิดที่จะเปลี่ยนงาน ไม่ต้องการทำงานลักษณะแบบปัจจุบันนี้ไปเรื่อย ๆ ร้อยละ 29.70 ต้องการได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน ที่ได้จากการปฏิบัติงานที่มีความคุ้มค่า และสอดคล้องกับความต้องการทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตในสังคม²⁰ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการลาออกไปอยู่ภาคเอกชนเนื่องจากได้รับค่าตอบแทนสูงกว่า⁴ เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายหรือค่าครองชีพที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านโป่งภาพรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร ระดับตำแหน่งงาน และเจตคติต่อผลตอบแทน ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยมีดังนี้

1. ด้านการรับรู้บรรยากาศองค์การ พยาบาลวิชาชีพควรมีส่วนร่วมการเสนอข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้บริหารของโรงพยาบาล ในกำหนดกฎ ระเบียบ หรือนโยบายต่าง ๆ ของโรงพยาบาลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาล รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญขององค์การ สร้างบรรยากาศที่ดี หรือกิจกรรมทางสังคมร่วมกันในการทำงาน ในส่วนของการพิจารณาการเลื่อนเงินเดือน หรือระดับตำแหน่งงาน เพื่อความยุติธรรมและโปร่งใส โรงพยาบาลควรประกาศหรือชี้แจงเกณฑ์การประเมิน เกณฑ์การเลื่อนเงินเดือน/เลื่อนระดับตำแหน่ง ให้พยาบาลวิชาชีพทราบอย่างทั่วถึง ชี้แจงผลการประเมินระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาโดยตรง เพื่อลดความไม่พอใจ หรือเคลือบแคลงใจในการประเมิน

2. ด้านค่านิยมในการทำงาน ผู้บริหารควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันกับงานของตนเอง รักและอยากทำงานในองค์การต่อไป สร้างสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เพื่อเป็นการผ่อนคลายบรรยากาศจากการทำงานเมื่อถึงเวลาพัก จัดสรรค่าตอบแทน หรือรางวัลจูงใจ ตลอดจนสวัสดิการต่าง ๆ ให้มีความเพียงพอ และเหมาะสมต่อความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมให้ดีขึ้น เช่น ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน ปรับปรุงค่าตอบแทนเพิ่มตามผลการปฏิบัติงาน รวมถึงการจัดสวัสดิการอย่างเพียงพอ
2. ควรศึกษาตัวแปรด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความเครียด ความเหนื่อยหน่ายที่ส่งผลต่อการทำงาน เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานต่อไป
3. ควรศึกษาในลักษณะงานวิจัยคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ได้ข้อมูลและผลการวิจัยที่สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 ฉบับย่อ [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
2. เพียงใจ โพธิ์เงิน, ชุติรัตน์ สารรัตน์, ภาณุ อดุลกลิ่น .คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. พุทธชินราชเวชสาร 2559;33(2):200-206.
3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ของการพยาบาลวิชาชีพ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nurse.npru.ac.th/system/20190113191522_a0a9ca0b2dc8a20555739e94e6ab03dc.pdf

4. กฤษดา แสงวดี. วิถีชีวิตขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(2):457-468.
5. ดุษณีย์ ยศทอง. ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพและแนวทางแก้ไข: การจัดการปัจจัยระดับบุคคล. วารสารพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2562;20(38):134-143.
6. กองแก้ว ย้วนบุญหลิม, กิตติยากร คล่องดี, พิทยา พิรุณอมรพันธ์, ปานจิตต์ โพธิ์ทอง, ปิยธิดา รุ่งมัจฉา. คุณภาพชีวิต การทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารการ พยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564;39(1):59-67.
7. สุนิภา ชินวุฒิ, กฤษณา อุไรศรีพงศ์, จุฑามาศ วงศ์จันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30(3):90-103.
8. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. สถิติที่สำคัญ ปี 2566 [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bph.moph.go.th/stat/>
9. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. Nurs Econ. 2005;23(6):319-326.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall Inc.; 1977.
11. Likert R, Likert JG. New ways of managing conflict. New York: McGraw-Hill; 1976.
12. Wallack S, Goodale J, Smith P. Development of the Survey of Work Value. J Appl Psychol 1971;55:331-338
13. ศุภลักษณ์ ทองขาว, โกวิท ภัทสนันท์. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล ราชวิถี. วารสารวิจัยสุขภาพทางการพยาบาล 2563;36(1):255-237.
14. พรรณชนก เดชสิงห์. คุณภาพชีวิตและสมรรถการทำงานในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
15. กนกวรรณ ชัยสิทธิ์สงวน, สุวิมล จอดพิมาย, ปิ่นทิพย์ บุญยชาติ, พรสวรรค์ จารุพันธ์. คุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ โรงพยาบาลหุติยภูมิ. วารสารการบริหารการศึกษา 2562;10(1):1003-1016.
16. พรพรรณ พิทักษา, นิตศน์ ศิริโชติรัตน์, วิริยวดี กิตติพิชัย, สุมลชาติ ดวงบุปผา. สมดุลชีวิตในการทำงานของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2564;6(20):83-94.
17. ภัทรมณ ทับสูงเนิน. โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐใน ประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
18. สุภารัตน์ ประมวล, อรอนงค์ วิชัยคำ, กุลวดี อภิชาติบุตร. คุณภาพชีวิตการทำงานและแนวทางส่งเสริมพยาบาลใน โรงพยาบาลเอกชน. พยาบาลสาร 2563;47(3):351-362.
19. สีสสิทธิ์ ครองชื่น, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, วลัยรัตน์ พบศิริ. ค่านิยมวิชาชีพ การสนับสนุนทาง สังคมกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(6):1007-1016.
20. Walton RE. Improving the quality of working life. Harv Bus Rev 1973;15(1):11-21.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมพยาบาล
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ่อพลอย
Effects of self-efficacy enhancement program on knowledge and nursing
behaviors among nurse of patient with sepsis, Bophoil Hospital

สุรณี ดอกยอ*

Surapee Dokyor*

โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

*Bophoil Hospital Bophoil Distriet, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Surapee Dokyor; E-mail : Surapee04@hotmail.com

Received: September 24, 2024; Revised: October 29, 2024; Accepted: November 8, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้และพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานหนึ่งปีขึ้นไปปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ่อพลอยจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิตและฝึกทักษะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4) แบบสอบถามพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม เท่ากับ 4.38 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้ KR-20 เท่ากับ .80 แบบสอบถามพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 และ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 13.15 (SD = 1.85) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 62.17, SD = 5.08) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 18.09 (SD = 1.56) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 78.23, SD = 3.72) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.88, SD = 0.12)

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด, พฤติกรรมพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental study using one group pretest-posttest design. The objective is to study the effects of a self efficacy perception program on knowledge and behavior in nursing care of a patient with sepsis. The sample group consisted of 35 registered professional nurse with at least one year of experience working in the inpatient and emergency department at Bophloi Hospital, Kanchanaburi Province, selected by purposive selection. The research tools comprised: 1) self-efficacy enhancement program consists of lectures, demonstrations and skills training, and knowledge exchange. 2) personal information questionnaire 3) Knowledge assessment on nursing care of a patient with sepsis 4) behaviours questionnaire for nursing care of a patient with sepsis and 5) questionnaires of satisfaction after participating in the program. The content validity index by 3 experts and quality of the program was 4.38 obtained an index of consistency (IOC) between .67-1.00 and the knowledge confidence value was .80. Cronbach's alpha coefficient for behavior was .86 and .88. Data was analyzed by descriptive statistics and t-test.

The research results found that before enrolling in the program, the average knowledge score was 13.15 (SD = 1.85) and the average behavior score was at a moderate level (\bar{X} = 62.17, SD = 5.08). After enrolling in the program, the average knowledge score was 18.09 (SD = 1.56) and the average behavior score was at a high level (\bar{X} = 78.23, SD = 3.72) had significantly than before participating in the program at the statistical level of .05. The total satisfaction had the highest level (\bar{X} = 4.88, SD = 0.12).

Keywords: self-efficacy perception, nursing care of patients with sepsis, nursing behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเกิดขึ้นเมื่อมีกระบวนการอักเสบ (systemic inflammation) ที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อมากกว่าปกติ จนอวัยวะสำคัญ ๆ ทำงานผิดปกติ อาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ว่าเป็นอาการทางคลินิกของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั้งนอก และในสถานพยาบาล การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤติที่เป็นผลกระทบต่อผู้ป่วยมากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก อาจนำไปสู่การเสียชีวิตมากถึง 11 ล้านคนต่อปี¹ เป็นภาวะวิกฤติที่มีอัตราการตายสูง ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction) และเป็นสาเหตุการตายสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อทั้งหมด²

สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดในประมาณ 175,000 รายต่อปี เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 32.29, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร อัตราเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร และมีอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าร้อยละ 28 ซึ่งเกินเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด³ ซึ่งการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีปัจจัยหลายประการ เช่น บุคลากรยังขาดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย มีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่ไปในทางเดียวกัน ขาดการประเมิน ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) การรายงานอาการแพทย์ล่าช้า รวมทั้งปัญหากระบวนการดูแลต่อเนื่อง ในการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายเพิ่มสูงขึ้น^{4,5} การมีระบบการจัดการที่ชัดเจน บุคลากรมีศักยภาพ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ดี ส่งผล

ต่อความปลอดภัย และสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ของสมาคมเวชศาสตร์วิกฤตแห่งประเทศไทย (Society of Criteria Care Medicine: SCCM)⁶ ซึ่งมุ่งมั่นที่จะลดอัตราการตาย และเจ็บป่วยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ได้นำแนวทางดังกล่าวมาพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับทรัพยากร และข้อจำกัดของสถานบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมครบวงจร อย่างทันท่วงที และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (early recognition) เพื่อให้ทีมสามารถค้นพบผู้ป่วยได้เร็วขึ้น มีการกระตุ้นและสร้างความตระหนักในกลุ่มบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น พยาบาล นักศึกษาแพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน เป็นต้น เพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษาและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนได้อย่างรวดเร็ว เช่น การดำเนินการเฝ้าระวังผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis watch) การนำ Search Out Severity score (SOS score) มาเป็นเครื่องมือช่วยในการค้นพบผู้ป่วย เป็นต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานและการเฝ้าติดตามกำกับ ให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา และช่วยให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁷ ดังนั้นการช่วยเหลือให้ทีมบุคลากรสาธารณสุข มีองค์ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็ว

โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ 5 อยู่ในพื้นที่สุขภาพเขต 5 เปิดให้บริการ 70 เตียง มีแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 2 คน มีแพทย์หมุนเวียนใช้ทุน จำนวน 5 คน แพทย์อายุรกรรม จำนวน 1 คน ศัลยแพทย์ จำนวน 1 คน จากสถิติในปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 168, 225, 283, 236 และ 269 คนตามลำดับ มีการเสียชีวิตของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.19, 0.44, 0.71, 1.27 และ 0.17 ตามลำดับ เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง คิดเป็น ร้อยละ 13.59, 2.50, 2.28, 9.16 และ 2.39 ตามลำดับ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) ต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย คิดเป็นร้อยละ 53.57, 38.22, 25.04, 50.84 และ 24.62 ตามลำดับ นอกจากนี้สถิติบริการของโรงพยาบาลบ่อพลอย ปีพ.ศ. 2566 จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อพลอย และเกิดภาวะช็อกอวัยวะล้มเหลวจนถึงเสียชีวิต พบว่ามีสาเหตุดังนี้ 1) กระบวนการประเมินอาการล่าช้า เช่น การคัดกรองประเมินอาการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ครบถ้วน ความล่าช้าในวินิจฉัย เช่น การรายงานแพทย์ และการส่งต่อข้อมูลของทีมรักษา รวมถึงความล่าช้าในการรักษา เช่น การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ 2) ขาดการประเมินซ้ำก่อนเข้ารับการรักษา และขณะนอนรักษาตัวมี การประเมินที่ไม่ต่อเนื่อง 3) การเฝ้าระวังระดับความรุนแรง ตามแนวปฏิบัติ SOS Score ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical Practice Guideline of Sepsis) ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้เมื่อประเมินสมรรถนะความรู้ของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบระดับคะแนนอยู่ในช่วงน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.63⁸ และที่ผ่านมาไม่มีการอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งการให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย และพบว่าพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพยังมีแนวปฏิบัติไม่เป็นไปในทางเดียวกัน จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จึงควรมี

การส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์

ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁹ เชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self- efficacy) มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้น ถ้าหากทีมบุคลากรสาธารณสุข มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก็จะสามารถให้การพยาบาล ดูแลตามแนวปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องเหมาะสม ซึ่งในการส่งเสริมให้ทีมบุคลากรสาธารณสุข มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนั้น ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive master experience) 2) การสังเกตประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) 3) การได้รับคำแนะนำการใช้คำพูดชักจูง (verbal personation) และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective state) โดยเฉพาะการเน้นให้พยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ และการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเอง จากการฝึกฝนจนทำให้เกิดทักษะ จะทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ และรับรู้ในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยพบว่าการนำแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนมาส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ได้นำ นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการประเมินอาการผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงต่อชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในด้านความรู้ ด้านทัศนคติและความสามารถในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹⁰

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานหอผู้ป่วยในและทีมดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยนำองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง ได้แก่ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง 2) การเรียนรู้จากตัวแบบหรือประสบการณ์ของคนอื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และอารมณ์⁹ จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพให้มีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เน้นการฝึกปฏิบัติทักษะการประเมิน การค้นหาผู้ป่วยจากกรณีศึกษาและตัวอย่างสถานการณ์ การจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากพยาบาล ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในทีม service plan sepsis ของโรงพยาบาลบ่อพลอย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นใจของพยาบาล สามารถนำความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้มาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งลดอัตราการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ่อพลอย
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ่อพลอย

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ่อพลอย

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ขอบเขตการวิจัย

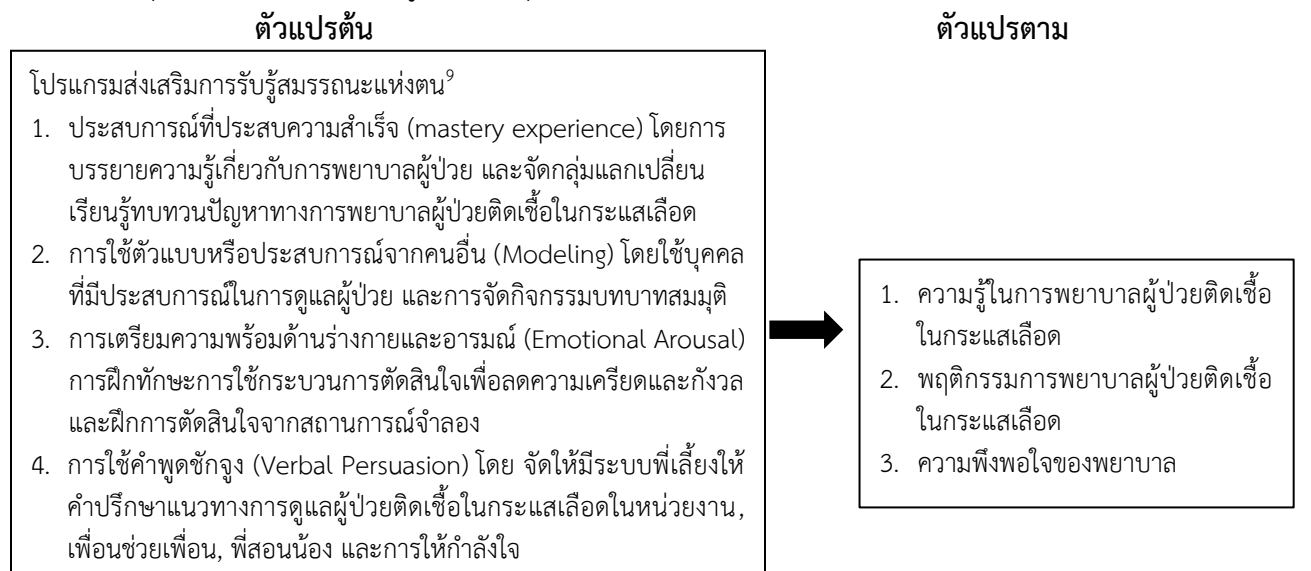
ขอบเขตด้านประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยในหญิงและชาย จำนวนทั้งหมด 35 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ตัวแปรตาม คือ ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และความพึงพอใจต่อโปรแกรมของพยาบาลพยาบาล

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2567 และเก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2567 ณ โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ่อพลอย โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ คือ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง 2) การเรียนรู้จากตัวแบบหรือประสบการณ์ของคนอื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ทั้ง 4 กลยุทธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยในหญิงและชาย โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁹ ประกอบด้วย 1) การบรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตาม service plan sepsis เขต 5 2) การสาธิตและฝึกทักษะการประเมินค้นหาโดยใช้เครื่องมือ SIRS q SOFA SOS score และการจัดการดูแลผู้ป่วย 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของโรงพยาบาลบ่อพลอย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก (ก,ข,ค,ง) ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ มี 3 ระดับ¹¹ คือ มีความรู้อยู่ในระดับน้อย (ตอบถูก 0-11ข้อ) ระดับปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ) ระดับมาก (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 17 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลของเบสท์¹² ดังนี้ มีพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระดับปฏิบัติมาก (ค่าเฉลี่ย 68.00-85.00) ระดับปฏิบัติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 51.00-67.99) และระดับปฏิบัติน้อย (ค่าเฉลี่ย 0-50.99)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้และพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า มี 5 ระดับ โดยมีคะแนน 1-5 เรียงตามลำดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹² คือ ความพึงพอใจระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 24.00-30.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 18.01-23.99) และระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 0-18.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านอายุรกรรมโรงพยาบาลบ่อพลอย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 100 ปี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 และทดสอบคุณภาพและความเป็นไปได้ของโปรแกรม เท่ากับ 4.38

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน และโรงพยาบาลไทรโยค จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมมีค่าเท่ากับ .86 ความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โครงการวิจัย EC. No 19/2567 รับรองวันที่ 2 พฤษภาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการทำงานตามปกติและผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลใดใดทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย อธิบายรายละเอียดต่อหัวหน้าพยาบาลประสานงานเพื่อขอความร่วมมือ ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ขออนุญาตดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ฯ

2. ผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจโดยอิสระ อธิบายกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการบรรยาย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

- อุบัติการณ์และความสำคัญของโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อกและ organ failure แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CPG: standing order) พร้อมวิธีที่ศัลยกรรมเคลื่อนไหว พยาธิสรีระการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อกระตุ้นเกิดภาพการจดจำ และสร้างความตระหนัก โดยอายุรแพทย์โรงพยาบาลบ่อพลอย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที

- บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโรงพยาบาลบ่อพลอย แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลบ่อพลอย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

2. กิจกรรมโดยจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผ่านมา จากเวชระเบียน และจากประสบการณ์ผู้ที่ปฏิบัติงานที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

กิจกรรมที่ 2 การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์จากคนอื่น (modeling) โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและบุคคลต้นแบบ โดย

1. การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบหรือประสบการณ์คนอื่น โดยพยาบาลตัวแทนหน่วยงานซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบทีมดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดผู้ป่วยใน จำนวน 1 ท่าน และอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน ของโรงพยาบาลบ่อพลอย นำเสนอประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างถูกต้องและปลอดภัย และวิธีทัศนต้นแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้มาตรฐาน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2. การเรียนรู้จากอายุรแพทย์ โดยผู้วิจัยเป็นหัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลบ่อพลอย ฝึกทักษะการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน จำลองสถานการณ์ต่าง ๆ เทคนิคการรายงานแพทย์โดยใช้หลัก ISBARR และการติดต่อประสานงานโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที

3. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรม จำนวน 35 คน เพื่อระดมสมอง และฝึกปฏิบัติสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามสถานการณ์สมมุติ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาการดูแล ตั้งแต่การเข้าถึง การประเมิน การเฝ้าระวัง การปฏิบัติตามแนวทาง และการประเมินผลลัพธ์การดูแล ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (emotional arousal) โดยการฝึกทักษะการตัดสินใจ เพื่อลดความเครียดและกังวล และฝึกกระบวนการตัดสินใจ จากสถานการณ์จำลอง และฝึกปฏิบัติทักษะการประเมิน ค้นหาผู้ป่วยสงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากกรณีศึกษา และอุบัติการณ์ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน SIRS qSOFA SOS score และ SOFA ภาวะ organ failure

2. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงาน เพื่อนช่วยเพื่อน พี่สอนน้อง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทักษะ ได้มีการเสริมแรงให้รางวัล และการให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบและแบบสอบถามกับพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการพยาบาล และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov เป็นไค้งปกติ $p = .680$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.29 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.40 ปี (SD = 10.50) มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 57.10 การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ตำแหน่งงานระดับชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 51.43 ประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.80 ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 14.77 ปี น้อยที่สุด 2 ปี มากที่สุด 36 ปี และปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 37.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n = 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	35	100.00
อายุ (ปี)		
21 - 30	12	34.29
31 - 40	9	25.71
41 - 50	9	25.71
51 - 60	5	14.29
\bar{X} = 37.49, SD = 10.50, min = 23, max = 60		
สถานภาพ		
โสด	20	57.10
คู่	13	37.20
หม้าย/หย่า/แยก	2	5.70
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	35	100.00
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	17	48.57
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	18	51.43
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1 - 10	17	48.57
11- 20	7	20.00
> 20	11	31.43
\bar{X} = 14.77, SD = 10.74, min = 2, max = 36		
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	15	42.86
แผนกผู้ป่วยใน	20	57.14

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 13.53, SD = 1.85) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับมาก (\bar{X} = 18.09, SD = 1.56) และคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 35)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความรู้น้อย	8	22.86	0	0.00		
ระดับความรู้ปานกลาง	23	65.71	3	8.57		
ระดับความรู้มาก	4	11.43	32	91.43		
\bar{X} , SD	\bar{X} = 13.51, SD = 1.85		\bar{X} = 18.09, SD = 1.56		25.39	.000*

*p < .05

3. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ่อพลอย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 62.17, SD = 5.08) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 78.23, SD = 3.72) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกตามระดับพฤติกรรม (n = 35)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับปฏิบัติน้อย	2	5.71	0	0.00		
ระดับปฏิบัติปานกลาง	31	88.58	3	8.57		
ระดับปฏิบัติมาก	2	5.71	32	91.43		
\bar{X} , SD	\bar{X} = 62.17, SD = 5.08		\bar{X} = 78.23, SD = 3.72		29.36	.000*

*p < .05

4. ผลประเมินความพึงพอใจ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.88, SD = 0.31) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าความรู้ ความเข้าใจ ตรงตามที่คาดหวัง และมีประโยชน์ต่อผู้ใช้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.94, SD = 0.24) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ่อพลอย (n = 35)

รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ความรู้ความเข้าใจตามที่คาดหวัง	4.94	0.24	มากที่สุด
2. ขั้นตอนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบและเหมาะสม	4.86	0.36	มากที่สุด

รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
3. โปรแกรมสะท้อนความคิดในการทำงาน	4.91	0.28	มากที่สุด
4. สามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	4.91	0.28	มากที่สุด
5. สามารถนำความรู้ความเข้าใจไปเผยแพร่ถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้	4.69	0.47	มากที่สุด
6. ความมีประโยชน์ต่อผู้ใช้	4.94	0.24	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.88	0.31	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ่อพลอย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับพยาบาลใช้เวลาดำเนินกิจกรรมจำนวน 2 วัน โดยมีกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผ่านกิจกรรมการบรรยายเนื้อหาวิชาการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลรักษาการพยาบาล กิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติ ทักษะสร้างความ เข้าใจการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงานและคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบประเมินต่าง ๆ เพิ่มพูนความรู้โดยผ่านสื่อ เช่น power point วิดีทัศน์ QR code และ Line Application ทำให้มีความน่าสนใจ เข้าใจง่ายสามารถอ่านย้อนหลัง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า 20 ปี อยู่ถึงร้อยละ 31.60 และมากกว่า 10 ปีร้อยละ 51.70 จึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) ที่ระบุความสามารถในตนเองที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลได้รับรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ mastery experience มีการใช้ตัวแบบ (modeling) ประกอบกับการใช้ถ้อยคำชักจูง (verbal persuasion) และกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional Arousal) เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมิน ค้นหาเฝ้าระวังระดับความรุนแรงที่รวดเร็ว สามารถดูแลให้ผู้ป่วย fast tract ได้อย่างรวดเร็ว จนทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันท่วงที่ไม่ล่าช้า จากการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกตามตัวชี้วัด ก่อนและหลังพัฒนาโปรแกรม 16 สัปดาห์ มีแนวโน้มดีขึ้น คือ อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อพลอย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ พบร้อยละ 1.26 (ธันวาคม 2566 - มีนาคม 2567) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ ไม่พบอัตราการเสียชีวิต และอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ พบร้อยละ 3.79 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ พบร้อยละ 2.94¹³

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรและแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยพบว่าภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ($p < .05$)¹⁴ เช่นเดียวกับผลการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการให้ความรู้ และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยจริง พบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งมีคู่มือประกอบให้กลุ่ม

ตัวอย่างไปปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย พบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁶

2. การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ่อพลอย พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องจากโปรแกรมมีความหลากหลาย เริ่มตั้งแต่แนวทางความรู้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแนวทางการรักษาแนวทางการพยาบาลตามแนวทางโรงพยาบาลบ่อพลอยและโรงพยาบาลแม่ข่ายฝึกทักษะ การประเมินค้นหาในระยะเริ่มแรก early detection ด้วย screening tool ต่าง ๆ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการดูแลตามแนวทาง sepsis bundle การเฝ้าระวังติดตามอาการด้วย SOS score สร้างเสริมทักษะความเข้าใจกิจกรรม และ เปลี่ยนประสบการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดบุคคลต้นแบบ โดยพยาบาลจากหน่วยงานนำเสนอ ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งวิธีทัศนคติความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และวิธีทัศนคติบุคคลต้นแบบ เพื่อสร้าง แรงจูงใจในการปฏิบัติ อบรมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้ชววนตัดสินใจสถานการณ์จำลอง เทคนิคการรายงานแพทย์โดยใช้หลัก ISBARR และจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบเล่มเอกสารและ QR Code อีกทั้งผู้วิจัยมีการติดตามผลหลังการให้ความรู้โดยติดตามเยี่ยมหน่วยงาน โดยเข้าไปให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในส่วนที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และให้ แรงเสริมโดยการให้กำลังใจ และการใช้กลุ่มเพื่อนเตือนเพื่อน มีการติดตามการประเมินพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประสานหัวหน้าหน่วยงานช่วยเตือน ควบคุมกำกับ และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมิน พฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งที่ผ่านมาและในปัจจุบัน ซึ่งจากการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยในเรื่องของการประเมินโดยใช้เครื่องมือ SIRS qSOSA การปฏิบัติตามแนวทาง Sepsis Bundle การเฝ้าระวังติดตามโดยใช้ SOS Score ทำให้ผลลัพธ์ตัวชี้วัดทางคลินิกอัตราการเสียชีวิตและ อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 ชั่วโมงลดลง

ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน⁹ ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อ พฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการ กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ แห่งตน ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองหลังทดลอง 12 สัปดาห์ และระยะติดตาม 16 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ¹⁷

3. การศึกษาระดับความพึงพอใจหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรม การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ่อพลอย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.88, SD = 0.31$)

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรม การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การบรรยายประกอบสื่อเนื้อหาวิชาการ 2) ฝึกปฏิบัติ ทักษะการประเมินค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือ Screening tool เฝ้าระวังติดตาม

อาการด้วย SOS score 3) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงานการจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและบุคคลต้นแบบเพื่อนำไปใช้ประโยชน์สู่การปฏิบัติได้จริงจึงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมนี้

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการทางการแพทย์แบบเร่งด่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระดับมาก¹⁹เช่นเดียวกับผลการศึกษาความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.59$)¹⁶

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. พยาบาลชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยในระยะแรกได้รวดเร็ว มีขอบข่ายให้ความรู้และส่งเสริมที่ทันเวลาและลดปัญหาในการเข้ารับบริการล่าช้าและได้รับการเข้าถึงและวินิจฉัยที่รวดเร็ว

2. กลุ่มการพยาบาลและทีมดูแลผู้ป่วย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยจัดกิจกรรม และฝึกทักษะการประเมินเฝ้าระวังการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรม และกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรม

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้และโอกาสจาก นายแพทย์ไชยวัฒน์ เพชรพรรณงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย แพทย์หญิงแสงอุษา มารูปหมอก อายุรแพทย์โรงพยาบาลบ่อพลอย ตลอดจนพี่น้องร่วมวิชาชีพพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบ่อพลอย โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน โรงพยาบาลไทรโยค โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครบถ้วนสมบูรณ์ สร้างคุณประโยชน์แก่บริการพยาบาล ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่านที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Clinical Care for Sepsis [online]. 2023 [cited 2024 April 16]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/clinical-management-of-sepsis>
2. ศุภา เฟื่องเลา. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่โรงพยาบาลโพธาราม. วารสารการแพทย์เขต 4-5 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]; 39:698-711. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/248762/169227>

3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. ทิตยา วาระนัง. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร[ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]; 11:1-8. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci.thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/179719>
5. ประภาศิต เทนสินธิ์, ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์, สุชี พบลาก, ชลิสาน นันทสันติ, ธนิตา มนตรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตเร็วและซ้ำในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]; 35:101-109. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci.thaijo.org/index.php/missBH/article/view/241282>
6. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558 [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://externinternguide.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/12/52-septic-shock-draft-2015exin.pdf>
7. รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, บุญส่ง พัจจนสุนทร (บ.ก.). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ [ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤต; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://externinternguide.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/12/52-septic-shock-draft-2015exin.pdf>
8. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ่อพลอย. รายงานผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด; 2566.
9. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
10. นิกธ จันภิลม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
11. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw-Hill Book; 1976.
12. Best JW. Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc; 1986.
13. รายงานสถิติตัวชี้วัดรายโรคประจำปี 2566–2567. โรงพยาบาลบ่อพลอย. กลุ่มงานการพยาบาล; (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
14. ประภาวดี เวชพันธ์, อรุมา โชติมนโนธรรม, สิริพงษ์ แทนไธสง, สุภาพรณัฏ์ ตันต์สุระ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. วารสารวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567]; 3:76-87. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-nedarticle/view/215781>
15. สุรางค์ ช่างเหล็ก. ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]; 4:3-14. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/250890>

16. รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จริญญาศรี มีหนองหว่า, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567]; 29:56-74. เข้าถึงได้จาก: <https://he02tci-thaijo.org/Index.php/lolbenm/article/view.259954>
17. พิษชานันท์ สงวนสุข, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2567]; 9:122-135. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tcithaijo.org/index.php/scnet/index>
18. เอื้อง แก้ววิไล, นิศาชล นุ่มมีชัย, สมหมาย คชนาม. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรี เวชสาร [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2567]; 28:57-72. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/256922>

ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแควอ้อม อำเภอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
Effects of group process on elderly caregivers' behavior for hypertensive
patients Kwaenom Subdistrict, Amphawa District, Samut Songkhram Province

รักชนก เข้มหนู*

Rukchanok Khemnoo*

โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

*Amphawa Hospital, Samut Songkhram Province

Corresponding author: Rukchanok Khemnoo; Email: Rukkhem2517@gmail.com

Received: November 5, 2024; Revised: December 26, 2024; Accepted: December 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลแควอ้อม อำเภอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ในช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2567 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม 2) สื่อความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้กระบวนการกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 1.37, SD = 0.45) หลังใช้กระบวนการกลุ่มอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 1.72, SD = 0.22) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: กระบวนการกลุ่ม, โรคความดันโลหิตสูง, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest- posttest design, aimed to compare the average scores of the caregiver behavior of the elderly with hypertension before and after using the group process. The sample group consisted of 30 primary caregivers aged 18 years and over who continuously assisted the elderly with hypertension and lived in Kwaeom Subdistrict, Amphawa District, Samut Songkhram Province from May - July 2024. The research instruments were 1) group process activities, 2) knowledge media about the elderly with hypertension, 3) personal data recording forms, and 4) a questionnaire on the caregiver behavior of the elderly with hypertension. The quality of research tools was approved by the three experts regarding content validity with a content validity index was 1.00 and Cronbach's alpha coefficient of .97. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that the mean of elderly hypertensive care behavior before using the group process was at a moderate level (\bar{X} = 1.37, SD = 0.45). After using the group process, it was at a high level (\bar{X} = 1.72, SD = 0.22). The two groups were significantly different ($p < .05$).

Keywords: group process, hypertension, elderly caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมที่ต้องให้ความตระหนัก ให้ความสำคัญทั้งการลดอัตราความชุกและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค รายงานจากองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.28 พันล้านคน¹ โดยพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 41.00² และเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.50 ล้านราย หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอัตรา 8,957.50 รายต่อแสนประชากร³ ซึ่งในปีพ.ศ. 2568 ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน⁴ เช่นเดียวกับประชากรโลกที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ประมาณ 1,050 ล้านคน ร้อยละ 13.50 ของประชากรโลกและคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593⁵ ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองจึงมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวและชุมชน⁶

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นเส้นใยอีลาสตินและกล้ามเนื้อเรียบมีการทำงานที่ลดลง ทำให้หลอดเลือดมีการแข็งตัว ความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้แรงต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ลดลง หัวใจจึงบีบตัวมากขึ้นเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ⁷ จากรายงานในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยที่เข้ารับบริการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 57.73⁸ โดยสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้มาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและอายุที่มากขึ้นทำให้ต้อง

รักษาเป็นเวลานาน หรืออาจต้องรักษาตลอดชีวิต นอกจากนั้นยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้แก่ ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น⁹

แนวทางในการจัดการดูแลโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดการดูแลอย่างเป็นระบบด้านการรักษา ประเมินภาวะแทรกซ้อน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อน โดยการปรับพฤติกรรมเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้อาหาร ออกกำลังกาย การคลายเครียด และการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวให้มีความมั่นใจในการดูแลความเจ็บป่วย ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับความดันโลหิต การใช้อาหารเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง⁹ กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคนเพื่อนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของคน นำไปสู่การเสริมสร้างความสัมพันธ์และการพัฒนาการทำงานของกลุ่มคนให้มีประสิทธิภาพ¹⁰ โดยการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹¹ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเพิ่มความรู้ และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น กระบวนการกลุ่มส่งผลต่อความเจริญงอกงามด้านความคิด เกิดการใคร่ครวญตนเองอย่างถ่องแท้ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต¹² ดังเช่นการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หลังใช้กระบวนการกลุ่มค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

ในปีพ.ศ. 2563 จังหวัดสมุทรสงครามได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดอันดับ 6 ของประเทศไทย โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 23.89 และจากสถิติประชากรผู้สูงอายุ (60-99 ปี) ของอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีผู้สูงอายุ จำนวน 11,961 คน⁵ มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563-2566 คิดเป็นร้อยละ 31.13, 29.15, 30.14 และ 33.10 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าในปี พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 51.25 จากการศึกษาสาเหตุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ทั้งยังมีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยที่ตนเองได้รับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตหลายอย่าง เช่น การควบคุมอาหาร ซึ่งมองว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก โดยส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารเหมือนตอนที่ยังไม่ทราบว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงแต่ลดอาหารเค็มลงเท่านั้น จึงเป็นเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น¹⁴

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลอัมพวา มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงนำแนวคิดการใช้กระบวนการกลุ่ม^{10,11} มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังพบปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลทางด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้จนเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เนื่องจากต้องมีการควบคุม การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตหลายอย่าง โดยศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินการจัดการกิจกรรมเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ กับผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทัศนคติ และ

3(12)

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม

ขอบเขตการวิจัย

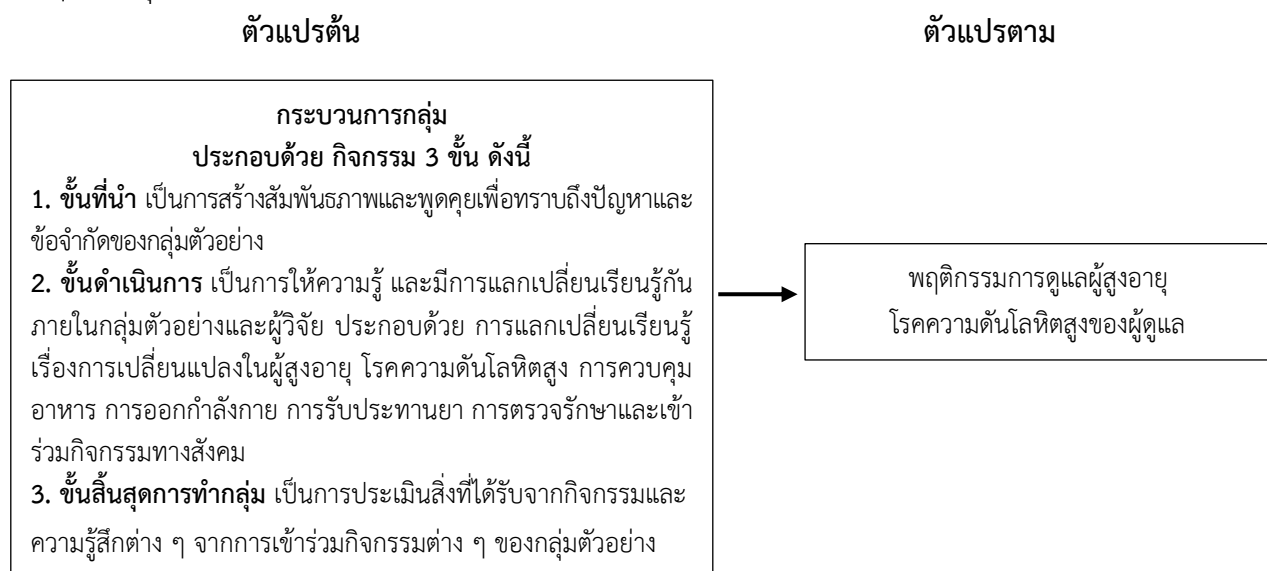
ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ กระบวนการกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการศึกษา เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงพยาบาลอัมพวา อำเภอมัตราบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดกระบวนการกลุ่ม^{10,11} โดยนำมาจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ความรู้สึกประสบการณ์กับผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม 3 ชั้น ได้แก่ ขั้นนำ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพและทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นดำเนินการ เป็นการให้ความรู้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย และขั้นสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นการประเมินสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมและความรู้สึกต่าง ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 77 คน¹⁴

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่น .05 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Cohen¹⁵ คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .80 และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
3. สามารถอ่านออกเขียนได้
4. เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และตัดสินใจแทนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกิจกรรมที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ 1) กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม จำนวน 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นนำ ชั้นดำเนินการ และชั้นสิ้นสุดการทำกลุ่ม และ 2) สื่อความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สื่อความรู้เรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจรักษา และแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดกระบวนการกลุ่ม^{10,11} จำนวน 4 ด้าน 18 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการรับประทานยาและด้านการมารับบริการตรวจรักษา จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ แปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.68 - 1.33) และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.67)¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคู่มือการใช้กระบวนการกลุ่ม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลและชุมชน อาจารย์ด้านการพยาบาลชุมชน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Item Content

5(12)

Validity Index: I-CVI)¹⁷ โดยคู่มือการใช้กระบวนกรกลุ่ม เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล เท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม กระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือรับรอง COA No. 19/2567 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 17 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัย และดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรทราบ และให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตอบรับเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเชิญผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เข้าห้องให้คำปรึกษาที่เตรียมไว้ โดยจัดเก้าอี้เป็นรูปวงกลมหันหน้าเข้าหากันและให้ตอบแบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้กระบวนกรกลุ่ม หลังจากนั้นดำเนินการใช้กระบวนกรกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างมี 30 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน¹¹ และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ขั้นนำ สัปดาห์ที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยเพื่อทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดของสมาชิกใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวโดยการบอกชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น ที่ให้คนในกลุ่มเรียกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยในการแนะนำตัว หลังจากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มแต่ละคนแนะนำตัวเช่นเดียวกับผู้วิจัยตั้งแต่คนแรกจนถึงคนสุดท้าย

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์การใช้กระบวนกรกลุ่ม แจ้งสมาชิกเพื่อขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในเรื่องของความต่อเนื่องและการปรับปรุงการใช้กระบวนกรกลุ่มในครั้งต่อไป เปิดโอกาส ให้สมาชิกกลุ่มซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยชี้แจง และผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกเป็นผู้กำหนดข้อตกลง ร่วมกันในการที่จะให้กลุ่มดำเนินไปได้ดีตามวัตถุประสงค์

3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่การเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยซักถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปปัญหาและอุปสรรค รวมถึงข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

ขั้นดำเนินการ สัปดาห์ที่ 2-3 ใช้ระยะเวลา 90 -120 นาที ต่อกิจกรรม โดยดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ประกอบสื่อ โดยผู้วิจัยให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การมารับการตรวจรักษา และความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 การสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกฝึกจำแนก นมชนิดต่าง ๆ น้ำมัน/ไขมันผัก ผลไม้เกลือ และเครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ ให้เข้าพวกตามแต่ละประเภท

กิจกรรมที่ 3 การสาธิตและฝึกปฏิบัติการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติการจำแนกและจัดยาให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามร่วมกันสรุปปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เพื่อนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และนัดหมายการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มครั้งต่อไป

ขั้นตอนการ สัปดาห์ที่ 4-6

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ วิธีการ ไปปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน และติดตาม ซักถามกลุ่มตัวอย่างในประเด็น “ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไรบ้าง และมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรในการดูแล” พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม หากกลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่มั่นใจในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมารับการตรวจรักษา ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ขั้นสิ้นสุดการทำกลุ่ม สัปดาห์ที่ 7 เป็นการประเมินสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมและความรู้สึกต่าง ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การประเมินสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมและความรู้สึกต่าง ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแสดงความรู้สึกจากการประเมินการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน พร้อมระบุปัญหาที่พบและวิธีการแก้ปัญหาให้เพื่อน ๆ ในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นแนวทางแก้ไขปัญหา และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้สมาชิกได้นำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม โดยใช้สถิติ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov test พบว่าเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.70 ศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวส. ร้อยละ 43.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.00 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 36.70 และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 56.70 ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	28	93.30
ชาย	2	6.70
อายุ (ปี)		
31 – 40	1	3.30
41 – 50	2	6.70
51 – 60	10	33.30
≥61	17	56.70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	30.00
มัธยมต้น	5	16.70
มัธยมศึกษา/ปวช.	13	43.30
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	1	3.30
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	6.70
อาชีพ		
เกษตรกรรม	12	40.00
ค้าขาย	8	26.60
ทำงานบ้าน	5	16.70
รับจ้างทั่วไป	5	16.70
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		
บุตร/หลาน	11	36.70
สามี/ ภรรยา	6	20.00
ญาติฝ่ายผู้ป่วยเอง	6	20.00
เพื่อนบ้าน	4	13.30
ลูกเขย ลูกสะใภ้ หลานเขย หลานสะใภ้	3	10.00
รายได้ (บาท)		
≤5,000	17	56.70
5,001-10,000	8	26.70
10,001-15,000	1	3.30
15,001-20,000	1	3.30
≥20,001	3	10.00

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนใช้กระบวนการกลุ่มในภาพรวม มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.37, SD = 0.45$) เมื่อนำมาพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด ได้แก่ การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ($\bar{X} = 1.13, SD = 0.57$) และข้อที่มีระดับพฤติกรรมมากที่สุด ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลหลังจากหาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาตรวจตามนัด ($\bar{X} = 1.70, SD = 0.53$) หลังใช้กระบวนการกลุ่มมีในภาพรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.72, SD = 0.22$) เมื่อนำมาพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด ได้แก่ การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ($\bar{X} = 1.56, SD = 0.50$) และข้อที่มีระดับพฤติกรรมมากที่สุด ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลหลังจากหาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาตรวจตามนัด ($\bar{X} = 1.96, SD = 0.18$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่า ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้กระบวนการกลุ่ม จำแนกตามรายข้อ (n = 30)

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนใช้			หลังใช้		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การทำหรือจัดหาอาหารในแต่ละวันให้ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	1.30	0.70	น้อย	1.73	0.44	มาก
2. การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับประทานตรงเวลาในแต่ละวัน	1.33	0.71	น้อย	1.63	0.49	ปานกลาง
3. การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงลดการกินอาหารแปรรูปต่าง ๆ เช่นไส้กรอก หมูยอ เบคอน ผักดอง ผลไม้ดอง ปลาเค็ม	1.23	0.67	น้อย	1.66	0.47	ปานกลาง
4. การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อทุกครั้ง เลือกอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	1.33	0.66	น้อย	1.66	0.47	ปานกลาง
5. การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้ลดความถี่และปริมาณน้ำจิ้มของอาหารที่มีน้ำจิ้ม เช่นสุกี้ หมูกระทะ หอยทอด	1.13	0.68	น้อย	1.66	0.47	ปานกลาง
6. การดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดื่มแอลกอฮอล์	1.16	0.83	น้อย	1.76	0.43	มาก
7. การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื่องการออกกำลังกาย	1.30	0.65	น้อย	1.60	0.49	ปานกลาง
8. การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายโดยการเดินหรือบริหารกายท่าต่าง ๆ หรือทำงานบ้านอย่างเหมาะสม	1.46	0.62	ปานกลาง	1.73	0.44	มาก
9. การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ออกกำลังกาย 15-30 นาที	1.23	0.62	น้อย	1.70	0.46	มาก
10. การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	1.13	0.57	น้อย	1.56	0.50	ปานกลาง
11. การจัดยาให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	1.26	0.86	น้อย	1.70	0.46	มาก

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนใช้			หลังใช้		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
12. การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้รับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	1.50	0.68	ปานกลาง	1.86	0.34	มาก
13. การดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานยาลดความดันโลหิตตามเวลาที่แพทย์สั่ง	1.53	0.68	ปานกลาง	1.90	0.30	มาก
14. การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มาตรวจตามนัดที่แพทย์นัด	1.66	0.60	ปานกลาง	1.90	0.30	มาก
15. การเข้ารับฟังปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อพาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาตรวจ	1.53	0.68	ปานกลาง	1.80	0.40	มาก
16. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาลหลังจากพาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาตรวจตามนัด	1.70	0.53	มาก	1.96	0.18	มาก
17. การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน	1.36	0.61	ปานกลาง	1.43	0.50	ปานกลาง
18. การดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทำบุญ ตามพิธีทางศาสนา	1.46	0.50	ปานกลาง	1.66	0.47	ปานกลาง
รวม	1.37	0.45	ปานกลาง	1.72	0.22	มาก

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้กระบวนการกลุ่ม (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	\bar{x}	SD	t-test	p-value
ก่อนใช้กระบวนการกลุ่ม	1.37	0.45	-3.78	.001*
หลังใช้กระบวนการกลุ่ม	1.72	0.22		

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001)

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในการดำเนินกระบวนการกลุ่มครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่าง ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์กับผู้มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะนำ เป็นระยะสร้างสัมพันธ์ภาพและทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดของสมาชิกในกลุ่ม ระยะดำเนินการ เป็นการให้ความรู้และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มและระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่ม และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มเป็นระยะ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้กระบวนการกลุ่มแตกต่างจากก่อนการใช้กระบวนการกลุ่ม เนื่องจากการใช้กระบวนการกลุ่มนี้ เหมาะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมให้เกิดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดและผลการศึกษาในการใช้คู่มือกระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{10,11} ดังการศึกษาการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคและการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) การเสริมแรงจิตใจ พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้นและยังพบว่าภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยรอบเอว ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกดีขึ้น¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนพบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง สามารถนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ดูแลเพื่อขยายผลการศึกษได้กว้างขวางมากขึ้น
2. สามารถนำไปส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการใช้กระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น และควรติดตามประเมินผลการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นระยะ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ทุก ๆ 6-12 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [online]. 2021 [cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ ดีไซน์; 2564.
3. กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วีชรินทร์ พี.พี.; 2565.
4. นวพร ทุมแถว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุนทรวิชัย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(3):32-44.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. จำนวนผู้สูงอายุ 3 ปีซ้อนหลัง. สมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
6. พวงชนนถ จริยะจินดา, วิชชุดา ลูติโชติรัตน์. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยุค 4.0. วารสารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มนุษย์ศาสตร์ปริทรรศน์ 2561;4(2):28-38.
7. Oliveros E, Patel H, Kyung S, Fugar S, Goldberg A, & Madan N. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. Clinical cardiology 2020;43(2):99-107.

8. ณัฐจิรพรรณ พันธมุง, อลิศรา อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิติ. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี 2562. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กลุ่มภารกิจด้านวิเคราะห์และประมวลข่าวสาร สำนักสารนิเทศ [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/07/127178/>
9. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Lewin K. Field Theory of Social Science: Selected Theoretical Papers. (Edited by Dorwin Cartwright.) New York: Harper & Brothers; 1951.
11. วีระพงศ์ กิตติวิโรตม. ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนป่า จังหวัดนครปฐม. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2558;38(1):103-114.
12. Trotzer JP. The Counselor and the Group : Integrating Theory. California: Brooks/Cole Publishing; 2013.
13. Shahraki. RA, Kamrani. AA, Sahaf. R, Momtaz YA. Effects of nationwide program for prevention and control of diabetes initiated by the ministry of health on elderly diabetic patients' knowledge, attitude and practice in Isfaha. Iranian Journal of Ageing 2019;14(1):84-94.
14. รายงานสถิติ. จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอัมพวา ปี 2566. โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม [เอกสารไม่ตีพิมพ์]; 2566.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
16. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
17. Polit DF, & Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. Research in Nursing & Health 2006;29:489-497.
18. อมรศักดิ์ ศรีวิลาศ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี; 2565.
19. รัตน์สุดา จิตระวัง. การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วารวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567;5(1):44-52.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่
The effectiveness of self-management program in type 2 diabetic mellitus
with high blood sugar level in Bandyai Subdistrict Health Promoting Hospital

ภัทราวดี ใหม่นุ่น*

Patharawadee Mainun*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ จังหวัดราชบุรี

*Bandyai Subdistrict Health Promoting Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Patharawadee Mainun; E-mail: beearomdee@gmail.com

Received: November 8, 2024; Revised: December 11, 2024; Accepted: December 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารและระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านดอนใหญ่ กลุ่มละ 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1. โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย
การอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมบ้าน การดูแลตนเองที่บ้านตามคู่มือการจัดการตนเอง และการประเมินผล
2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .92- 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟา เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($t = -2.091$) พฤติกรรมการจัดการ
ตนเอง ($t = -6.496$) และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง ($t = 2.600$) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร ($t = 0.786$) พบว่ากลุ่มทดลองมีความแตกต่างกับกลุ่ม
ควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน ($t = -7.383, p < .05$) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($t = -8.359, p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือดหลัง
อาหาร ($t = 2.985, p < .05$) ระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง ($t = 3.698, p < .05$) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมและลดลงกว่า
ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research is quasi-experimental research study using two group pretest-posttest design, comparing self-efficacy perceptions, self-management behavior, blood sugar levels after fasting, and blood sugar levels in red blood cells (HbA1C) of patients with type 2 diabetes. The sample group consisted of patients with type 2 diabetes, who received services at the chronic disease clinic of Ban Don Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, 20 people per group and purposive selection. The research tools include: 1. The self-management program consists of training and knowledge exchange, home visit, self-care at home according to the self-management manual and monitoring and evaluation 2. Self-efficacy questionnaire 3. Self-management behavior questionnaire. These instruments were validated by three experts and obtained an index of consistency (CVI) between .92- 1.00. The Cronbach's alpha reliability of the questionnaire was .86. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results of the research found that after the experiment It was found that the experimental group had better scores on self-efficacy ($t = -2.091, p < .05$), self-management behavior ($t = -6.496, p < .05$), and levels of sugar accumulated in red blood cells ($t = 2.600, p < .05$). It was significantly higher than the control group. As for blood sugar levels after abstaining from food ($t = 0.786, p < .05$), it was found that the experimental group was not significantly different from the control group when compared within groups. It was found that the experimental group had an average score on self-efficacy ($t = -7.383, p < .05$). Self-management behavior ($t = -8.359, p < .05$), blood sugar levels after abstaining from food ($t = 2.985, p < .05$) and sugar levels accumulated in red blood cells ($t = 3.698, p < .05$) were better than the control group and improved. Statistically significantly higher than before the experiment.

Keywords: self-management program, self-management behavior, self-efficacy perceptions, type II diabetic mellitus.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานของสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก (global report on diabetes) ขององค์การอนามัยโลก ระบุจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา¹ และสามารถพบผู้ป่วยเบาหวานได้ทั้ง 2 ชนิดคือ เบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ เดิมเรียกว่า เบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน พบว่าในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 9 ล้านคน และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบในผู้ใหญ่ เกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้ฮอร์โมนอินซูลินได้อย่างเหมาะสม ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หากไม่ได้รับการรักษาในระยะยาวสามารถสร้างความเสียหายต่อร่างกาย โดยเฉพาะเส้นประสาทและหลอดเลือด ในปี ค.ศ. 2021 พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2045 จะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3.2 ล้านคน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า² ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อาการ และหากมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยการรักษารักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี³

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการดูแลตนเองในการเปลี่ยนพฤติกรรม ของตนเองเพื่อ แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ มีการเรียนรู้ทักษะและการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ ต้องการปฏิบัติตามแผนการรักษา การสร้างให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองต้องมีความรับผิดชอบต่อการรักษา ต้องได้รับการ กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งจะต้องควบคู่ไปกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความสามารถ ความคาดหวังของตนเอง เกิดจากการพัฒนาการรับรู้ของตนเองและนำไปสู่การจัดการและปฏิบัติ กิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งความเชื่อนี้เป็นตัวกำหนด ความคิด ความรู้สึกแรงจูงใจในการปฏิบัติ กิจกรรมนั้น ที่จะตอบสนองให้เกิดเป็นพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม และมีความสามารถในการดูแล ตนเอง ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี⁴ จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโรค เกิดการรับรู้และตระ หนักถึงปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในด้านการรับประทาน อาหาร รับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดได้⁵ เช่นเดียวกับผลการศึกษากิจการตนเองต่อ พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมกำกับตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะของการเกิดโรค และมีการจัดการ ตนเองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามวิถีการดำเนินชีวิตที่กำหนดเป้าหมาย ไว้ มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลง⁶

จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัด ราชบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบวาระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 จำนวน 49,520, 51,717, 53,404 และ 59,241 คนตามลำดับ⁷ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็น พื้นที่รับผิดชอบของผู้วิจัย พบสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในความรับผิดชอบ ในปี พ.ศ. 2563-2566 มีผู้ป่วย เบาหวาน จำนวน 95, 106, 117 และ 124 คนตามลำดับ แนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้น และในจำนวนนี้พบ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี (HbA1C \leq 7%) ร้อยละ 31.35, 36.07, 42.38 และ 35.48 ตามลำดับ⁸ (ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดระดับจังหวัดร้อยละ 40.00) จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ จำนวน 73 คน พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 3.22 ภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3-5 ร้อยละ 16.12 มีแผลเรื้อรัง ร้อยละ 5.48 โดยในจำนวนนี้ทำการตัดนิ้ว ร้อยละ 50 จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหา การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ร้อยละ 47.94 ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 57.33 การ กินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการไม่มาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 43.83 ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 31.50 การ จัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม ร้อยละ 57.54 และขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือ ต่ำ ร้อยละ 30.13 นอกจากนี้พบว่าสมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ผ่านมาทาง รพ.สต. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ เป็นรายบุคคลเฉพาะผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ด้วยการเยี่ยมบ้านและ ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงยังดำเนินการไม่ครบ ทุกราย การทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยจะต้องมีการจัดการตนเองใน ด้าน พฤติกรรมรับประทาน อาหาร ยา และการออกกำลังกาย รวมไปถึงการตั้งเป้าหมายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ ใกล้เคียงกับการรักษาร่วมกับทีมแพทย์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเบาหวาน ซึ่งการดำเนินการที่ ผ่านมายังไม่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในพื้นที่

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, & Gaelick⁴ ประยุกต์ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลทุกระดับการ เริ่มตั้งแต่การตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสีย ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติด้วยตนเอง และตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่าและส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ควบคุมอาการของโรค ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. การตั้งเป้าหมาย (goal setting) 2. การติดตามตนเอง (self-monitoring) 3. การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 4. การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ จัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม การจัดการตนเองของสูงกว่าก่อนทดลอง
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม การจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ด เลือดแดงต่ำกว่าก่อนทดลอง
4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ด เลือดแดงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg% และระดับ น้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง HbA1C \geq 7 % ที่รักษาโดยใช้ยารับประทาน ไม่ใช้ยาฉีดอินซูลิน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตัวแปรตาม คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารเช้า (FBG) และระดับน้ำตาล เกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c)

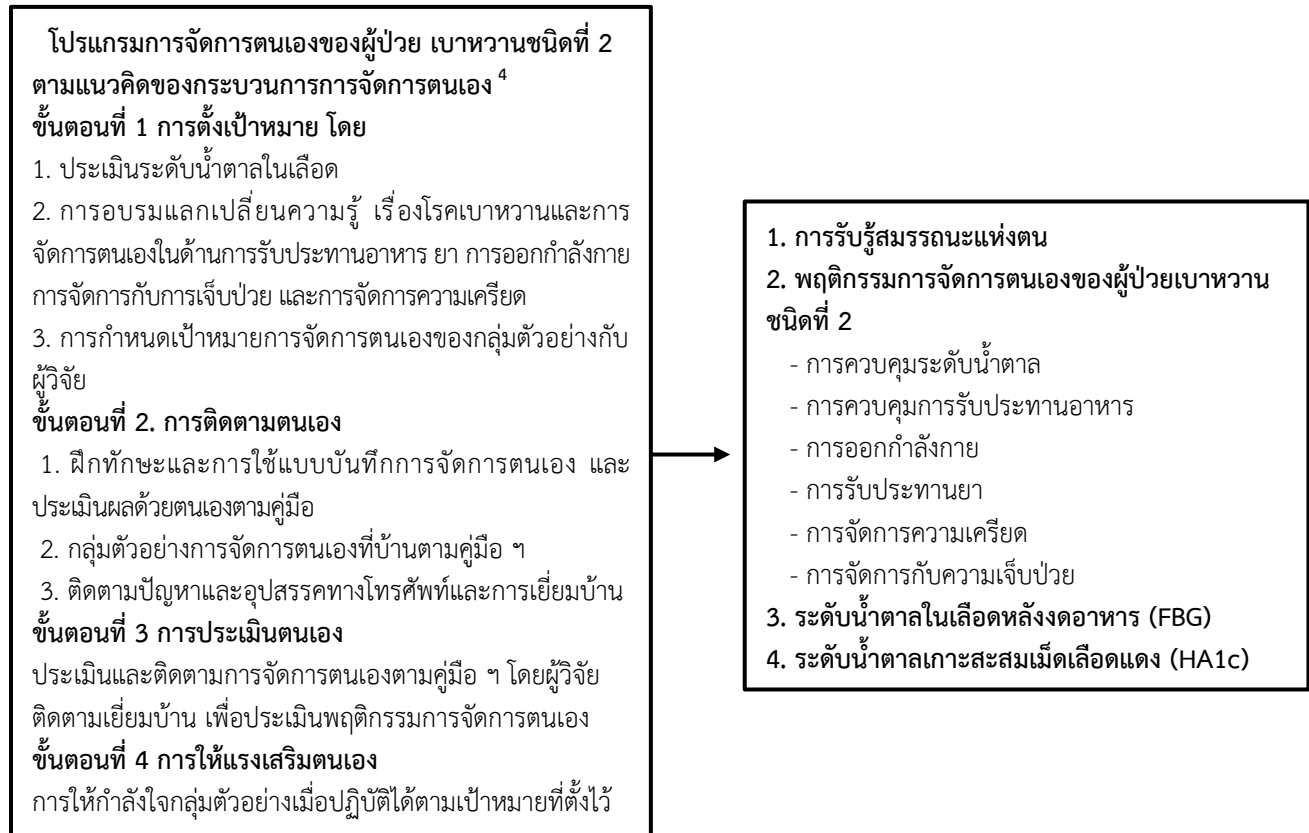
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2566 - พฤศจิกายน 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์⁴ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การตั้งเป้าหมาย (goal setting) 2. การติดตามตนเอง (self-monitoring) 3. การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 4. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียน และรับการรักษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี จำนวน 73 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7⁹ กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) = 1.20 ค่าความคลาดเคลื่อน (type i error: α) = .05 และค่า power (1- β) = .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านดอนใหญ่
2. มีภูมิลำเนา หรือพักอาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) เกินระดับปกติ ≥ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือระดับน้ำตาลเกะสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1c) $\geq 7\%$ และเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยารับประทาน ไม่ใช่ยาฉีดอินซูลิน
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน
5. สามารถอ่านหนังสือออก และเขียนภาษาไทยได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการศึกษา
2. ระหว่างทำการศึกษามีการย้ายที่อยู่อาศัย
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามจำนวนเวลาและกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเอง⁴ ประกอบด้วย การอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมบ้าน การดูแลตนเองที่บ้านตามคู่มือการจัดการตนเอง และการติดตามประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม จากทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ น้ำหนักส่วนสูง รอบเอว การสูบบุหรี่ จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง จำนวน 12 ข้อ โดยผู้วิจัยขออนุญาตประยุกต์ใช้เครื่องมือมาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁰ จำนวน 6(16)

2 ด้านคือ 1) ด้านประสิทธิภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านภาวะวิตกกังวลในการรักษาพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ¹¹ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ระดับการรับรู้ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80)¹²

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยประยุกต์มาจากเครื่องมือ Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) จำนวน 16 ข้อ จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การจัดการระดับน้ำตาลและการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ 2) การควบคุมการรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ 3) การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 4) การจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ และการจัดการกับการเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง¹⁰ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ ดังนี้ มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับมาก (43 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (22-42 คะแนน) ระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน)¹²

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Content Validity Index: I-CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 1.00 และ .92 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนคา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลขรับรอง RbPH REC 075/2566 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 - 22 พฤษภาคม 2567 และดำเนินการขอต่ออายุ วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 - พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ หลังจากที่ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และรูปแบบของการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงการเก็บข้อมูล การเก็บความลับจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ในการวิเคราะห์และการนำเสนอผลของการศึกษาจะกระทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากผู้เข้าร่วมการศึกษา ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาก็จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับบริการหรือการรักษาพยาบาล และในระหว่างการศึกษาหากไม่ยินดีตอบคำถามก็สามารถขอยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอด รวมถึงระยะเวลาการเก็บข้อมูลชุดนี้ไว้เมื่อได้เก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะเก็บไว้เพื่อการศึกษาโดยมีระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี เมื่อครบกำหนดแล้วจะทำลายเอกสารอย่างถูกต้องตามระเบียบการทำลายเอกสารของทางราชการ และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารพิทักษ์สิทธิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขั้นตอนการทำวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้องที่อยู่ในหน่วยงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่
2. ดำเนินการตามรูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 9 ครั้ง 9 สัปดาห์ระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 - พฤศจิกายน 2567
3. หลังดำเนินการ ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมสรุปผลของพฤติกรรมตลอดระยะเวลาการดำเนินการ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อสามารถนำมาปรับปรุงแผนกิจกรรมให้มีความเหมาะสมดียิ่งขึ้น
4. ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ทำการลงรหัส (coding sheet) และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเบาหวานในวันที่มารับบริการตามนัดที่ PCU ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นเวลา 9 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (goal setting) โดยดำเนินการกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-3 โดยมีรายละเอียดดังนี้
สัปดาห์ที่ 1 โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงครั้งล่าสุด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พร้อมกำหนดเป้าหมายเป็นรายบุคคลร่วมกับผู้วิจัย ใช้เวลา 60 นาที
สัปดาห์ที่ 2 การอบรมแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การจัดการกับการเจ็บป่วย และการจัดการความเครียดรวมทั้งแนวทางการจัดการตนเองของแต่ละคน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม และชมวิดิทัศน์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน อธิบายขั้นตอนการจัดการตนเอง 4 ขั้นตอน และมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แนะนำการบันทึกข้อมูลลงคู่มือ สรุปเนื้อหากิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที
สัปดาห์ที่ 3 ทบทวนกิจกรรม และติดตามเป้าหมายที่วางไว้โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม ร่วมกันอภิปรายทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง เรียนรู้การเลือกรับประทานอาหารจากโมเดลอาหาร และชมวิดิทัศน์ เรื่องอาหารกับโรคเบาหวาน ใช้เวลา 60 นาที
2. การติดตามตนเอง (self-monitoring) โดยดำเนินการกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4-8 โดยมีรายละเอียดดังนี้
สัปดาห์ที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการตนเอง การใช้แบบบันทึกการจัดการตนเอง และประเมินผลรายบุคคลตามคู่มือ ฯ เกี่ยวกับค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการรับบริการตามปกติของรพ.สต.บ้านดอนใหญ่ ทบทวนข้อมูลจากสมุดบันทึกของกลุ่มตัวอย่าง ดูการจดบันทึกในแต่ละวันและกล่าวชมเชย เพื่อเป็นการเสริมแรงให้กับกลุ่มตัวอย่างคงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง หากพบว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่วางแผนไว้ ช่วยกันหาสาเหตุ ให้คำปรึกษา และให้ความรู้เพิ่มเติม และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ใช้เวลาเยี่ยมครั้งละ 20 นาที โดยการประเมินการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเป็นรายบุคคล โดยบันทึกข้อมูลประจำวัน เพื่อติดตามพฤติกรรม ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ดี ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเมื่อผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 6, 7 กิจกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนศึกษาคู่มือและบันทึกการจัดการตนเองลงในแบบบันทึก

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ใช้เวลาเยี่ยมครั้งละ 20 นาที โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนประเมินการจัดการตนเองที่บ้าน ติดตามพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงสังเกตสภาพแวดล้อม เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ

3. การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 60 นาที มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 9 ประเมินรายบุคคล ในเรื่องของระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยโดยเก็บข้อมูลจากการรับบริการในรพ.สต. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เหมือนสัปดาห์ที่ 1 เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม พร้อมทั้งให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และกล่าวปิดการวิจัย

กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ที่ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมจัดการตนเอง แบบบันทึกระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c) โดยประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า (FPG) และระดับระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c) โดยผู้วิจัยบันทึกผลจากการรับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ของผู้ป่วยตามปกติ

สัปดาห์ที่ 2-9 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยการตรวจร่างกาย การรับยา และการให้สุขศึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ โดยให้ความรู้ทั่วไปและการดูแลตามรูปแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการตามปกติ

สัปดาห์ที่ 9 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมารับบริการตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ โดยประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า (FBG) และและระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเดียวกับที่ใช้ในสัปดาห์ที่ 1 เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจสุขภาพก่อนและหลัง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและการให้ข้อมูลกับผู้วิจัยในครั้งนี้

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัย ได้ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเมื่อทราบผลการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และผู้วิจัยทบทวนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การจัดการกับการเจ็บป่วย และการจัดการความเครียด และมอบคู่มือการจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c) ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test

การทดสอบค่า normality testing ของความแตกต่างก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Shapiro wilk test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80.00 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 95.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100.00 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 95.00 การรับประทานยาเบาหวาน จำนวน 1-2 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 65.00

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 45.00 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 40.00 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 90.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.00 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.00 จำนวนเม็ดยาเบาหวานที่รับประทานต่อวันรับประทาน 1-2 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 55.00

2. การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ของกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} ($\bar{X} = 43.10$, $SD = 7.34$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 51.40$, $SD = 5.90$) โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} ($t = -7.383$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} ($\bar{X} = 48.15$, $SD = 6.98$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 60.60$, $SD = 3.25$) โดยพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีคะแนนที่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} ($t = -8.359$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีระดับน้ำตาลเฉลี่ย ($\bar{X} = 183.80$, $SD = 45.55$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีระดับน้ำตาลเฉลี่ย ($\bar{X} = 158.15$, $SD = 52.67$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} ($t = 2.985$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$)

2.4 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 9.21$, $SD = 1.93$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 7.93$, $SD = 1.71$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม \bar{X} มีระดับ

น้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (t = 3.698) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .002) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 20)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	t-test	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องประสิทธิภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง				
ก่อนทดลอง	43.10	7.34	-7.383	.000*
หลังทดลอง	51.40	5.90		
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน				
ก่อนทดลอง	48.15	6.98	-8.359	.000*
หลังทดลอง	60.60	3.25		
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร				
ก่อนทดลอง	183.80	45.55	2.985	.008*
หลังทดลอง	158.15	52.67		
ระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C)				
ก่อนทดลอง	9.21	1.93	3.698	.002*
หลังทดลอง	7.93	1.71		

*p < .05

3. การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 43.10, SD = 7.34) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 47.35, SD = 7.69) ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.787, p = .082) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 51.40, SD = 5.89) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 46.70, SD = 8.13) ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.091, p = .043) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 20)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนทดลอง	43.10	7.34	47.35	7.69	38	1.787	.082
หลังทดลอง	51.40	5.89	46.70	8.13	38	-2.091	.043*

*p < .05

3.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 48.15, SD = 6.98) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 49.60, SD = 7.05) ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.310, p = .198$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 60.60, SD = 3.25) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 47.70, SD = 6.81) ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.496, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง (n = 20)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนทดลอง	48.15	6.98	49.60	7.05	38	1.310	.198
หลังทดลอง	60.60	3.25	47.70	6.81	38	-6.496	.000*

*p < .05

4. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดง (HA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

4.1 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (\bar{X} = 183.80, SD = 45.54) กลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเฉลี่ย (\bar{X} = 180.50, SD = 45.95) ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.228, p = .821$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย (\bar{X} = 158.15, SD = 52.66) กลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเฉลี่ย (\bar{X} = 169.70, SD = 39.24) ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.786, p = .436$)

4.2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดง (\bar{X} = 9.21, SD = 1.93) กลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดง (\bar{X} = 9.58, SD = 1.79) ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.626, p = .535$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (\bar{X} = 7.93, SD = 1.70) กลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (HbA1C) (\bar{X} = 9.36, SD = 1.78) ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.600, p = .013$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง (n = 20)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS)							
ก่อนทดลอง	183.80	45.54	180.50	45.95	38	-0.228	.821
หลังทดลอง	158.15	52.66	169.70	39.24	38	0.786	.436

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t-test	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
ระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C)							
ก่อนทดลอง	9.21	1.93	9.58	1.79	38	0.626	.535
หลังทดลอง	7.93	1.70	9.36	1.78	38	2.600	.013*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p < .05) และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p < .001)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองเมื่อมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ โดยจะต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ให้บริการสุขภาพ การให้คำแนะนำรายบุคคล การติดตามกำกับพฤติกรรม และการพูดเสริมแรงเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹³ เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสม ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p < .001) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p < .001)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการจัดการพฤติกรรมเฉพาะของตนเอง ด้วยการกำหนดเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการพฤติกรรมตามที่ตนเองสามารถทำได้เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง จึงส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการ

จัดการตนเอง โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 21.14, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.85, p < .001$)¹⁵

3. การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล (FBS) และ (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังเข้าโปรแกรม ๓ ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ทราบพฤติกรรมและข้อจำกัดของตนเองในโรคที่เป็น โดยการตั้งเป้าหมายนี้จะทำการลดข้อจำกัดของการปฏิบัติ พฤติกรรมอย่างเหมาะสม ออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมของตนเอง และนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน โดยมีครอบครัวคอยกระตุ้นเตือน พร้อมทั้งลงบันทึกในแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน ให้คำแนะนำและพัฒนาความสามารถให้กับกลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่าเมื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBS) ของกลุ่มทดลอง มีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากกลุ่มทดลองยังไม่เข้มงวดในการงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจ จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBS) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ก็พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรม ๓ มีแนวโน้มที่ดีที่สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁶

สำหรับค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .013$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .002$)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองมีการดำเนินการให้บริการตามแนวความคิดการดูแลตนเอง อย่างเป็นขั้นตอนและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงให้ตนเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมให้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเองตั้งแต่แรก มีการติดตาม พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปรับพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสม รวมถึงได้รับการเสริมแรง จึงทำให้มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงในกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าค่าคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรม ๓ เท่ากับ 35.22 คะแนนพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรม ๓ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C หลังเข้าโปรแกรม ๓ เฉลี่ย 9.26 และระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C หลังเข้าโปรแกรม ๓ ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

14(16)

เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการจัดการความเจ็บป่วย ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยต่ำกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁷

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสุขภาพ หรือผู้ให้บริการสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อื่น โดยควรมีการติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และควรใช้โปรแกรมฯ ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นการติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Day 2016: WHO calls for global action to halt rise in and improve care for people with diabetes [online]. 2016 [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-04-2016-world-health-day-2016-who-calls-for-global-action-to-halt-rise-in-and-improve-care-for-people-with-diabetes>
2. อภิศรี แก้ววิบูลย์. ภาวะแทรกซ้อนที่มากับโรคเบาหวาน [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/th-th/kaset/Article/Details/ภาวะแทรกซ้อนที่มากับโรคเบาหวาน>
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
4. Kanfer FH, Gaelick L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, (editors). Helping people change (283-238). New York: Pergamon Press; 1988.
5. พรพิมล นาคะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2567;2(2):156-166.
6. จันทร์เพ็ญ สืบบุก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2567;4(1):1-14.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ NCD ข้อมูลระดับจังหวัด: ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่อง [ออนไลน์]. 2566

- [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?Cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2566. ราชบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนใหญ่; 2566.
 9. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39:175-191.
 10. ศิริวรรณ พายพัตร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2564.
 11. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw- Hill; 1967.
 12. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
 13. ราชน ประสพศิลป์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567;9(3):70-81.
 14. มะลิวัลย์ แซ่ไหล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา 2567;12(2):28-42.
 15. รัตติยา รักดี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(2):206-214.
 16. ภิญญาตา ตั้งตรงมิตร, สุทัสสี ธารประเสริฐ, เรืองอุไร แสนสุข. ประสิทธิภาพการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมืองป่า ตำบลคำอาฮวน Mukdahan [ออนไลน์]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]; 1-12. เข้าถึงได้จาก: <https://mukhos.moph.go.th/research/29>
 17. กรกฏา จันทรสม. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567;5(2):50-62.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม ต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด
ที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Effects of colostrum promoting program on milk flow among postpartum
mothers with infants admitted to the neonatal ward, Regional Health Promotion

Center 5 Ratchaburi

ลัดดา ผูกน้อย*

Ladda Pooknoy*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

* Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Corresponding author: Ladda Pooknoy; E-mail: ladda898918@gmail.com

Received: November 13, 2024; Revised: December 20, 2024; Accepted: December 26, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับการไหล ระยะเวลาและปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับ
ครั้งแรก ระหว่างมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมต่อการไหลของน้ำนมในมารดา
หลังคลอด กับมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่ทารกเข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ตั้งแต่เดือนเมษายน - กรกฎาคม 2567 แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ๓ 40 ราย และกลุ่ม
ที่ได้โปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม 40 ราย เครื่องมือวิจัย 1) โปรแกรม ประกอบด้วย 1.1) การให้ความรู้เกี่ยวกับ
ความสำคัญและประโยชน์ของโคลอสตรัมที่มีต่อทารกแก่มารดาหลังคลอด 1.2) การฝึกทักษะการนวดเต้านมตนเอง
1.3) การฝึกทักษะผ่อนคลายจิตใจด้วยการฟังดนตรีบรรเลงเสียงธรรมชาติ 1.4) การฝึกบีบน้ำนมและการเก็บน้ำนม 2) แบบ
บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติกรรม ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67-
1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไควสแควและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้โปรแกรม ๓ มีระดับการไหลของโคลอสตรัมอยู่ในระดับไหลเป็นหยด
(ร้อยละ 65.00) และปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรก ($t = 2.527$) แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ๓ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก ($t = -.530$) พบว่ากลุ่มที่ได้โปรแกรม ๓ มีความ
แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ๓ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม, โคลอสตรัม, การไหลของน้ำนม, มารดาหลังคลอด, ทารกเข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the flow level, duration, and amount of colostrum that infants received for the first time between postpartum mothers who received the colostrum-promoting program on milk flow program in postpartum mothers and those who did not. The samples consisted of postpartum mothers whose newborns were admitted to the neonatal ward from April to July 2024. The 80 research participants were allocated into two groups which were 40 receiving regular nursing care and 40 receiving the colostrum production promoting program. Research instruments were quality approved by the three experts and the Index of item objective congruence (IOC) was between .67-1.00. Firstly, the colostrum promoting program consisted of 1) introducing and providing knowledge about the importance and benefits of colostrum to the newborn to the mother and relatives who were taking care of the baby, 2) Learning how to massage the breasts by themselves from a pamphlet and demonstration, 3) Promoting mental relaxation by listening to music with natural sounds, and 4) Training on expressing and storing breast milk. Secondly, a personal and obstetric data record form. The Cronbach alpha coefficient of the research tool was .90. Data were analyzed with descriptive statistics and Chi-square test and t-test.

The results found that the mothers in the intervention group had a level of colostrum flow at a trickle (65.00%) and the infant received colostrum for the first time ($t = 2.527$) was statistically significantly different from the group that did not receive the program ($p < .05$). For the time that the infant received the first colostrum ($t = -.530$) was not statistically significantly different between the two groups ($p > .05$).

Keywords: colostrum promotion program, colostrum, milk flow, postpartum mother, newborn hospitalized in sick newborn

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อทั้งมารดาและทารก เป็นที่ยอมรับว่า ในน้ำนมมารดาอุดมไปด้วยสารอาหารที่มีคุณค่ามากกว่า 200 ชนิด¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หัวน้ำนม หรือโคลอสตรัม หรือที่เรียกอีกอย่างว่า น้ำนมเหลือง อุดมไปด้วยสารกระตุ้นภูมิคุ้มกันในปริมาณสูงมาก โดยโคลอสตรัม (น้ำนมเหลือง) เป็นน้ำนมซึ่งถูกสร้างขึ้นเพียงระยะ 1-3 วันแรกหลังคลอดเท่านั้น นับเป็นอาหารมื้อแรกอันแสนล้ำค่าของทารกแรกเกิดที่อุดมด้วยสารอาหาร มีประโยชน์สูงโดยมี Immunoglobulin A เป็นโปรตีนที่ช่วยดักจับสารแปลกปลอมในร่างกายและยังมีจุลินทรีย์สุขภาพที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน จึงมีคุณค่าเทียบได้กับ “วัคซีนหยดแรก” ของทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดทุกราย ควรได้รับโคลอสตรัมเป็นการช่วยให้ทารกได้รับสารภูมิคุ้มกันจากนมมารดาโดยตรง เนื่องจากในโคลอสตรัมมีปริมาณความเข้มข้นของสารต่อต้านการติดเชื้อจำนวนมาก ได้แก่ อิมมูโนโกลบูลินเอ แลคโตเฟอริน ไซโตไคน์ โอลิโกแซ็กคาไรด์ และเม็ดเลือดขาว ซึ่งสารภูมิคุ้มกันที่มีปริมาณมากที่สุดในร่างกาย และมีบทบาทสำคัญที่สุดคือ อิมมูโนโกลบูลินเอ โดยพบมากที่สุดในวันที่ 1-5 ของการให้นมมารดา²

นอกจากนี้ พบว่ามารดาที่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะโคลอสตรัมนาน 1-2 สัปดาห์ ซึ่งนานกว่าในมารดาของทารกคลอดครบกำหนด การให้โคลอสตรัมทางปากครั้งละน้อย ๆ จะช่วยให้อิมมูโนโกลบูลินเอ และสารภูมิคุ้มกันที่อยู่ในโคลอสตรัมซึมผ่านทางเยื่อเมือกระบบน้ำเหลืองในลำไส้ แล้วไหลเข้ากระแสโลหิตไปสู่ น้ำเหลืองทั่วร่างกาย ส่งผลในการป้องกันการติดเชื้อทั้งในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อในกระแสเลือด² จากการศึกษาที่

ผ่านมา พบว่าทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและได้รับโคลอสตรัมทางปาก มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง และความรุนแรงของการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้อยกว่าทารกกลุ่มที่ไม่ได้รับโคลอสตรัมทางปาก³ และผลการศึกษากการทำความสะอาดช่องปากด้วยโคลอสตรัมช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) ในทารกแรกเกิดวิกฤตได้⁴ ด้วยทารกแรกเกิดที่มีความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูดนมมารดาได้ จึงทำให้ไม่ได้รับอิมมูโนโกลบูลินเอจากมารดา ต้องให้มารดาและญาติบีบและเก็บโคลอสตรัมมาส่งให้ทารกที่หอผู้ป่วย และให้โคลอสตรัมนั้นทางปาก หรือให้ทางสายยางให้อาหาร แทนการดูดจากเต้ามารดาโดยตรง ซึ่งการได้รับโคลอสตรัมในครั้งแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อพัฒนาการของทารก นอกจากนี้ยังเป็น การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา จากการสำรวจการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ขององค์การอนามัยโลก พบว่าอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือนทั่วโลก เพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 44⁵ ในขณะที่ผลสำรวจ อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 28.60⁶ ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีการดำเนินงานของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว สนับสนุนนโยบายการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และดำเนินงานตามนโยบายกรมอนามัยในการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน ควบคู่กับการให้อาหารเสริมตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี โดยตั้งเป้าหมายให้เด็กไทยได้กินนมมารดาอย่างเดียวย่อยละ 50.00 ภายในปี พ.ศ 2568⁷ จากสถิติการดูแลทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปีพ.ศ 2564-2566) พบว่าทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วยที่มีสาเหตุจากตัวของทารกเอง หรือสาเหตุจากมารดา เป็นจำนวน 711, 868, 1073 ตามลำดับ ซึ่งทารกเหล่านี้ต้องถูกแยกจากมารดา ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับสารอาหารจำเป็นที่สำคัญและเป็นสารภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกายในช่วงหลังคลอดทันที เมื่อติดตามการได้รับโคลอสตรัมภายใน 12 ชั่วโมงของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยหอผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัดในเรื่องร้อยละของทารกในหอทารกแรกเกิดป่วย ได้รับโคลอสตรัม ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 50.00 แต่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาทำได้ร้อยละ 42, 48 และ 46 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย⁸ โคลอสตรัมเป็นน้ำนมส่วนแรก พบได้ในมารดาหลังคลอด 1-3 วันแรก หรือ 24-36 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเท่านั้น ซึ่งในโคลอสตรัมมีปริมาณความเข้มข้นของสารต่อต้านการติดเชื้อจำนวนมากนับเป็นวัคซีนชนิดแรกที่ทารกทุกคนควรได้รับ² หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีความมุ่งมั่นให้ทารกทุกราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยซึ่งถูกแยกจากมารดาตั้งแต่หลังคลอด ให้ได้รับโคลอสตรัมจากมารดาในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โดยการติดตามโคลอสตรัมจากมารดาทันทีที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ในการแนะนำและกระตุ้นให้มารดาบีบเก็บโคลอสตรัมเพื่อส่งให้กับทารก รวมทั้งแนะนำบิดาหรือญาติที่มาติดต่อสอบถามอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยด้วย ซึ่งวิธีการดังกล่าว ยังไม่เกิดประสิทธิผลเพียงพอ ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้ขาดโอกาสในการได้รับสารอาหารที่สำคัญจำเป็นต่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายตั้งแต่แรกเกิด มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคมุมิแพ้ต่าง ๆ เช่น ผื่นผื่นหนังอักเสบ โรคหืด อีกด้วย

ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาและเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เนื่องด้วยทารกกลุ่มนี้ต้องถูกแยกจากมารดา จะส่งผลกระทบต่อมารดาโดยเฉพาะด้านจิตใจ มารดาจะมีความเครียดและวิตกกังวลจากความห่วงใยในตัวทารก ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลนี้ส่งผลให้ร่างกายเกิดการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) และออกซิโตซิน (oxytocin) ทำให้สร้างน้ำนมได้น้อยลง⁹ สภาพจิตใจและอารมณ์ที่เป็นบวก การผ่อนคลายและความสุขสบายของมารดา จะช่วยส่งเสริมการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซิน ที่เป็นหนึ่งในฮอร์โมนหลักในการสร้างน้ำนม¹⁰ ดังนั้นการช่วยส่งเสริมด้านจิตใจเพื่อช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกผ่อนคลายจึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึง เทคนิคผ่อนคลายมีหลายวิธี การใช้ดนตรีบรรเลงนับเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน (endorphins) เพิ่มขึ้นมารดา รู้สึกสงบและผ่อนคลายเกิดความสุขสบายตามมา¹¹ โดยแนวคิดจากการใช้ดนตรีบำบัดมีประโยชน์หลากหลายขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ โดยบูรณาการเข้ากับการบำบัดรักษาอื่น ๆ เพื่อตอบสนองความจำเป็นที่แตกต่างกันออกไป จากแนวคิดของดนตรีบำบัด จะเห็นได้ว่าดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและภูมิปัญญา¹² ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกประยุกต์ใช้ดนตรีบำบัดในโรงพยาบาลชั้น ซึ่งประเมินได้จากระดับการไหลของน้ำนม ปริมาณและระยะเวลาที่ได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก อันเป็นแนวทางในการส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการติดตามโคลอสตรัมให้แก่ทารกแรกเกิดป่วย ให้ได้รับสารภูมิคุ้มกันที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับการไหลของโคลอสตรัม ระหว่างมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดกับมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก ระหว่างมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดกับมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรก ระหว่างมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดกับมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

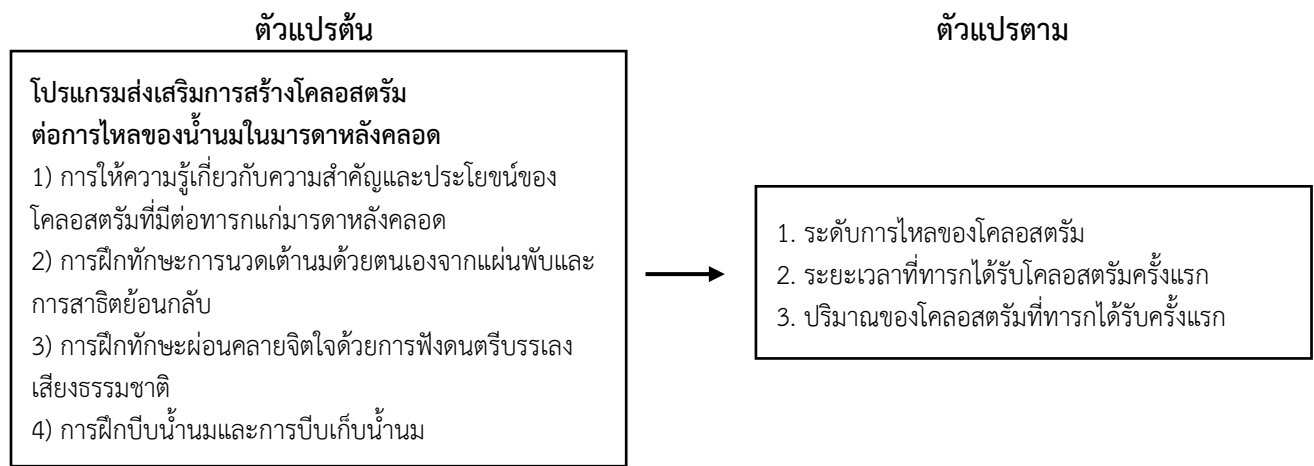
ขอบเขตด้านประชากร คือ มารดาหลังคลอดซึ่งพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด ที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ๓ จำนวน 40 ราย และกลุ่มกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 40 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม ตัวแปรตาม คือ ระดับการไหลของโคลอสตรัม ระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก และปริมาณของโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรก

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บข้อมูลตั้งแต่เมษายน - กรกฎาคม 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด สำหรับทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จากโปรแกรมส่งเสริมการสร้างน้ำนมร่วมกับการฟังดนตรีต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลัง ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง¹³ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของ โคลอสตรัมที่มีต่อทารกแก่มารดาหลังคลอด 2) การฝึกทักษะการนวดเต้านมด้วยตนเองจากแผ่นพับและการสาธิต ย้อนกลับ 3) การฝึกทักษะผ่อนคลายจิตใจด้วยการฟังดนตรีบรรเลงเสียงธรรมชาติ และ 4) การฝึกบีบน้ำนมและการบีบ เก็บน้ำนม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดซึ่งพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด ที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 - กรกฎาคม 2567 จำนวน 80 คน การแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มตามลำดับการคลอด โดยมารดาหลังคลอดคนที่ 1, 3, 5, 7,... เป็นกลุ่มทดลอง มารดาหลังคลอดคนที่ 2, 4, 6, 8,...เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งมารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. มารดาหลังคลอดซึ่งพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด เชื้อชาติไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ภาวะการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม อายุรกรรม และ/หรืออาการทางจิตเวชที่แพทย์ลงความเห็นว่า ไม่สามารถเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดาได้

4. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ขอดอนตัวระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย
2. มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม ซึ่งพัฒนาจากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างน้ำนมร่วมกับภารกิจดนตรีต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง¹³ จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของโคลอสตรัมที่มีต่อทารกแก่มารดาหลังคลอด 2) การฝึกทักษะการนวดเต้านมด้วยตนเองจากแผ่นพับและการสาธิตย้อนกลับ 3) การฝึกทักษะผ่อนคลายจิตใจด้วยการฟังดนตรีบรรเลงเสียงธรรมชาติ ขณะนวดประคบและบีบกระตุ้นน้ำนม โดยบันทึกเสียงไว้ในแฟลชไดรฟ์ ดนตรีมีความยาว 30 นาที และ 4) การฝึกบีบน้ำนมและการบีบเก็บน้ำนม เพื่อประเมินระดับการไหลของน้ำนม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ความตั้งใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ระยะเวลาที่มารดาตั้งใจเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

2. แบบประเมินการไหลของน้ำนม¹³ เป็นมาตรวัดประมาณค่าประเมินการไหลของน้ำนม ขณะที่มารดาฟังดนตรีผ่อนคลายที่มีความยาวของดนตรีประมาณ 30 นาที แบ่งระดับการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ ดังนี้ น้ำนมไม่ไหล หมายถึง ไม่มี น้ำนมไหล (0 คะแนน) น้ำนมไหลน้อย หมายถึง น้ำนมไหลซึมแต่ไม่เป็นหยด (1 คะแนน) น้ำนมเริ่มไหล หมายถึง น้ำนมไหลตั้งแต่ 1-2 หยด (2 คะแนน) น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง น้ำนมไหลมากกว่า 3 หยดขึ้นไปแต่น้ำนมไม่พุ่ง (3 คะแนน) น้ำนมไหลดี หมายถึง น้ำนมไหลพุ่ง (4 คะแนน)

3. แบบบันทึกระยะเวลาและปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรกหลังคลอดที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ซึ่งจะติดตามหลังคลอดทุก 3 ชั่วโมงตามมี้อนปกติที่ให้แก่ทารก โดยเริ่มนับมือแรกของวันในเวลา 06.00 น.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำการคลินิกนมแม่ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) ของแบบประเมินการไหลของน้ำนมเท่ากับ .67 แบบบันทึกระยะเวลาและปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรกหลังคลอดที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยเท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับมารดาหลังคลอดทั้งหมด 10 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่คลอดในช่วงเดือนมีนาคม 2567 ที่ทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย และมารดานอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด ตรวจสอบความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 16/2567 รับรองวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 - วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเครื่องมือในการวิจัย แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วม

6(14)

โครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับไม่เปิดเผย ซึ่งการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดที่แผนกสูติกรรม และหลังคลอด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูล อธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ เริ่มดำเนินการวิจัย และดำเนินการดังนี้

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และอธิบายผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดในการประเมินการไหลของน้ำนม ใช้ภาพประกอบที่เข้าใจง่าย ตรวจสอบเต้านม หัวนมของมารดา และบิบบประเมินระดับการไหลของน้ำนมโดยผู้วิจัย พร้อมทั้งบันทึกไว้ในแบบบันทึกการไหลของน้ำนม โดยผู้วิจัยจะมาบิบบประเมินระดับการไหลของน้ำนมภายหลังคลอดวันแรก จำนวน 5 ครั้ง ที่ 3, 6, 9, 12 และมากกว่า 12 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นจะมีการติดตามประเมินระดับการไหลของน้ำนมติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน วันละ 2 ครั้ง ที่เวลา 09.00น. และ 15.00 น. หรือจนกว่ามารดาหลังคลอดจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ความสำคัญของโคลอสตรัม ต่อทารก ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แจกแผ่นพับเรื่อง วัคซีนหยดแรกของลูกน้อย และแผ่นพับการนวดเต้านมด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอด เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การนวดบริหารหัวนม การนวดและประคบเต้านมด้วยตนเอง การบิบบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี

ขั้นตอนที่ 2 ฟังดนตรีขณะนวดกระตุ้นและบิบบเก็บน้ำนม โดย

- 1) ผู้วิจัยอธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบเกี่ยวกับประโยชน์ของการฟังดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย โดยมารดาจะได้ฟังดนตรีเพื่อการผ่อนคลายขณะนวดกระตุ้นและบิบบเก็บน้ำนม
- 2) ผู้วิจัยมอบอุปกรณ์ที่ใช้ฟังดนตรี ประกอบด้วยลำโพงไร้สายแบบพกพา และแฟลชไดรฟ์ ที่บรรจูดนตรีบรรเลงเสียงธรรมชาติเพื่อการผ่อนคลาย พร้อมทั้งสาธิตวิธีการใช้ให้แก่มารดา
- 3) เมื่อมารดาเริ่มนวดกระตุ้นและบิบบเก็บน้ำนม ให้มารดาฟังดนตรีไปพร้อม ๆ กัน ใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที โดยทำทุก 3 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ที่ 3, 6, 9, 12 และมากกว่า 12 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจาก 24 ชั่วโมงแล้ว ให้ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าเวลา 09.00 น. และช่วงบ่ายเวลา 15.00 น. มีการบันทึกเวลาที่ฟังดนตรีในใบกำกับการทดลองทุกครั้ง ผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้มารดาได้ผ่อนคลายขณะนวดกระตุ้นและบิบบเก็บน้ำนม

กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไป และอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดในการประเมินการไหลของน้ำนม ใช้ภาพประกอบที่เข้าใจง่าย ตรวจสอบเต้านม หัวนมของมารดา และบิบบประเมินระดับการไหลของน้ำนมโดยผู้วิจัย พร้อมทั้งบันทึกไว้ในแบบบันทึกการไหลของน้ำนม โดยผู้วิจัยจะมาบิบบประเมินระดับการไหลของน้ำนมภายหลังคลอดวันแรก จำนวน 5 ครั้ง ที่ 3, 6, 9, 12 และมากกว่า 12 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นจะมีการติดตามประเมินระดับการไหลของน้ำนมติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน วันละ 2 ครั้ง ที่เวลา 09.00น. และ 15.00 น. หรือจนกว่ามารดาหลังคลอดจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำการใช้ดนตรีเพื่อการผ่อนคลายเมื่อมารดากลับไปอยู่ที่บ้าน จากนั้นมอบแผ่นพับวัคซีนหยดแรกของลูกน้อย และแผ่นพับการนวดเต้านมด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอด เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การนวดและประคบเต้านมด้วยตนเอง การบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี” รวมทั้งไฟล์เพลงดนตรีเพื่อการผ่อนคลายให้มารดาสำหรับฟังด้วยตนเองเมื่อกลับไปที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบระดับการไหลของโคลอสตรัมระหว่างมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม ด้วยสถิติ Chi-square test
3. การเปรียบเทียบระยะเวลาและปริมาณที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก ระหว่างมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

การทดสอบค่า normality testing ของความแตกต่างก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov พบข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ ($p = .176$ และ $p = .200$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 24- 29 ปี ร้อยละ 72.50 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 55.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.50 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 35.00 เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ร้อยละ 62.50 มีความตั้งใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 24 เดือน ร้อยละ 100.00

กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 24-29 ปี ร้อยละ 72.50 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง ร้อยละ 27.50 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 37.50 เคยประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ร้อยละ 50.00 มีความตั้งใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ร้อยละ 100.00 และมีความตั้งใจเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 24 เดือน ร้อยละ 97.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
18-23	4	10.00	3	7.50
24-29	29	72.50	29	72.50
30-35	7	17.50	8	20.00
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24	60.00	22	55.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	16	40.00	18	45.00

8(14)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ				
ลูกจ้าง/รับจ้าง	11	27.50	13	32.50
ค้าขาย	11	27.50	6	15.00
แม่บ้าน	8	20.00	7	17.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	15.00	9	22.50
เจ้าของกิจการ	4	10.00	5	12.50
รายได้ (บาท)				
น้อยกว่า 10,000	2	5.00	2	5.00
10,001 - 20,000	15	37.50	14	35.00
20,001- 30,000	10	25.00	7	17.50
มากกว่า 30,000	13	32.50	17	42.50
ประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา				
ไม่เคย	20	50.00	15	37.50
เคย	20	50.00	25	62.50
ความตั้งใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา				
ตั้งใจ	40	100.00	40	100.00
ระยะเวลาที่มารดาตั้งใจเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา				
แรกเกิด-12 เดือน	1	2.50	0	0
แรกเกิด-24 เดือน	39	97.50	40	100.00

2. การเปรียบเทียบระดับการไหลของโคลอสตรัมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีระดับการไหลของโคลอสตรัมอยู่ในระดับไหลพุ่ง ร้อยละ 7.50 และอยู่ในระดับไหลเป็นหยด ร้อยละ 65.00 แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ มีระดับการไหลของโคลอสตรัมไหลเป็นหยด ร้อยละ 45.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการไหลของน้ำนม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ (n= 40)

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับการไหลของน้ำนม					p-value
	ไม่ไหล	บิบบิม	บิบบหยด	ไหลเป็นหยด	ไหลพุ่ง	
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ	0(0.00%)	5(12.50%)	6(15.00%)	26(65.00%)	3(7.50%)	.009*
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ	1(2.50%)	2(5.00%)	19(47.50%)	18(45.00%)	0(0.00%)	

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม พบว่าระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ ($\bar{X} = 8.90$, $SD = 11.01$) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ ($\bar{X} = 10.32$, $SD = 12.93$) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .597$) แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาที่ได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก (ชั่วโมง)		t-test	p-value
	\bar{X}	SD		
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ	8.90	11.01	-0.530	.597
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ	10.32	12.93		

*p < .05

4. การเปรียบเทียบปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม พบว่าปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ (\bar{X} = 1.38, SD = 1.82) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ (\bar{X} = 0.58, SD = 0.78) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .014) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	ปริมาณโคลอสตรัมที่ได้รับครั้งแรก (ซีซี)		t-test	p-value
	\bar{X}	SD		
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ	1.38	1.82	2.527	.014*
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ	0.58	0.78		

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

1. มารดาหลังคลอดที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกเกิดป่วย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม มีระดับการไหลของน้ำนมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีระดับการไหลของโคลอสตรัม ร้อยละ 7.50 อยู่ในระดับไหลพุ่ง และร้อยละ 65 อยู่ในระดับไหลเป็นหยด ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของโคลอสตรัม เป็นวัคซีนหยดแรกของลูกน้อย เทคนิคการนวดเต้านมด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอด การบีบเก็บน้ำนมที่ถูกวิธี และการปฏิบัติตัวในการทำให้ให้น้ำนมเพียงพอ ซึ่งจากการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ใช้สื่อแผ่นพับประกอบการบรรยาย ในการแนะนำกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ อีกทั้งมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในการบีบเก็บน้ำนมและนวดเต้านมด้วยตนเอง ทำให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ ดีขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะและมั่นใจในความสามารถของตนเอง เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วยตนเองต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาการให้ความรู้และการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยส่งเสริมให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนม¹⁴ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพบว่าการกระตุ้นการไหลน้ำนม โดยการนวดเต้านม เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งของน้ำนม ซึ่งการนวดเต้านมหลัง

10(14)

คลออดช่วยให้การไหลเวียนของเลือดภายในเต้านมดีขึ้น หลอดเลือดมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อเกิดการคลายตัว ส่งเสริมการระบายน้ำนม¹⁵ โดยการนวดเต้านมมี 3 วิธี ได้แก่ การนวดด้วย วิธีโอคิตานิ การนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า และการนวดหัวนมเต้านมด้วยวิธี Self Mamma Control Method (SMC) ประโยชน์การนวดเต้านมเพื่อช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนม กระตุ้นการไหลของ น้ำนมให้มากขึ้น เป็นการกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนม และยังช่วยเพิ่มคุณภาพน้ำนม¹⁶ และจากการศึกษาในมารดาที่ให้นมบุตร 1 วัน ถึง 11 เดือน จำนวน 39 ราย พบว่ามารดาหลังคลออดบุตร 1-15 วัน หลังได้รับการนวดเต้านม ปริมาณโปรตีนเวย์ในน้ำนมเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการไหลของน้ำนมในกลุ่มที่ได้รับการนวดเต้านมมีระดับการไหลเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแตกต่างกัน¹⁷

นอกจากนี้ในการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้มีกิจกรรมการส่งเสริมความผ่อนคลายทางด้านจิตใจโดยการให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีที่เป็นเสียงธรรมชาติ คือเสียงสายน้ำไหล มาใช้ในโปรแกรม ฯ ขณะนวดประคบ บีบกระตุ้นและเก็บน้ำนม จากการศึกษาลักษณะดนตรีที่ช่วยบำบัดความเครียดได้ ควรเป็นดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลายเสียงธรรมชาติ¹⁸ ซึ่งในทางการแพทย์ค้นพบว่าดนตรีช่วยบำบัดความเครียดได้ โดยมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อ และสภาพจิตใจ ทำให้สมองหลั่งสารแห่งความสุข และนำมาใช้ได้ดีในการคลายเครียด ลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียด ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และความกลัว โดยเฉพาะเสียงดนตรีที่มีท่วงทำนองเรียบง่าย ฟังสบาย ๆ อาจมีเสียงของธรรมชาติ เช่น เสียงนกร้อง เสียงน้ำไหล เสียงเกลียวคลื่น ลมฝน เป็นต้น จะช่วยกล่อมจิตใจให้สงบขึ้น บทเพลงที่นุ่มนวลทำให้เกิดความรู้สึกสงบและผ่อนคลาย¹⁹ เมื่อมารดาได้ยินเสียงเพลงจะมีการส่งสัญญาณสื่อประสาทเข้าสู่สมองส่วนออร์ดิทอรีคอร์เท็กซ์ (auditory cortex) และส่งไปยังสมองส่วนลิมบิก (limbic) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก ประกอบกับเพลงที่ใช้เป็นเพลงบรรเลงแบบไม่มีเนื้อร้อง ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน²⁰ ส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (endorphins) เพิ่มขึ้นและลดการหลั่งสารคอร์ติซอล (cortisol) จึงช่วยให้เกิดความสงบและผ่อนคลาย¹¹ เนื่องจากเสียงดนตรีช่วยปรับคลื่นสมองให้อยู่ในช่วงอัลฟาเวฟ (alpha waves) ทำให้ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้มารดาารู้สึกผ่อนคลาย จึงช่วยส่งเสริมการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซินและฮอร์โมนโพรแลคติน²¹ เช่นเดียวกับผลการศึกษามารดาหลังคลออดฟังเพลงอิมมู่นันทันทีหลังคลออด พบว่ามารดาในกลุ่มที่ฟังดนตรีมีการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุม²² สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการฟังดนตรีต่อปริมาณน้ำนมในมารดาที่คลออดก่อนกำหนด โดยให้มารดาฟังดนตรีในขณะที่ปั๊มนมเป็นเวลา 15 นาที วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 11.00 น. และ 16.00 น. พบว่ามารดาในกลุ่มที่ฟังดนตรีในขณะที่ปั๊มนม มีระดับความเครียดและความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม และมีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุม²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมการสร้างน้ำนมร่วมกับฟังดนตรีช่วยส่งเสริมการสร้างและหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งประเมินได้จากคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมและระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเต้า แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความผ่อนคลายทางด้านจิตใจโดยการให้มารดาฟังดนตรีในขณะที่ให้ทารกดูดนม ช่วยส่งเสริมการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซิน และฮอร์โมนโพรแลคติน ทำให้เกิดการสร้างและหลั่งน้ำนมเพิ่มมากขึ้น ประเมินได้จากระดับการไหลของน้ำนม ระยะเวลาที่ส่งโคลอสตรัมให้กับทารก และปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับครั้งแรกหลังคลอด¹³

2. การเปรียบเทียบระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรกระหว่างมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม ต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด กับมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ พบว่าระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรก ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ ($\bar{X} = 8.90$, $SD = 11.01$) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ ($\bar{X} = 10.32$, $SD = 12.93$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ทารกได้รับโคลอสตรัมครั้งแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

โปรแกรม ฯ สำหรับปริมาณพบว่าปริมาณโคลอสตรัมที่ทารกได้รับครั้งแรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ ($\bar{x} = 1.38$, $SD = 1.82$) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ ($\bar{x} = 0.58$, $SD = 0.78$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องจากในการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้ให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีในขณะนอนหลับ เพื่อความผ่อนคลายทางจิตใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างบีบกระตุ้นและมีน้ำนมออกมาเป็นปริมาณมาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเก็บน้ำนมโคลอสตรัมครั้งแรกให้ทารกได้เร็วกว่า และมีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบีบน้ำนม ต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดา ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ของมารดากลุ่มทดลองดีกว่ามารดากลุ่มควบคุม เนื่องจากมารดากลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการบีบน้ำนม มีผลทำให้มารดาที่มีความตั้งใจเพิ่มมากขึ้น เมื่อมารดาที่มีความตั้งใจเพิ่มมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมการบีบน้ำนมที่สม่ำเสมอและยาวนานขึ้น²³ นอกจากนี้หลาย การศึกษายังพบว่า ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และยังพบว่า หากมารดาที่มีระดับความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และบีบเก็บน้ำนมสูงจะสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และบีบเก็บน้ำนม ยาวนานถึง 6 เดือนได้^{24,25} นอกจากนี้ความเครียดความวิตกกังวลมีผลต่อการไหลของน้ำนม โดยพบว่าเมื่อร่างกายเกิดความเครียด จะส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารคอติซอล และโดปามีน ซึ่งสารเหล่านี้จะออกฤทธิ์ ขัดขวางการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง ส่งผลให้ น้ำนมไหลน้อย⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัม เผยแพร่ให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในชุมชน หรือในโณงพยาบาลเอกชน เพื่อส่งเสริมให้มีการไหลของน้ำนมดีขึ้น และมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของทารก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างโคลอสตรัมในมารดาหลังคลอดครรภ์แรก
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตน้ำนม และระยะเวลาที่มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดมีปริมาณน้ำนมเต็มเต้า

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ อ.ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบคุณนางอรอุมา ไชยดำ ตลอดจนผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the medical profession (8th ed.). United States of America: Elsevier. Format; 2016.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นมแม่วัคซีนหยดแรกเพื่อลูกรัก [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=234661>

3. กฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง, ทิพย์วัลย์ ดารามาศ, จริญญา วิทยะศุภร. ผลของการให้โคลอสตรัมทางปากต่อระดับอิมมูโนโกลบูลินเอในทารกเกิดก่อนกำหนด. โรงพยาบาลรามธิบดีพยาบาลสาร 2562;25(1):16-28.
4. Zhang Y, Ji F, Hu X, Cao Y, Latour JM. Oropharyngeal colostrum administration in very low birth weight infants: A randomized controlled trial. Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies 2017;18(9):869–875.
5. World Health Organization (WHO). Global breastfeeding scorecard 2023: rates of breastfeeding increase around the world through improve protection and support [online]. 2023 [cited 2023 Jan 15]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375796/WHO-HEP-NFS-23.17-eng.pdf?sequence=1>
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565. รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติแห่งชาติ; 2566.
7. กรมอนามัย. สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย “น้ำนมแม่” ประโยชน์แท้จากธรรมชาติ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledge/benefits-of-breastfeeding>
8. หน่วยงานหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. รายงานสถิติหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี 2564-2566.
9. Neville MC, Morton J. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. Journal of Nutritional Science 2001;131(11):3005S-8S. doi:10.1093/jn/131.11.3005S
10. Lonstein JS, Maguire J, Meinschmidt G, Neumann ID. Emotion and mood adaptations in the peripartum female: complementary contributions of gaba and oxytocin. Journal of Neuroendocrinal 2014;26(10). doi: 10.1111/jne.12188
11. Sarkar DK, Zhang C. Beta-endorphin neuron regulates stress response and innate immunity to prevent breast cancer growth and progression. In Vitamins & Hormones 2013;(93):263-76.
12. ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. ดนตรีบำบัด พัฒนาชีวิต [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.happyhomeclinic.com/alt05-musictherapy.htm>
13. กัญญาภัค ปลื้มใจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างน้ำนมร่วมกับฟังดนตรีต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลา น้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
14. กนกวรรณ โคตรสังข์. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลา การมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2559;24:(1):13-24.
15. ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตติมา, กันยรักษ์ เงยเจริญ. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไข ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลแห่งประเทศไทย 2563;38(3):4-21.

16. กฤษณา ปิงวงศ์, กรรณิการ์ กันธะรักษา. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2560;44(4):169-176.
17. นันทนา วัชรเผ่า, พนิดนาฏ โชคดี, โสภิตา ชูขวัญ, กาญจนา หล้าฤทธิ์, นิสาล นعيمหน่อ. ประสิทธิภาพของการนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/r2r/MA2564-002-02-0000000389-0000000308.pdf>
18. นิตยา วงษ์แดงอ่อน. ผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2564.
19. Blararu M, Bloch B, Vadas L, Arnon Z, Ziv N, Kremer I, Haimov I. The Effects of music relaxation and muscle relaxation techniques on sleep quality and emotional measures among individuals with posttraumatic stress disorder. *Mental Illness Journal* 2012;4(2):1-15.
20. Gizzi G, Albi E. The music in the brain hemispheres. *The EuroBiotech Journal* 2017;1(4):259-63.
21. Varişoğlu Y, Satılmış IG. The effects of listening to music on breast milk production by mothers of premature newborns in the neonatal intensive care unit: a randomized controlled study. *Breastfeed Medicine* 2020;15(7):465-70.
22. เยาวเรศ กิตติธเนศวร, สุภาวดี เจียรกุล, จรณิต แก้วกังวาล, ยง ภู่วรรณ. ผลของการฟังเพลงต่อการหลั่งน้ำนมในช่วงทันทีหลังคลอดในมารดาที่คลอดครบกำหนด. วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2560;100(8):834-42.
23. ละเอียด ไชยวัฒน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบีบน้ำนมต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
24. ดาริน ด่านเทศ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้านต่อเจตคติและความตั้งใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
25. Wilhelm SL, Rodehorst KT, Stepan MB, Hertzog M, Berens C. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for Midwest rural mothers. *Applied Nursing Research* 2008;21(3):123-130.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
โดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวน
ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
The effects of a tele-nursing self-management support program
on managing disturbances in caregivers of home-based
palliative cancer patients

อนัญญา ผลจันทร์* ชนิตา ธนภัทรธัญกร*

Anunya Pholchan* Chanita Thanapattarathankorn*

โรงพยาบาลนครปฐม

*Nakhonpathom Hospital

Corresponding author: Anunya Pholchan; Email: anunya007@gmail.com

Received: November 25, 2024; Revised: December 29, 2024; Accepted: December 30, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน รับการตรวจรักษาที่คลินิกซีวาร์กซ์ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการรบกวน 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .67 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.66$) หลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.30$) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านก่อน ก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 1.64$) หลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 1.10$) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล, การจัดการตนเอง, การจัดการอาการรบกวน, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

This quasi-experimental study with one - group pre-post design aimed to compare the mean scores of managing disturbances behaviors among caregivers of home-based palliative care patients and the mean scores of the severity of disturbances of these patients before and after receiving a tele-nursing self-management support program in caregivers of home-based palliative cancer patients. The sample consisted of 27 caregivers of home-based palliative care patients who received treatment at the Palliative Care Clinic, Nakhon Pathom Hospital. Participants were selected purposively. Data was collected using 1) a questionnaire on the severity of disturbances. 2) A questionnaire on managing disturbances behaviors. The instruments were validated by three experts (content validity index: .67-1.00) and had a Cronbach's alpha of .89. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The mean score of managing disturbances behaviors among caregivers significantly increased from moderate (\bar{X} = 3.42, SD = 0.66) to high levels (\bar{X} = 4.33, SD = 0.30) after the intervention ($p < .05$). Similarly, the mean score of the severity of disturbances among patients significantly decreased from moderate (\bar{X} = 4.27, SD = 1.64) to low levels (\bar{X} = 2.17, SD = 1.10) after the intervention ($p < .05$).

Keywords: tele-nursing, self-management, managing disturbances, palliative care, cancer patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 20 ล้านคน เสียชีวิต 9.7 ล้านคน คาดการณ์ว่า 25 ปีข้างหน้าจะพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 77¹ สำหรับประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 183,541 คน คาดการณ์ว่า 25 ปีข้างหน้า จะพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 56.4² ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทำให้ผู้ป่วยได้รับนวัตกรรมการรักษาหลากหลายช่วยชะลอความตายแต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้³ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life – threatening illness) ทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษา⁴ โดยอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย คือ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร เหนื่อย นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ท้องผูก^{5,6} และอาการปวดจากการดำเนินของโรค⁷

โรงพยาบาลนครปฐม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งครบวงจร จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลนครปฐม ปีพ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 1,180 คน ผู้ป่วยมะเร็งที่วินิจฉัยเข้าสู่ระยะประคับประคองและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 208 คน และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 188 คน โดยงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม ให้การพยาบาลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พบผู้ป่วยมีอาการไม่ทุเลา ร้อยละ 12.23 โดยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (re-admitt) ร้อยละ 3.72 ด้วยอาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อย และพบความเสี่ยงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ ผู้ดูแลใช้ยาแก้ปวด Strong Opioids ไม่ถูกต้อง ได้แก่ Morphine ชนิดเม็ดและชนิดน้ำเชื่อม และ Fentanyl patch จำวนเวลาที่ให้ยาแต่ละครั้งไม่ได้ ร้อยละ 15.00 จากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อาการรบกวนที่พบบ่อยคือ อาการปวด ร้อยละ 34.37 หายใจลำบาก/เหนื่อย ร้อยละ 20.62 ท้องผูก ร้อยละ 12.50 เบื่ออาหาร/กินได้น้อย ร้อยละ 11.87

2(14)

อ่อนล้า/ไม่มีแรง ร้อยละ 8.40 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 7.50 และวิตกกังวล ร้อยละ 8.40 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวลและไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานที่บ้านได้ โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ได้รับการดูแลที่ดี สามารถแก้ไขปัญหาและจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น⁸ รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นและเสริมพลังให้กับผู้ดูแล⁹ ดังนั้นการแนะนำให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมจากการใช้หลักการจัดการตนเอง (self-management) จึงเป็นกุญแจสำคัญที่ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตน สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ¹⁰ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอันและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009)¹¹ เชื่อว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน มีความผูกพันความเอาใจใส่ต่อกัน มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ก็จะมีการเกี่ยวพันทั้งด้านความรู้และความเชื่อ (knowledge and belief) ด้านการฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation) และด้านการอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ (family support)¹² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมาใช้ศึกษาการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็ง โดยสามารถลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งและเพิ่มความอยู่ดีมีสุข (well-being) แต่ไม่ได้เพิ่มความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน¹³

นโยบายและทิศทางของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 มุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสาธารณสุขไทย พร้อมผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งเพิ่มการบริการสุขภาพผู้ป่วยด้วยการแพทย์ทางไกล เป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชน ประกอบกับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 กองการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในชุมชนโดยนำการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) มาใช้สนับสนุนการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกายและใจ รวมถึงอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการการดูแลแบบองค์รวม บรรเทาอาการของโรคลดความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งนี้การพยาบาลทางไกลเป็นการให้พยาบาลผ่านวิดีโอและเสียงจากสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์ดิจิทัล โดยการให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยและการเจ็บป่วย¹⁴ ซึ่งในปัจจุบันมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการนำการพยาบาลทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น^{4,15,16} โดยมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม จึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹¹ โดยใช้การพยาบาลทางไกล (tele-nursing) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแล และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกชิวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2567 ทั้งหมด จำนวน 27 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการอาการรบกวน และระดับความรุนแรงของอาการรบกวน

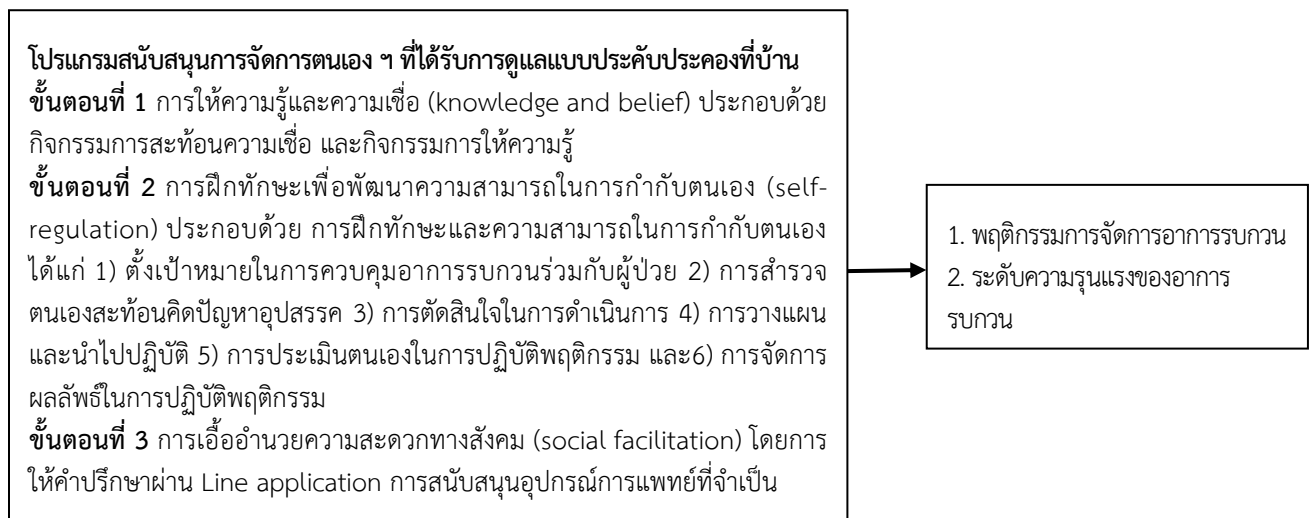
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนสิงหาคม - กันยายน 2567 ณ คลินิกชิวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยการนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹¹ มาใช้สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง สามารถจัดการตนเองกับอาการรบกวน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้และความเชื่อ ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง และขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยความสะดวกทางสังคม ร่วมกับการนำแนวคิดการพยาบาลทางไกล โดยใช้กระบวนการพยาบาลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองมาใช้ให้บริการทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การให้คำแนะนำ 3) การตกลงบริการ 4) การช่วยเหลือและให้การพยาบาล และ 5) การติดตามผล¹⁰ ผ่านการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือดิจิทัล¹⁴ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one - group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกชีวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2567 ทั้งหมด จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกชีวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 27 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง (effect size) เท่ากับ .50 ค่าความน่าจะเป็นของการเกิดความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of test) .80 จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง รหัส ICD10 ได้แก่ C00-C96 หรือ D37-D48

2. แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคร่วมเป็น (Z51.5) มีอาการรบกวนและได้รับการจัดการอาการรบกวนด้วยยา Strong Opioids 2)

3. มารับการตรวจรักษาที่คลินิกชีวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารโดยใช้ Line Application ได้

5. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹¹ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างความเชื่อ ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะในการจัดการอาการรบกวน และขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าระวังความสะดวทางสังคม โดยการติดตามและให้คำปรึกษาผ่าน Line Application

2. แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วย ลงบันทึกด้วยลายมือ ประกอบด้วย 1) การประเมินความสามารถการดูแลอาการรบกวนของผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายการดูแล 3) วางแผนการดูแล กิจกรรมที่ลงมือทำด้านการจัดการความปวด การจัดการอาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน การจัดการอาการเบื่ออาหาร การจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/ง่วงซึม การจัดการอาการท้องผูก และการจัดการอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า/ความไม่สบายกายและใจ 4) ประเมินผลลัพธ์ 5) ความมั่นใจในการแก้ไขจัดการอาการไม่มั่นใจ 6) ความต้องการพัฒนาทักษะและสิ่งสนับสนุนเพิ่มเติม

3. แผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง สำหรับพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์จากรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมจัดการสุขภาพตนเอง¹⁰ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การให้คำแนะนำ 3) การตกลงบริการ 4) การช่วยเหลือและให้การพยาบาล และ 5) การติดตามผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาป่วยเป็นโรคมะเร็ง ชนิดยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากคู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)¹⁷ ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 32 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการจัดการความปวด จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการจัดการอาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการจัดการอาการเบื่ออาหาร จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/่วงซึม จำนวน 4 ข้อ 6) ด้านการจัดการอาการท้องผูก จำนวน 4 ข้อ และ 7) ด้านการจัดการอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า/ความไม่สบายทั้งกายและใจ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ มีพฤติกรรมจัดการอาการรบกวน ๆ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49) ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)¹⁸

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย¹⁹ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก อาการคลื่นไส้/อาเจียน อาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง อาการเบื่ออาหาร อาการง่วงซึม/สับสน/ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความไม่สบายทั้งกายและใจ และอาการท้องผูก โดยระดับการวัดแต่ละอาการ แบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง รู้สึกว่าอาการนั้น ๆ รุนแรงที่สุด โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 ไม่มีอาการ คะแนน 1 – 3 ระดับอาการรบกวนน้อย คะแนน 4 – 7 ระดับอาการรบกวนปานกลาง คะแนน 8- 10 ระดับอาการรบกวนรุนแรง²⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้น หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67 - 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีคุณลักษณะตามที่กำหนด ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม NPH-REC No.023/2024 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการ

ดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยขอการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม โดยประสานหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจซีวาร์กซ์ เพื่อรับสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมโครงการและนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกซีวาร์กซ์ โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของปัญหา ซึ่งแรงจูงใจประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านดำเนินการเป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้ และสร้างความเชื่อ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ณ คลินิกซีวาร์กซ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยใช้ระยะเวลา 120 นาที ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 30 นาที) โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งอธิบายความเป็นมาของปัญหา ซึ่งแรงจูงใจประสงค์ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสร้างกลุ่ม Line application กับพยาบาลและผู้วิจัย เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งประเมินพฤติกรรมจัดการอาการรบกวน และประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (pre-test) โดยผู้วิจัยส่ง แบบประเมิน Google form ให้กับกลุ่มตัวอย่างทางไลน์

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความเชื่อ (ใช้เวลา 30 นาที) โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนการจัดการตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวน เมื่อผู้ป่วยมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น ปวด เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก วิดกกังวล ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อย และผู้วิจัยสรุปเป็นประเด็น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ (ใช้เวลา 30 นาที) โดยผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านสื่อคลิปวิดีโอ อินโฟกราฟฟิก เรื่องการจัดการอาการรบกวน ได้แก่ การจัดการความปวด การใช้ยามอร์ฟิน อาการเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ท้องผูก และความวิตกกังวล ซึมเศร้า การประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน และส่งคลิปวิดีโอในกลุ่มไลน์ วันเว้นวัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเปิดศึกษาย้อนหลังได้

กิจกรรมที่ 4 แนะนำการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแล (ใช้เวลา 30 นาที) ผ่าน Google form

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 2-7 การพัฒนาทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation skills and abilities) ผ่าน Line application โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การฝึกทักษะการจัดการอาการรบกวน (ใช้เวลา 30 นาที) เช่น การจัดการความปวด การประเมินความปวด การให้ยามอร์ฟิน และการไม่ใช้ยา เช่น เพลงผ่อนคลาย นวดสัมผัส จัดสิ่งแวดล้อม การทำนอนเมื่อเหนื่อย/หายใจลำบาก โดยดูจากสื่อคลิปวิดีโอที่ส่งให้ และผู้วิจัยสะท้อนกลับเรื่องความเข้าใจตามแต่ละหัวข้อ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกความสามารถในการกำกับตนเอง (ใช้เวลา 30 นาที) โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

- 1) การตั้งเป้าหมาย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด เหนื่อย ค่าระดับความรุนแรงของอาการรบกวนที่ผู้ป่วยยอมรับตนเองได้และสุขสบายที่สุด
- 2) การสำรวจตนเองและสะท้อนคิดปัญหาอุปสรรค ในการกำกับตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วย สำรวจความสามารถของตนเอง ในการกำกับตนเองเพื่อจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ และสรุปเป็นแนวทางเพื่อนำไปปฏิบัติ
- 3) การตัดสินใจดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกดำเนินการในการจัดการตนเองกับอาการรบกวนต่าง ๆ
- 4) การวางแผนและนำไปปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามแผน และเป้าหมายที่ตกลงกันไว้ รวมทั้งลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแล และส่งแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองผ่าน Line application
- 5) การประเมินตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมและอุปสรรคในการกำกับตนเอง ผู้วิจัยติดตามผลของการดำเนินการ รวมทั้งปรับแผนปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง ทุกสัปดาห์ (ใช้เวลา 30 นาที) เพื่อเสริมพลังการดูแล ให้กำลังใจ ทบทวนผลการบันทึกข้อมูล พฤติกรรมจัดการตนเอง และผลการประเมินการจัดการอาการรบกวน ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ติดตามความก้าวหน้า ผู้ป่วยมีอาการเท่าเดิม ดีขึ้น หรือแย่ลง มีความพึงพอใจ มั่นใจในการจัดการอาการรบกวนของตนเองหรือไม่
- 6) การทบทวนข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเอง (ใช้เวลา 15 นาที) โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกัน ทบทวนข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองที่บันทึกประจำสัปดาห์ และติดตามการประเมินการจัดการอาการรบกวน ผู้วิจัยสรุปแนวทางการจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พร้อมทั้งเสริมแรง กล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 การเอื้ออำนวยความสะดวกทางสังคม (social Facilitation) โดยมีกิจกรรมการให้คำปรึกษาผ่าน Line application โดยการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น หากกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาในการจัดการอาการรบกวน หรือมีความวิตกกังวล สามารถขอคำปรึกษาผ่านการใช้โทรศัพท์หรือใช้ LINE application ได้ตลอด 24 ชั่วโมง จนกว่าจะเกิดความมั่นใจ หากกลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ที่นอนลม ไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะ สามารถรับการสนับสนุนจากธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐม

หลังการทดลอง หลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยส่ง link แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการอาการรบกวน และแบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (post-test) ที่สร้างด้วย Google form ให้กับกลุ่มตัวอย่างทำการประเมินทาง LINE application ใช้เวลา 5 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คะแนนพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.26 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 62.96 สถานภาพคู่ ร้อยละ 48.15 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.56 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานะเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 85.19 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นมะเร็งไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 62.96 และได้รับยามอร์ฟินชนิดเม็ดและน้ำเชื่อม ร้อยละ 59.26 และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (PPS) อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ร้อยละ 74.07

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.26 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 37.04 สถานภาพคู่ ร้อยละ 77.78 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 40.74 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.56 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย $\geq 20,000$ บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.15 สถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 44.44 และดูแลผู้ป่วยระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 62.96

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ในภาพรวม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42, SD = 0.66$) เมื่อนำมาพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนอยู่ในระดับน้อย คือ การจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/่วงซึม ($\bar{X} = 2.33, SD = 1.17$) หลังได้รับโปรแกรม ฯ ในภาพรวม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33, SD = 0.30$) เมื่อนำมาพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การจัดการอาการปวด ($\bar{X} = 4.66, SD = 0.47$) และการจัดการวิตกกังวล/ซึมเศร้า และความไม่สบายกายและใจ ($\bar{X} = 4.51, SD = 0.50$) โดยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n = 27)

พฤติกรรมจัดการอาการรบกวน	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.การจัดการอาการปวด	3.84	1.14	มาก	4.66	0.47	มากที่สุด
2.การจัดการอาการเหนื่อยหอบ /หายใจลำบาก	3.35	0.98	ปานกลาง	4.38	0.37	มาก
3.การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน	3.47	0.77	ปานกลาง	4.33	0.55	มาก
4.การจัดการอาการเบื่ออาหาร	3.50	0.94	มาก	4.40	0.50	มาก
5.การจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/่วงซึม	2.33	1.17	น้อย	3.81	0.81	มาก
6.การจัดการอาการท้องผูก	3.66	0.94	มาก	4.11	0.71	มาก
7.การจัดการวิตกกังวล/ซึมเศร้าและความไม่สบายกายและใจ	3.66	1.02	มาก	4.51	0.50	มากที่สุด
ภาพรวม	3.42	0.66	ปานกลาง	4.33	0.30	มาก

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n = 27)

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรบกวน	\bar{X}	SD	t-test	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	3.42	0.66	7.38	26	.000*
หลังได้รับโปรแกรม ฯ	4.33	0.30			

*p < .05

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 4.27, SD = 1.64) หลังได้รับโปรแกรม ฯ ระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับน้อย (\bar{X} = 2.17, SD = 1.10) โดยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n=27)

ระดับความรุนแรงของอาการรบกวน	\bar{X}	SD	t-test	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	4.27	1.64	-9.04	6	.000*
หลังได้รับโปรแกรม ฯ	2.17	1.10			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ในภาพรวม มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.42, SD = 0.66) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/ง่วงซึม อยู่ในระดับน้อย คือ (\bar{X} = 2.33, SD = 1.17) และหลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.33, SD = 0.30) โดยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการปวด และการจัดการวิตกกังวล/ซึมเศร้า และความไม่สบายกายและใจ อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.66 และ 4.51 ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้เป็นเช่นนี้เนื่องจากก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/ง่วงซึมเป็นอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นผลจากปัญหาการนอนไม่หลับและอาการอื่น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวด เหนื่อยหอบ¹⁷ รวมถึงอาการทางด้านจิตใจทำให้ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนได้เต็มที่ส่งผลให้เกิดอ่อนเพลีย อาการง่วงซึมและนอนหลับ ในเวลากลางวัน ซึ่งจากการประเมินความรู้ ความเชื่อผู้ดูแลเข้าใจเป็นการพักผ่อนของผู้ป่วยจึงปฏิบัติในด้านนี้น้อย ซึ่งหลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการปวด อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.66 ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลตามแนวคิดการจัดการตนเองของคุณคนและครอบครัว¹¹ ครอบคลุมการจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้

1) ด้านความรู้และความเชื่อ โดยกลุ่มตัวอย่างบอกเล่าความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟิน โดยเฉพาะชนิดน้ำว่าเป็นยาเสพติด หากใช้บ่อย ๆ จะทำให้ติดยา จึงทนปวดจนกว่าจะรู้สึกทนไม่ไหวจึงใช้ยามอร์ฟินน้ำเพื่อบรรเทาอาการปวด

โดยผู้วิจัยสะท้อนความเชื่อให้ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นอาการที่สามารถจัดการได้ดีด้วยวิธีการใช้ยา¹⁷ นอกจากนี้ยังฝึกทักษะการประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (ESAS) โดยบันทึกพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลในแบบบันทึก และประเมินผลหลังการจัดการอาการรบกวน 2) ด้านการฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแล ควรมีการประเมินความปวดระดับที่ผู้ป่วยยอมรับได้และรู้สึกสบาย ซึ่งผู้ดูแลวางแผนและปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ปฏิบัติตามวิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น ให้ผู้ป่วยรับประทานยาออร์พินควบคุมอาการปวดตรงตามเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่รอจนอาการปวดรุนแรง ขณะมีอาการปวดกำเริบ ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาออร์พินชนิดน้ำตามแผนการรักษาลงบันทึกวันเวลา ประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้รับยา 30 นาที ตลอดจนวิธีไม่ใช้ยา การจัดทำนอน สิ่งแวดล้อม นวดสัมผัส และเปิดเพลงผ่อนคลาย เป็นต้น ส่งผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ส่งผลเกิดความภาคภูมิใจและปฏิบัติต่อเนื่องเป็นประจำ 3) ด้านการช่วยเหลือทางสังคม ผู้วิจัยประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยส่งข้อมูลการรักษาผู้ป่วยผ่านระบบ Thai COC ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน ผู้วิจัยจะอำนวยความสะดวกประสานยืมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เป็นต้น จากธนาคารอุปกรณ์การแพทย์โรงพยาบาลนครปฐม ให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายครอบครัวที่เพิ่มขึ้น เป็นกำลังใจและเสริมแรง เพื่อให้การแก้ปัญหา หรือความคาดหวังเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บรรเทาอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง²¹

สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการความวิตกกังวล/ซึมเศร้า และความไม่สบายทั้งกายและใจ อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.51 โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว เป็นบุตรของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีความรู้สึกเป็นทุกข์ร่วมกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในครอบครัวทำให้รับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดี¹⁸ เมื่อผู้ป่วยมีอาการรบกวน ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความอ่อนโยน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และสามารถระบายความรู้สึก เรื่องที่วิตกกังวล เล่าสู่กันฟังได้ รวมทั้งการพูดคุยกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การชวนคุยในสิ่งที่ผู้ป่วยภูมิใจ หรือการมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ทำบุญใส่บาตร รวมถึงช่วยจัดการสิ่งที่ผู้ป่วยค้างคาใจ ทำให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล ส่งผลต่ออาการของผู้ป่วย จากการปฏิบัติเช่นนี้สามารถบรรเทาความรุนแรงของอาการทางกายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยังเป็นการลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าด้วย²² เช่นเดียวกับการศึกษาผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงเมื่อได้รับรูปแบบการส่งเสริมครอบครัวในการดูแล²³

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้วิจัยนำแนวคิดการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) โดยใช้กระบวนการพยาบาลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองมาให้บริการทางการพยาบาลตามโปรแกรม ฯ โดยมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ให้ความรู้ โดยใช้แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง¹⁰ ส่งข้อมูลผ่าน Line application จัดทำเนื้อหาเป็นสื่อวีดิโอ อินโฟกราฟฟิก ให้มีความน่าสนใจ กระชับ จดจำและเข้าใจง่าย²⁴ สามารถดูซ้ำได้ตลอดเวลา มีการนัดหมายติดตามอาการทุกสัปดาห์ และให้ผู้ดูแล

ส่งแผนการจัดการตนเองที่บันทึกผ่านทาง Line application เพื่อทบทวน แก้ไขปัญหา ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้วิจัย โดยในช่วงก่อนนัดหมาย ผู้ดูแลสามารถติดต่อได้ตลอดเวลาเมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรค โดยผู้วิจัย VDO call กับผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำแบบ real time สามารถทำให้ผู้ดูแลแก้ปัญหาได้ และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้อาการรบกวนของผู้ป่วยลดลง และบรรลุตามเป้าหมายร่วม สอดคล้องกับการศึกษาระบบการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกลส่งผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา และระยะเวลาของกระบวนการบริการ¹³ เช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง²⁵ เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified death)¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน บูรณาการกับหลักการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและผู้ดูแลในชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ เบื้องต้น ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะท้าย
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ไปขยายผล และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตระยะสุดท้าย neurological disease เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
2. ควรทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในระยะยาวเช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล การลดต้นทุนบริการ เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาเรื่องใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยปรับรูปแบบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัย และมีความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพการจัดการตนเอง (M. Health Application) ด้านอาการรบกวนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative Care [Online]. 2024 [cited 2024 March 15]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory [Online]. 2024 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>. accessed

3. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: สื่อตะวัน; 2559.
4. ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธกัณันท์ อินทรารุช. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร์ 2566;31(1):99-113.
5. กิตติกร นิลมานันต์, กัลยา แซ่ชิต. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(3):51-66.
6. เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภัคติวงศ์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2562;1(1):50-66.
7. Grim RD, McElwain D, Hartmann R, HudakM. Evaluating causes for unplanned hospital readmission of palliative care patients. Am J Hosp Palliat Care 2010;27(8):526-31.
8. อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก, รุ่งอรุณ โทวันนัง. ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563;35(2):303-16.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Home-Based Palliative Care: Making it Happen. ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, ดุสิต สถาวร. (บรรณาธิการ). The dawn of palliative care in Thailand. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2556. หน้า 67-76.
10. กองการพยาบาล. รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย; 2564.
11. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs outlook 2009;57(4):217-25.
12. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริม การควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558;26(Suppl1):117-27.
13. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุที่บ้านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
14. นันทิยา แก้ววงษา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรับการรักษาแบบประคับประคอง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
15. พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน, กัลยาณี นาคฤทธิ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2566;6(2):e256471.
16. Karakuş Z, Ozer Z. The effect of a fatigue self-management program based on individual and family self-management theory in cancer patients: A single-blind randomized controlled trial. Eur J Oncol Nurs 2024;69:102483.
17. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
18. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.

19. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage* 2011;42(6):954-60. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020
20. กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวิมีสุข, กิติพล นาควิโรจน์, ธัญญรัตน์ โนนทัยสินทวี. ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล ควบคู่กับการดูแลปกติเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2566;6(2):133-43.
21. จันจิรา วิทยาบำรุง, ปัทมา สุริต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2563;43(4):36-47.
22. พรพิมล เลิศพานิช, ภัทรานิษฐ์ เมธีพิสิษฐ์, วชิรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ, ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง, อาภาพร นามวงศ์พรหม. ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2564;41(3):1-12.
23. รสสุคนธ์ เจริญสัตย์สิริ, ลัดดา สฤชดีไพศาล, พรฤดี นิธิรัตน์. รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *ว* หัวหินสุขใจไกลกังวล [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]; 5. เข้าถึงได้จาก:
<https://he02.tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/download/260651/178138/9975604>
24. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall; 1986.
25. แพงพรรณ ศรีบุญลือ, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, ณิชชญา บัวละคร, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. ผลลัพธ์การการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2565;37(1):76-81.

รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด

A case study: nursing care endophthalmitis after cataract surgery

วศินี ธีวรรณลักษณ์*

Wasinee Thiwannalak*

* โรงพยาบาลน่าน

* Nan Hospital

Corresponding author: Wasinee Thiwannalak; Email: wasineethiwannaluk@gmail.com

Received: July 29, 2024; Revised: October 20, 2024; Accepted: October 29, 2024

บทคัดย่อ

โรคต้อกระจก เป็นภาวะที่มีเลนส์แก้วตาขุ่น โดยวิธีการรักษาให้ได้ผลดีที่สุด คือ การผ่าตัดต้อกระจก อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดต้อกระจก มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุด คือ การติดเชื้อในลูกตา เนื่องจากอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร หรือถ้ามองเห็นชัดขึ้นอาจสูญเสียลูกตาตามมา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 1 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด ได้รับการรักษาพยาบาลครอบคลุมองค์รวม และนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้พัฒนางานด้านการพยาบาลของแผนกจักษุ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์ เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะการผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากพร่องการมองเห็นหลังการผ่าตัด ไม่สุขสบายเนื่องจากการปวดตาข้างที่ผ่าตัด ผู้ป่วยมีการติดเชื้อตาขาวหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเนื่องจากเมื่อกลับบ้านมีการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ด้วยการดูแลช่วยเหลือชี้แนะผู้ป่วยทั้งก่อน และหลังการผ่าตัดต้อกระจก ถือเป็น การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดตามมาได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผ่าตัดต้อกระจก, ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด

Abstract

Cataract is a condition where the lens of the eye becomes cloudy. The most effective treatment for cataracts is surgery. However, cataract surgery carries a risk of complications. The most concerning of which is postoperative eye infection. Endophthalmitis can lead to permanent vision loss or, in severe cases, loss of the eye.

This study is a case study of one patient and aims to provide holistic care to a patient who developed an eye infection following cataract surgery. The study's findings are intended to enhance the quality of nursing care in the ophthalmology department. Results revealed that the patient experienced anxiety and fear prior to surgery. In the surgery period, risks included complications during surgery, the possibility of wrong-site surgery (incorrect patient, side, or lens), accidents involving surgical instruments, and contamination with pathogens during the procedure. In the postoperative period, the patient faced risks such as accidents due to impaired vision, pain in the operated eye, and endophthalmitis in the right eye. The patient also encountered complications post-surgery due to improper home care following the operation.

Consequently, comprehensive nursing care for cataract surgery patients, which encompasses preoperative and postoperative guidance, is essential for providing both physical and psychological support. This holistic approach encourages patients to adhere to appropriate postoperative care practices and ensures continuous monitoring for potential complications, ultimately minimizing the risk of postoperative complications.

Keywords: nursing care, cataract surgery, endophthalmitis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูลทางสถิติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลก จำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด¹ ส่วนในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งสิ้น 13.30 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2560 ร้อยละ 2.90² จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านสุขภาพตามมา เนื่องจากความเสื่อม รวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ลดลงตามอายุ โดยเฉพาะโรคต่อกระจก ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ³

โรคต่อกระจก เป็นภาวะที่มีเลนส์แก้วตาขุ่น มักพบในคนสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของเนื้อเลนส์ที่สร้างจากเซลล์ด้านในถุงหุ้มเลนส์ ทำให้เลนส์แก้วตาหนาตัวขึ้นและกดเบียดส่วนแกนของเลนส์แก้วตาทำให้แข็งขึ้นและสีจะเปลี่ยนเป็นเหลืองเข้มขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งเป็นสีน้ำตาล^{4,5} ปัจจุบันพบโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุทั่วโลกมีปริมาณเพิ่มขึ้น 5-10 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ^{6,7} โดยการรักษาให้ได้ผลดีที่สุดสำหรับโรคต่อกระจก คือ การผ่าตัด ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดต่อกระจกที่เป็นที่นิยม มี 3 วิธี คือ 1) การสลายต่อกระจก (phacoemulsification) เป็นวิธีการที่จักษุแพทย์ใช้เครื่องอัลตราซาวด์ขนาดเล็กไปสลายเลนส์ตาให้เป็นชิ้นเล็กแล้วดูดออกมา 2) การผ่าตัดแผลใหญ่ (extracapsular cataract extraction [ECCE]) เป็นการผ่าตัดที่ต้องเปิดแผลใหญ่กว่า 10 มิลลิเมตร เพื่อนำเลนส์ออกมาทั้งชิ้น ทำให้ไม่เกิดความร้อนสลายต่อกระจก แต่ต้องเย็บแผลหลายเข็ม ผู้ป่วยต้องใช้เวลาพักฟื้นนาน 3) การผ่าตัดแผลเล็กโดยไม่ใช้เครื่องสลายต่อกระจก (manual small incision cataract surgery [MSICS]) มีวิธีการผ่าตัดหลายเทคนิค เช่น Ruti technique, Modified Blumenthal technique, Kongsap technique, Nylon loop technique และ Double nylon loop technique เป็นต้น ซึ่งแผลเย็บจะน้อยกว่าหรือไม่ต้องเย็บแผล ทำให้ระยะเวลาในการพักฟื้นลดลง เกิดค่าสายตาเอียงน้อยกว่า⁸

2(15)

การผ่าตัดต่อกระจกทั้ง 3 รูปแบบ สามารถช่วยรักษาโรคต่อกระจกได้ แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดต่อกระจกก็อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระจกได้ เช่น ภาวะเลือดออกในช่องม่านตาหลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Hyphema) ภาวะเลือดออกชั้นเนื้อ choroid การเกิดความดันในลูกตาสูง การเกิดจุดรับภาพตรงกลางบวม (cystoid macular edema [CME]) เยื่อหุ้มเลนส์แตก เส้นใยเลนส์ขาดน้ำวุ้น ตารั่วทะลัก จอประสาทตาลอกหลุด ภาวะใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ได้ หรือภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน/หลุด และการติดเชื้อในลูกตา (endophthalmitis) เป็นต้น

โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกเพื่อเปลี่ยนเลนส์เพิ่มขึ้น จากข้อมูลทางสถิติของหอผู้ป่วยโสต คอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลน่าน ปีพ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยต่อกระจกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน 804, 856 และ 1,211 ราย ตามลำดับ และได้รับการผ่าตัดต่อกระจก 780, 805 และ 1,192 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระจก ในปีพ.ศ. 2563-2566 พบว่า หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ผู้ป่วยเลนส์เคลื่อนที่ จำนวน 1 ราย กระจกตาบวม จำนวน 1 ราย เกิดภาวะการติดเชื้อ endophthalmitis จำนวน 1 ราย⁹ เช่นเดียวกับข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ในปีพ.ศ. 2564 พบว่าภายหลังการผ่าตัดมีอุบัติการณ์การติดเชื้อในลูกตา คิดเป็นร้อยละ 0.43¹⁰ และจากการศึกษาแบบการศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย พบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำนวน 689 ราย มีภาวะจุดรับภาพตรงกลางบวม (CME) คิดเป็นร้อยละ 0.15¹¹ ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อในลูกตาอาจเกิดได้ ร้อยละ 0.07-0.12 ภายใน 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด และส่วนมากจะเกิดภายใน 3-4 วัน หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการตามัว มองไม่เห็น ปวดตา มาก ตาแดง น้ำตาไหล เคืองตา สู้แสงไม่ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่อาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นจนทำให้ตาบอดได้¹² จะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง และให้การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในลูกตา

การติดเชื้อในลูกตา (endophthalmitis) ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจกที่รุนแรงที่สุด เนื่องจากอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร หรือถาวรรุนแรงยิ่งขึ้นอาจสูญเสียลูกตาได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก¹³ ดังนั้น การดูแลช่วยเหลือชี้แนะผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดต่อกระจก ถือเป็น การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวจนสามารถการดูแลสุขภาพตนเอง จนนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดตามมา

รายงานกรณีศึกษาฉบับนี้ได้ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด จำนวน 1 ราย เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ โดยดำเนินการศึกษาค้นคว้า จากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ประเมินปัญหา ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาต่อกระจก พบว่าผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในลูกตาข้างขวา จึงได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาลูกตาขวาออกทั้งหมด (enucleation) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านมีการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ (re-admission) ดังนั้นพยาบาล นอกจากให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยแล้ว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ควรมีการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ ประกอบการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร่วมกับการรายงานความเสี่ยงให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ โดยเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดได้รับการรักษาพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
2. เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด และนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้พัฒนางานด้านการพยาบาลของแผนกจักษุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด 1 รายในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลน่าน โดยดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด จำนวน 1 ราย
2. ดำเนินการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ รวมถึงการปกป้องข้อมูล และสิทธิการถอนตัวจากการศึกษา ก่อนลงนามลงในใบยินยอมให้ข้อมูล
3. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลของกรณีศึกษา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติ และการศึกษาจากเอกสาร จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการผู้รับบริการตามสภาพจริง
5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบของการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด 1 ราย ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลน่าน เป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยผ่าตัดที่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก เพื่อให้ทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบของการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจก โดยการนำข้อมูลที่ได้รวบรวม มาวิเคราะห์ผ่านความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาล การวางแผนการให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นพร้อมปรับปรุงแก้ไขตามกระบวนการพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 9 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ ProDOC

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 8 ปี โรคเก๊าท์ ระยะเวลา 6 ปี โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 ระยะเวลา 2 ปี ควบคุมอาการได้ดี และรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ deafness both eye หูทั้งสองข้างได้ยินไม่ชัดเจน ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพหม้าย ไม่ได้เข้ารับการศึกษา ไม่สูบบุหรี่และไม่ใช้สารเสพติด มีประวัติแพ้ยา Propranolol น้ำหนัก 35 กิโลกรัม ส่วนสูง 140 เซนติเมตร

อาการสำคัญ: ตา 2 ข้างพร่ามัว 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตา 2 ข้างพร่ามัว มองไม่ชัด ไม่ปวดตา ไม่มีตาแดง ไม่มีประวัติอุบัติเหตุทางตา จักษุแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจก และให้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกแผลเล็ก (MSICS) และใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Intraocular lens [IOL]) ทั้งข้างขวาและข้างซ้าย อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/67 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 18 พฤษภาคม 2566 เวลา 13.00 น. รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน ชักประวัติ แนะนำการปฏิบัติตัว ขณะอยู่โรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยและญาติดูสื่อวีดิทัศน์ประกอบการแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด วิธีการเช็ดตาหลังการผ่าตัด และวิธีการหยอดยาตาดูแลหยอด Poly-ophed BE x 4 เวลา 16.34 น. จักษุแพทย์ทำการผ่าตัดต้อกระจกตาขวาด้วยวิธี MSICS with IOL, Right eye (RE) ขณะผ่าตัดพบ Iris Floppy syndrome หลังคลอดเลนส์ pupil น้อยกว่า 3 mm. iris prolapsed จึงทำ Surgical peripheral iridectomy ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึก เฉพาะที่ สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัดปกติ ตาขวาปิดตาและครอบ Eye shield ไว้สิ้นสุด ใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 30 นาที หลังการผ่าตัดมีอาการปวดตาข้างขวาน้อย ประเมินอาการปวด โดยใช้ Pain score อยู่ในช่วงระหว่าง 2-3 คะแนน จึงดูแลให้พักนอนบนเตียง เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังรับการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยอีกครั้ง โดยใช้สื่อที่มีภาพประกอบและวีดิทัศน์ ร่วมกับเน้นย้ำเรื่องการระมัดระวังไม่ให้น้ำเข้าตา ห้ามล้างหน้าสระผมเพื่อป้องกันน้ำเข้าตา ให้นอนหงาย ไม่นอนตะแคงทับข้างที่ผ่าตัด ไม่ก้มเก็บของ ไม่ยกของหนัก ไม่ควรไอหรือจามแรง ๆ หรือออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระ เพื่อป้องกันเลนส์เลื่อนหลุด โดยให้ญาติดูแลใกล้ชิด ผลการประเมินผู้ป่วยไม่มีอาการไอ จาม สามารถรับประทานอาหารได้และนอนหลับได้ ซึ่งจักษุแพทย์ให้การรักษาหลังผ่าตัด โดยให้ยาหยอดตาและยารับประทาน ได้แก่ VIGAMOX: BE x 4, 1% Predforte ED: RE ทุก 1 ชั่วโมง, Maxitrol EO: Left eye (LE) x hs ยา Poly-Oph สำหรับหยอดตาข้างขวา 4 เวลา คือ เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอนยา Prednisolone acetate eye drop (Inf-Oph) สำหรับหยอดตาข้างขวา 4 เวลา คือ เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน (ให้เปิดตา เพื่อหยอดยาในเช้าของวันรุ่งขึ้น) ยารับประทาน Cephalexin 250 mg โดยให้รับประทาน 1 เม็ด 4 เวลา ก่อนอาหาร

วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 เวลา 07.00 น. พยาบาลตึกผู้ป่วยในเปิดตาข้างขวา และเช็ดตาแบบสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ประเมินอาการปวด บวม แดง และสารคัดหลั่งจากดวงตาขวา พบว่า ตาขวาแดงเล็กน้อย ไม่มีขี้ตา ปวดตาน้อย pain score เท่ากับ 2 คะแนน เวลา 13.00 น. จักษุแพทย์ทำการผ่าตัดต้อกระจกตาซ้ายด้วยวิธี MSICS with IOL, LE ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่มีอาการผิดปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดตาซ้ายปิดตาและครอบ Eye shield ใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 20 นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/80 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดตาข้างซ้ายเล็กน้อย pain score เท่ากับ 3 คะแนน เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/80 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดตาทั้งสองข้างเล็กน้อย pain score ระหว่าง 4-5 คะแนน ดูแลให้ paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn หลังจากนั้นวัด VA, RE = HM Mild cornea edema no air มี plasmoid aqueous รายงานจักษุแพทย์ Diagnosis (Dx.) Toxic Anterior Segment Syndrome (TASS), RE จึงมีแผนการรักษาให้ 1% Inf-oph ed. right eye ทุก 1 ชั่วโมง

วันที่ 20 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.00 น. พยาบาลตึกผู้ป่วยในเปิดตาซ้าย และเช็ดตาแบบสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ประเมินอาการปวด บวม แดง และสารคัดหลั่งจากดวงตาซ้าย พบว่า ตาซ้ายแดงเล็กน้อย ไม่

มีขี้ตา มีปวดตาเล็กน้อย การมองเห็นดีขึ้น VA, LE = 20/200 ประเมินตาขวา พบว่า ตาขวาแดงเล็กน้อย ไม่มีขี้ตา มีปวดตาเล็กน้อย VA, RE = HM อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 83 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/75 มิลลิเมตรปรอท ผลการประเมินผู้ป่วยไม่มีอาการไอ จาม ไม่มีท้องผูก สามารถรับประทานอาหารได้และนอนหลับได้ โดยมีอาการปวดตาข้างที่ได้รับการผ่าตัดเล็กน้อย pain score เท่ากับ 2 คะแนน

วันที่ 21 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.00 น. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัด post-op MSICS with IOL, RE day 3 พบว่า ตาขวาแดง ปวดตาข้างขวาเล็กน้อย pain score เท่ากับ 3 คะแนน VA, RE = HM ตรวจพบหนองช่องน้ำม่านตา (hypopyon) 10-20% และ post-op MSICS with IOL, LE day 2 VA, LE = 20/200 ตาซ้ายไม่แดง ไม่มีขี้ตา ไม่มีปวดตาข้างซ้าย อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/80 มิลลิเมตรปรอท จักษุแพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัด Intravitreal Vancomycin + Subconjunctival Fortum injec, RE ปิดตา 24 ชั่วโมง ใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 10 นาที ภายหลังผ่าตัด ให้การรักษาด้วยการหยอดตา ได้แก่ ยา Vancomycin F*+ Fortum F* ed. RE ทุก 1 ชั่วโมง และพิจารณาปรึกษาอายุรกรรม แพทย์ เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยร่วม และให้ยา Cef-4 2 gm vein ทุก 8 ชั่วโมง then 1 gm vein ทุก 12 ชั่วโมง, Vancomycin 700 mg iv stat and then 500 mg iv ทุก 48 ชั่วโมง ซึ่งประเมินอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัด พบว่า ปวดตาข้างขวาเล็กน้อย pain score ระหว่าง 3-4 คะแนน โดยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง และมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.00 น. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัด post-op MSICS with IOL, LE day 2 VA, LE = 20/100⁻¹ ตาซ้ายไม่แดง ไม่มีขี้ตา ไม่มีปวดตาข้างซ้าย และ post-op MSICS with IOL, RE day 3 VA, RE = HM hypopyon 30% อุณหภูมิร่างกาย 37.7-37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/76 มิลลิเมตรปรอท จักษุแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วย Dx. TASS, RE และพิจารณาประสานโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทันที พยาบาลประสานการส่งต่อ รวมถึงอธิบายเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการรักษา

วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตรวจ Pus culture พบเชื้อ Streptococcus dysgalactiae แพทย์จึงให้การวินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็น Endophthalmitis และให้การรักษาด้วยการผ่าตัด Enucleation, RE ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นเวลาทั้งหมด 7 วัน จำหน่ายวันที่ 29 พฤษภาคม 2566

วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 เวลา 07.40 น. Re-admission รพ. น่าน โดยผู้ป่วยมีอาการตาขวาปวด บวม และ conformer หลุดออกจากตา จักษุแพทย์ Dx. pre septal cellulitis และให้การรักษาโดย Augmentin (1000 mg) 1x2 oral pc x 3 วัน และ Cravit ed. RE ทุก 1 ชั่วโมง ผลการประเมิน ผู้ป่วยมีอาการปวดตาขวาเล็กน้อย pain score เท่ากับ 4 คะแนน ตาขวาบวม ผู้ป่วยไม่มีอาการไอ จาม ไม่มีท้องผูก สามารถรับประทานอาหารได้ และนอนหลับได้

วันที่ 1 มิถุนายน 2566 เวลา 08.00 น. ประเมินอาการผู้ป่วย พบว่า มีปวดตาขวาเล็กน้อย pain score เท่ากับ 3 คะแนน ตาขวาบวมลดลง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/70 มิลลิเมตรปรอท จักษุแพทย์ให้ off cravit ed. ให้ Vigamoxed. BE x 4, 1% inf-opo ed. BE x 4

วันที่ 2 มิถุนายน 2566 ประเมินอาการผู้ป่วย พบว่า มีปวดตาขวาเล็กน้อย pain score เท่ากับ 2 คะแนน ตาขวาไม่บวม ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

136/72 มิลลิเมตรปรอท จักษุแพทย์จำหน่ายผู้ป่วย และนัดติดตามหลังจำหน่าย (follow up) วันที่ 13 มิถุนายน 2566 โดยก่อนจำหน่าย พยาบาลให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านตามหลัก DMETHOD

การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลจะช่วยกำหนดบทบาทในการพยาบาลได้อย่างครบองค์รวม และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งแบ่งการวางแผนการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัดเนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ศึกษา จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย พบว่า หูทั้ง 2 ข้างได้ยินไม่ชัดเจน ตาทั้ง 2 ข้างพร่ามัว และไม่มีญาติดูแลเนื่องจากญาติไปทำงาน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล โดยในวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 จักษุแพทย์วางแผนทำการผ่าตัดต่อกระจกตาขวาด้วยวิธี MSICS with IOL, Right eye (RE) ผู้ป่วยกลัวเจ็บ และกลัวการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก
2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อประเมินภาวะวิตกกังวล
3. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เพื่อวางแผนการดูแลหลังการผ่าตัด
4. ให้กำลังใจผู้ป่วย แสดงความห่วงใย และสร้างความมั่นใจในการรักษา และการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งรับฟังปัญหา และแสดงความเห็นอกเห็นใจ
5. ให้ผู้ป่วยดูวิดีโอทัศน์และรูปภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ขณะ และหลังการผ่าตัด ร่วมกับการสาธิตการเช็ดตาหลังการผ่าตัด
6. อธิบายวิธีการ ขั้นตอนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและคลายกังวล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
7. อธิบายถึงผลเสียของความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อการหายของโรค
8. แนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเตียง และให้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ได้รับการผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความกังวล เข้าใจสาเหตุของการเกิดโรค และทราบวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อน และหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

 เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย พบว่า หูทั้ง 2 ข้างได้ยินไม่ชัดเจน ตาทั้ง 2 ข้างพร่ามัว การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยปฏิบัติได้ค่อนข้างยากเนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วยด้านการมองเห็น และการฟัง ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และกลัวการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยดังนี้
 - ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ให้ตรงกับเวช ระเบียน
 - ประเมินสภาพด้านร่างกาย และ ตรวจสอบการวินิจฉัย/แผนการรักษา
 - ประวัติโรคประจำตัว การใช้ยา การ แพ้ยา การผ่าตัดในอดีต และการใช้ยา ละลายลิ่มเลือด
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ชนิดการ ผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ และการป้องกัน
3. ทำความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำ ก่อนวันผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด
4. ตรวจสอบกำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power IOL) พร้อมตรวจสอบ ค่า ต่างๆ ตามมาตรฐาน
5. ฝึกนอนคลุมโปงเพราะขณะ ผ่าตัดจะใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเหลือเพียงตาข้างที่

ผ่าตัด

6. หยอดตาตามแผนการรักษา เพื่อขยายม่านตาก่อนผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดตามเวลา สัญญาณชีพปกติ

2. ระยะการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน จักษุแพทย์เลือกวิธีระงับความรู้สึกเฉพาะที่ชนิด Retrobulbar block

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติผู้ป่วยเรื่องการแพ้ยาเฉพาะที่ Bupivacaine 0.5% และ Lidocaine 2%
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของการได้รับยาชา เช่น กระจกกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ง่วงซึม หาวนอน ชัก เกร็ง หมดสติ ความดันโลหิตอาจต่ำหรือสูงกว่าปกติ
3. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ยา และทีมช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยาชา อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 89 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/78 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์

ข้อมูลสนับสนุน วันที่ 18-19 พฤษภาคม 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก จำนวนทั้งหมด 10 ราย

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย เพื่อยืนยันตัวผู้ป่วย ตำแหน่ง หัตถการ ชนิดการผ่าตัดก่อนผ่าตัด
2. ตรวจสอบการจัดเตรียมเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้สารน้ำและยาต่าง ๆ และใบยินยอมการผ่าตัด เป็นต้น
3. ตรวจสอบผู้ป่วย ตาข้างที่จะผ่าตัด และขนาดของเลนส์ตั้งแต่ขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

4. Mark site โดยพยาบาลตีกผู้ป่วยในก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด
5. ตรวจสอบซ้ำ ในขั้นตอนการรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด และในขั้นตอนการผ่าตัดในห้องผ่าตัดให้ถูกต้องตรงกับผู้ป่วยและเวชระเบียน

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาข้างขวา วันที่ 18 พฤษภาคม 2566 และตาข้างซ้าย วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 ตามแผนการรักษา ไม่เกิดอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน วันที่ 18-19 พฤษภาคม 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก จำนวนทั้งหมด 10 ราย มีบุคลากรปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดหลายระดับ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด ต้อกระจกตาขวาด้วยวิธี MSICS with IOL, Right eye (RE) ซึ่งใช้เวลาในการผ่าตัด 30 นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการปนเปื้อนขณะการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนการรักษาให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดตามมาตรฐาน
3. ล้างทำความสะอาดมือก่อนการผ่าตัด ขัดถูด้วยสบู่ฆ่าเชื้อกับน้ำ สำหรับมือก่อนใส่เสื้อคลุมและถุงมือปราศจากเชื้อ
4. จัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอ โดยเป็นชนิด Single use และผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ
5. ควบคุมและรักษาสภาวะปลอดเชื้อ ความชื้น และแรงดันของห้องผ่าตัดตามเกณฑ์มาตรฐาน ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคไปสู่แผลผ่าตัด
6. ดูแลให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Sterile technique
7. เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดและบริเวณโดยรอบให้ฟอกผิวหนังด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ 4% Chlorhexidine และ paint ด้วย 2% Chlorhexidine in 70%
8. ทิมผ่าตัดสวมเครื่องป้องกันร่างกายอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน
9. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด จะมีการปิดตาข้างที่ทำการผ่าตัดด้วย Eye pad และ eye shieldเอาไว้
10. ทำความสะอาดเตียงผ่าตัดหลังการผ่าตัดแต่ละราย หลังการผ่าตัดครั้งสุดท้ายของวัน ทำความสะอาดพื้นและเตียงผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Sodium hypochlorite solution 0.5%
11. ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Ammonium Chloride

การประเมินผลการพยาบาล

อุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดพร้อมใช้งาน สภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระยะเวลาหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากพร่องการมองเห็นหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยปิดตาทั้ง 2 ข้าง

วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อพิจารณาการเคลื่อนย้ายให้เหมาะสม เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง
2. ประเมินการมองเห็น (Visual Acuity)
3. ประเมินการพลัดตกหกล้ม (Fall risk score)
4. ช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน และให้เคลื่อนไหวช้า ๆ
5. แนะนำสถานที่ทุกขั้นตอนของการเคลื่อนย้ายและเดินนำผู้ป่วย
6. ไม่ละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง และยกที่กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกจากเตียง หรือหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากการปวดตาข้างที่ผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นปวดตาข้างที่ได้รับการผ่าตัดเล็กน้อย Pain score ระหว่าง 2-4 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดตาของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับอาการปวด (pain score) ของผู้ป่วย
2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนโดยห้ามตะแคงทับข้างที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันการกระแทก
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการปวด pain score ระหว่าง 2-4 คะแนน ได้รับยารับประทาน Paracetamol 500 mg 1 เม็ด oral prn หลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลง ประเมิน pain score ได้ 0 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อตาขวาหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกตาขวาด้วยวิธี MSICS with IOL, Right eye (RE) โดยขณะผ่าตัด ขณะผ่าตัดพบ Iris Floppy syndrome ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการผ่าตัด 30 นาที ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ปกติจะใช้เวลาในการผ่าตัดต่อกระจกประมาณ 15 นาที และหลังการผ่าตัด post-op MSICS with IOL, RE day 3 พบหนองที่ช่องหน้าม่านตาข้างขวา (hypopyon) 30% เยื่อぶตาแดง ระดับการมองเห็น hand movement ปวดตาข้างขวา ประเมิน pain score เท่ากับ 5 คะแนน มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.7-37.8 องศาเซลเซียส และได้ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งตรวจ Pus culture พบเชื้อ Streptococcus dysgalactiae แพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็น Endophthalmitis และให้การรักษาด้วยการผ่าตัด Enucleation, RE

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในน้ำวุ้นลูกตาเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ
2. ประเมินระดับอาการปวด (pain score) ของผู้ป่วย และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3. รายงานจักษุแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ และพิจารณาปรึกษาอายุรกรรมแพทย์ เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยร่วม

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยา Vancomycin F*+Fortum F* ed. RE ทุก 1 ชั่วโมง, Cef-4 2 gm vein ทุก 8 ชั่วโมง then 1 gm vein ทุก 12 ชั่วโมง และ Vancomycin 700 mg iv stat and then 500 mg iv ทุก 48 ชั่วโมง

5. ประสานการส่งต่ออย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

6. อธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

7. ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ

8. ประชุมร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของการติดเชื้อ และกำหนดแนวทางแก้ไข ซึ่งภายหลังการประชุม สามารถวิเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเดิมนั้น ยังไม่มีระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจก ประกอบกับในหน่วยงานมีบุคลากรที่มีอายุงานอยู่ในช่วง 0-3 ปี ร้อยละ 32.69 ซึ่งยังพร่องทักษะเชิงลึกในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจก จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกได้รับการดูแลที่หลากหลาย ตามระดับความรู้และประสบการณ์ที่มีของพยาบาลแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยง และตัดสินใจ ทางการพยาบาลที่ล่าช้า ไม่ครอบคลุม และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใหม่ ดังนี้

1) ระยะการพยาบาลก่อนผ่าตัดต่อกระจก

1.1 ประเมินอาการเมื่อแรกรับ

1.2 ประเมินสัญญาณชีพ วัดค่าสายตา (Visual Acuity [VA]) วัดความดันลูกตา และ วัดเลนส์แก้วตาเทียม และวัดค่ากำลังแก้วตาเทียม

1.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ endophthalmitis ด้วยแบบ Check list for Prevention Endophthalmitis

1.4 ล้างมือแบบ Hygienic hand washing 7 ขั้นตอน/ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือ Alcohol hand rub ตามหลัก 5 moments ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย

1.5 เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์

1.6 ดูแลให้ได้รับหยอดยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดต่อกระจกตามแผนการรักษาของแพทย์

1.7 ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป และล้างหน้าด้วย Hibscrub ให้สะอาดคื่นก่อนการผ่าตัดและเข้าวันผ่าตัด

1.8 ทำความสะอาดรอบ ๆ ตา โดยเน้นที่โคนขนตาข้างที่ผ่าตัด ก่อนการผ่าตัด ในกรณีที่ได้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดตาทั้ง 2 ข้าง เช็ดตาข้างที่ทำผ่าตัดทีหลังก่อน

1.9 อธิบายผู้ป่วยว่าอาจมีการให้ยาชาเฉพาะที่หรือใช้ยาแบบหยอดตา ตามแผนการรักษาของแพทย์

1.10 ผู้ป่วยต้องได้รับการให้ความรู้ ดูสื่อวีดิทัศน์ การสาธิตและสาธิตย้อนหลังการเช็ดตาหลังการผ่าตัด และพยาบาลประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยอีกครั้ง

2) ระยะการพยาบาลขณะผ่าตัดต่อกระจก ต้องปฏิบัติตามหลัก sterile technique อย่างเคร่งครัด

11(15)

3) ระยะเวลาพยาบาลหลังผ่าตัดต่อกระจก

3.1 ใช้ผ้าครอบตา (eye shield) ครอบตาข้างที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดการกระทบกระเทือนโดยตรง

3.2 ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ endophthalmitis ด้วยแบบ check list for prevention Endophthalmitis ซึ่งถ้าหากพบความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ endophthalmitis ให้พิจารณารายงานจักษุแพทย์ และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse [ICN]) ทันที

3.3 ประเมินสัญญาณชีพและค่าสายตา (VA)

3.4 ล้างมือแบบ Hygienic hand washing 7 ขั้นตอน/ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือ Alcohol hand rub ตามหลัก 5 moments ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย

3.5 เตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับเช็ดตาด้วยหลักปลอดเชื้อ

3.6 ให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย

3.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.8 จัดให้นอนในท่าที่สุขสบาย ไม่ควรนอนตะแคงหรือนอนคว่ำทับตาข้างที่ผ่าตัด

3.9 ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านทุกราย

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันที แลได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Eucleation, RE และภายหลังการปฏิบัติตามข้อกำหนด พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อ Endophthalmitis ในรายต่อ ๆ มา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเนื่องจากเมื่อกลับบ้านมีการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้เข้ารับการศึกษามีปัญหาด้านการได้ยิน เนื่องจากหูทั้ง 2 ข้างได้ยินไม่ชัดเจน หลงลืมง่าย ถ้ามขำบ่อย ๆ ญาติไม่มีเวลาดูแลตลอดเวลา เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ ตาขาวปวด บวม และมี conformer หลุดออกจากตา จึงได้เข้ารับการรักษาค้ำ (Re-admission) ณ รพ. น่าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อที่ตาซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ
2. ประเมินค่าสายตา (VA)
3. ประเมินระดับอาการปวด (Pain score) ของผู้ป่วย และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Augmentin (1000 mg) 1x2 oral pc x 3 วัน Cravit ed. RE q 1 hrs, Vigamoxed. BE x 4 และ 1% inf-op h ed. BE x 4
5. ดูแลการรักษาความสะอาดของใบหน้าและเส้นผม โดยให้บุคลากรทางการพยาบาลล้างหน้าและสระผมให้ และเช็ดตาด้วยสำลีสะอาดปราศจากเชื้อ และน้ำเกลือ
6. เฝ้ารอวังไม่ให้ผู้ป่วยใช้มือหรือผ้าเช็ดหรือขยี้ตา และครอบตาด้วย eye shield ตลอดเวลา

7. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการจำหน่ายแบบ DMETHOD
8. แนะนำการมาตรวจตามนัด (Follow up)

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปวดตาขวาเล็กน้อย pain score เท่ากับ 2 คะแนน ตาขวาไม่บวม ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/72 มิลลิเมตรปรอท จักษุแพทย์ให้จำหน่ายผู้ป่วยได้ และนัดติดตามหลังจำหน่าย (follow up) วันที่ 13 มิถุนายน 2566 โดยหลังจำหน่าย ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ตาซ้ายมองเห็นปกติ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี มาด้วยอาการ ตา 2 ข้างพร่ามัว 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 เวลา 13.00 น. แพทย์วินิจฉัย Senile Mature Cataract, Both eye ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกตาด้วยวิธี MSICS with IOL, RE และวันที่ 19 พฤษภาคม 2566 ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกตาซ้าย ด้วยวิธี MSICS with IOL, LE ต่อมาวันที่ 21 พฤษภาคม 2566 พบว่า ตาขวาแดง ปวดตาข้างขวาเล็กน้อย Pain score เท่ากับ 3 คะแนน VA, RE = HM ตรวจพบหนองช่องหน้าม่านตา (hypopyon) 10-20% และ post-op MSICS with IOL, LE day 2 VA, LE = 20/200 จักษุแพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัด Intravitreal Vancomycin + Subconjunctival Fortum injec, RE ปิดตา 24 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดโดยให้ยาหยอดตา ได้แก่ ยา Vancomycin F*+Fortum F* ed. RE q 1 hr และพิจารณาปรึกษาอายุรกรรมแพทย์ เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยร่วม จักษุแพทย์ให้การรักษาลงผ่าตัด โดย Cef-4 2 gm vein q 48 hrs then 1 gm vein q 12 hrs, Vancomycin 700 mg vein stat and then 500 mg vein q 48 hrs วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ประเมินอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัด post-op MSICS with IOL, RE day 3 VA, RE=HM hypopyon 30% จักษุแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น TASS, RE จึงพิจารณาประสานโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตรวจ Pus culture พบเชื้อ Streptococcus dysgalactiae แพทย์จึงให้การวินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็น Endophthalmitis และให้การรักษาดังกล่าว Eucleation, RE โดยจำหน่ายวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 และต่อมาวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 เวลา 07.40 น. รับผู้ป่วยนอน รพ. น่าน Dx. pre septal cellulitis จักษุแพทย์ให้การรักษาโดย Augmentin (1000 mg) 1x2 oral pc x 3 วัน และ Cravit ed. RE q 1 hrs ระหว่างการรักษา อาการดีขึ้น จักษุแพทย์จึงมีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วยได้ และนัดติดตามหลังจำหน่าย (Follow up) โดยหลังจำหน่าย ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ตาซ้ายมองเห็นปกติ

การติดเชื้อในลูกตานั้น สามารถเกิดได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด ดังนั้นจากการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุของการติดเชื้อ โดยการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใหม่ ที่เน้นเรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Endophthalmitis ด้วยแบบ check list for prevention Endophthalmitis ทั้งในระยะก่อนการผ่าตัดต่อกระจก และระยะหลังการผ่าตัดต่อกระจก โดยถ้าหากพบความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ endophthalmitis ให้พิจารณา รายงานจักษุแพทย์และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อทันที ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในการสอนและแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ควรใช้สื่อการสอนวีดิทัศน์และรูปภาพประกอบการสอน โดยให้ผู้ป่วยและญาติดูสื่อวีดิทัศน์ก่อนที่พยาบาลให้คำแนะนำ เพื่อทวนสอบความเข้าใจของผู้ป่วยอีกครั้ง
2. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน หน่วยงานทั้งด้านความรู้ ความสามารถ และทักษะทาง ตาต่าง ๆ เพื่อให้ทีมการพยาบาลมีความพร้อมในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice) และ จัดทำเป็นชุดการดูแล (bundle of care) เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/situation-of-the-thai-older-persons-2021/
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_26870.pdf
3. จิรัชยา เจียวกัก, สุภาวี หมัดอะต๋า, เขมริฐศา เข้มมะลวน. ความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดต้อกระจก. วารสารหาดใหญ่วิชาการ 2558;13(1):35-45.
4. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. จักษุจฬา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร จำกัด; 2563.
5. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอดม, ทานตะวัน สลึงศ์. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จัหวัดเพชรบุรี 2562;2(3):17-30.
6. สมสงวน อัญญคุณ และคณะ. โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วินอินดีไซด์; 2560.
7. สุมาลินี ชุ่มชื่น. ผลของการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(1):343-55.
8. ผกามาศ ศรีหะชัย. ผลการผ่าตัดต้อกระจกแผลเล็กสำหรับต้อชนิดสูงกอมในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประสาท จัหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559;33(2):129-37.
9. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลน่าน. สรุปรายงานสถิติประจำปี 2563-2566. น่าน: โรงพยาบาลน่าน; 2566.
10. พัชรา บรรดาศักดิ์. รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมมีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2567]; 1-13. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/4e0en0a>
11. Nampradit K, Kongsap P. The visual outcomes and complications of manual small incision cataract surgery and phacoemulsification: long term results. Romanian Journal of Ophthalmology 2021;65(1):31.

12. มนัสนันท์ วงษ์หาแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม กรณีศึกษา: 3 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559;13(3):61-70.
13. อภรณ์ พันธ์ดี. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2562;27(2):30-45.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช โดยเรื่องที่ต้องส่งต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับ และหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุ ชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคนรวมถึง สถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการ ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร ฯ และสามารถส่งวารสารได้ที่ <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/index>

4. การอ้างอิงวารสารในเนื้อหาและท้ายบท ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนดการตั้งค่าหน้ากระดาษ ดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านล่าง	1 นิ้ว
ริมขอบกระดาษด้านซ้าย	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านขวา	1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- กรณีศึกษา ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, วิธีดำเนินการวิจัย บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, สมมติฐาน การวิจัย (ถ้ามี), ขอบเขตการวิจัย (ถ้ามี ประกอบด้วย ขอบเขตด้านประชากร ขอบเขตด้านเนื้อหา ขอบเขตด้าน ระยะเวลาและสถานที่), กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการ วิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, อภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี ในกรณี ที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพ และตาราง สามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจาก จบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ ได้ภาพประกอบหรือตาราง ให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากชื่อ ภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมี คำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์ไว้ใต้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับเช่น (ก) และ (ข) โดย การเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่นำลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์

ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง โดยชื่อหัว ตารางที่ ตัวหนา และชื่อตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 16 point, ตัวธรรมดา เนื้อหาในตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 14 point, ตัวธรรมดา

การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใช้ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร)

เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอบรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้นจะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารณ์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, ศุภกิจ เจริญสุข. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

4. ประสงค์ ตู้อินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณพล บุญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
5. Rosdahl CB. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002; 93-113.
7. กาญจนา ใจเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินโทโล่. การดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย: บทบาททำทนายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(2):5-14.
10. นิชา เจริญศรี, วรลักษณ์ เลิศธรรม, บัณฑิต พรหมรักษา, ลำไย วงลคร, สุฐิตา เดนมพรม, พรทิพย์ ปิ่นล่อ, และคนอื่น ๆ. สปีชีร์และการด้อยต้านจุลชีพของเชื้อ Enterococci ที่พบในสิ่งส่งตรวจจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557;26:117-28.
11. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' Perspectives. J Nurs Educ Pract. 2015;5(6):25-30.
12. Wisting L, Bang L, Skrinvanrhaug T. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care 2016;23;4:1-7. doi:10.1136/bmjdr-2016-000203
13. Winston F, Kassam-Adams N, Vivarelli O'Neill, Ford J, Newman E, Baxt C, et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after traffic injury. Pediatrics 2002;109:e90. doi: 10.1542/peds.109.6.e90. PubMed PMID: 12042584.
14. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปี้ยชื้อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557]; 20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
15. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci. [online]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติและยูนิเซฟ. ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2555 [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.unicef.org/Thailand/tha/media_22564.htm
17. World Health Organization. Health topics of breastfeeding [online]. 2016 [cited 2016 July 1]. Available from: URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

1. ชื่อเรื่อง
(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำนานาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)
ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....
ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....
3. สิ่งที่ส่งมาด้วย
ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx และหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)
()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ระยะขอบบน 1.5 นิ้ว หรือ 2.51

ระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว
หรือ 2.51 cm.

ระยะขอบขวา 1 นิ้ว
หรือ 1.81 cm.

องค์ประกอบบทความวิจัย

ชื่อเรื่องไทย ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา

ชื่ออังกฤษ ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา ตัวแรกเป็นตัวใหญ่ (Capitalize)

ชื่อภาษาไทยผู้แต่ง*

ชื่อภาษาอังกฤษผู้แต่ง*

*ชื่อภาษาไทยสถานที่ทำงาน

*ชื่อภาษาอังกฤษสถานที่ทำงาน

ขนาด 14 point ตรงกลาง ตัวบาง

Corresponding author:; Email:

Received:; Revised:; Accepted:

ขนาด 14 point ตรงกลาง

บทคัดย่อ (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

Spacing before 6

เคาะ 1 tab

ย่อหน้าที่ 1

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

ย่อหน้าที่ 2

Spacing before 6

คำสำคัญ: 3-5 คำ (ตัวอักษร ขนาด 14 point)

Abstract (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

ย่อหน้าที่ 1

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

ย่อหน้าที่ 2

Spacing before 6

Keyword: 3-5 คำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

ขอบเขตการวิจัย

เคาะ 1 tab

ขอบเขตด้านประชากร

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่

กรอบแนวคิดการวิจัย (ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย)

วิธีดำเนินการวิจัย

เคาะ 1 tab

ชนิดของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มตัวอย่าง

- การคำนวณขนาดตัวอย่าง
- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)
- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
 - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ } ค่า CVI/ IOC/ Cronbach ไม่ใ้ 0 หน้าที่นิยม เช่น .88
- การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุค่า normality test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

บรรยายตาราง.....ดังแสดงในตารางที่....

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ...

Spacing after 6

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t-test	p-value
ตัวแปร				
ตัวแปร				

หัวตารางตัวเข้ม
ขนาด 14 point
รายละเอียดใน
ตาราง ขนาด 14
point

* p < .05

1. ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test, t-test, Chi-square, Coef.Std. Err ทัศนียม 2 ตำแหน่ง มี 0 หน้าที่นิยม
 2. ค่า r, B, SE, β , χ^2 , R² ทัศนียม 3 ตำแหน่ง ไม่มี 0 หน้าที่นิยม
 3. p-value ในบทคัดย่อ ค่า **p-value** เขียนว่า p < .05
- ในตารางส่วนหัว เขียน p-value ระบุค่าจริง เช่น .015 แต่กรณีค่า p = .000 ให้เขียนว่า < .001
ในการบรรยายให้ใช้ p = .015 แต่กรณีค่า p = .000 ให้เขียนว่า p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง



สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
99 หมู่ 3 ต. ลาดบัวขาว อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี
70110

โทรศัพท์ 032-330479-82

โทรสาร 032-330483

Website: www.ckr.ac.th