วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2567 Volume 47 No.1 (January-March) 2024

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ISSN 2822-1133 (Online)

เริ่มกึ่งศตวรรษใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มข. : สู่การเปลี่ยนรูปเล่มวารสารไปไม่ใช้กระดาษ

กราบสวัสดี/สวัสดีปีใหม่ พ.ศ. 2567 แด่ทุกท่าน ขอให้ทุกท่านมีความสุขและความเจริงก้าวหน้าในปีใหม่ ผ่านปีเก่าที่สดเฉลาไฉไลสำหรับหลายท่าน มีความหวังต่อความสำเร็จและส่งแรงใจให้ร่วมกันทำสิ่งที่ตั้งเป้าไว้ให้บรรลุ ขอให้เป็นปีที่นำพาพวกเรา ทีมเรา ก้าวสู่โอกาสและความสำเร็จทั้งมวล

สำหรับวารสารฉบับนี้ วารสารฉบับที่ 1 ปีที่ 47 พ.ศ. 2567 เป็นฉบับเริ่มต้นของการรักษาทรัพยากรสิ่งแวดล้อม เป็นการเริ่มกึ่งศตวรรษใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มข. ก้าวสู่การเปลี่ยนรูปเล่มวารสารไปไม่ใช้กระดาษ จึงมีแต่วารสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์ เนื้อหายังคงคุณภาพตามภารกิจของเราวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพที่เป็นสื่อกลางแห่งลานความรู้ในฐานะโรงเรียนวิจัยทาง การพยาบาลและสุขภาพซึ่งมีกำหนดการเผยแพร่เนื้อหาสู่ผู้อ่านได้ไม่เกินสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 นี้

ในโอกาสเริ่มประวัติศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเผยแพร่ของวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ และ เริ่มต้นปีใหม่ พ.ศ. 2567 เราขอขอบพระคุณทุกท่านที่ร่วมด้วยช่วยกัน สนับสนุนภารกิจวารสาร ตั้งแต่ฉบับเริ่มต้น ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 จนถึงปีนี้ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 ประกอบด้วย ท่านคณบดี และทีมบริหารทุกสมัย บรรณาธิการ กองบรรณาธิการและบุคลากรผู้เป็นฟันเฟืองทุกรุ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ วารสารที่ช่วยขัดเกลาคุณภาพบทความทุกท่าน ผู้เขียนทุกทีม ผู้อ่านวารสารทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกวารสาร ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนการผลิตวารสารนี้ ต่อไปนี้ไม่มีค่าสมาชิกที่ต้องจ่ายแล้ว จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้....ก้าวมั่นไปในปีใหม่ ที่ทำด้วยใจ ให้ด้วยรัก มีความหวัง เปี่ยมพลังแห่งศรัทธา

คือ ความหวัง คือ พลังดังศรัทธา
สร้างวิชาพยาบาลขานสืบสาน
สร้างเส้นทางหมื่นลี้มีตำนาน
ร่วมเสริมสานวารสารพยาบาลฯ เพื่อสังคม

ศาสตราจารย์ ดร.พว. ดารุณี จงอุดมการณ์
บรรณาธิการ

The KKU Faculty of Nursing embarks on a new chapter spanning half a century: Contemplating a shift in the journal format from traditional paper-based into paperless

Happy New Year 2024. I wish you all a very happy and prosperous year ahead. As we bid farewell to another amazing year, I hope you continue to succeed and work together to accomplish great things. Happy new year everyone. May this year bring our readers all the opportunities and success.

The inaugural edition of volume 1 in the 47th year, 2024, marks the commencement of a dedicated effort to conserve environmental resources within this journal. It signifies the initiation of a fresh era for the Faculty of Nursing at Khon Kaen University, as we embark on a journey to transition the journal's format to a paperless mode. Consequently, the journal is exclusively available in electronic form. Despite this shift, the content upholds its high quality, aligning with our commitment to Nursing and Health Journal's role as a platform for disseminating knowledge in nursing and health research. The scheduled release of the content to readers is planned no later than the end of February 2024.

As we embark on the historic transition in the publishing format of the Journal of Nursing and Health at the onset of the new year 2024, we extend heartfelt gratitude to all who have steadfastly supported the journal's mission since its inception in year 1, issue 1, through to the current year 47, issue 1. Our appreciation encompasses the dedicated contributions of the deans, administrative teams, editors, editorial staff, and all individuals who have played integral roles across generations. Special recognition goes to the journal experts who have tirelessly enhanced the quality of every article. We express gratitude to the entire team of writers, the diligent readers of the journal, and particularly the journal members who have been instrumental in supporting the production of this journal. Notably, we announce that there will be no membership fee moving forward. We sincerely thank everyone for being part of this momentous occasion and for confidently stepping into the new year, marked by heartfelt dedication, love, hope, and the enduring power of faith.

In essence, faith's strength lies within hope,
Building nursing knowledge bonds among those who tread the lengthy cope.
A fabled tale unfolds along this vast path,
Uniting soul and fortifying the nursing journal for social march...

Professor Darunee Jongudomkarn, RN, Ph.D.
Editor

สารบัญ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 47 ฉบับ 1 มกราคม - มีนาคม 2567

บทบรรณาธิการ

คอลัมน์ : บทความรับเชิญ

การวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทงานประจำวันของพยาบาล 1
ดารุณี จงอุดมการณ์

บทความวิจัย

การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในบริบทการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566 15
บุญเทียน อาสารินทร์ สุภาวรรณ วันประเสริฐ

ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 26
ประกาย โพธิ์งาม อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 40
ดรุยาลักษม์ สายแวว อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์

ผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง 55
ปรียาภรณ์ ศรีมะเริง จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี

ผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ 68
เชษฐาภรณ์ จันทร์เลิศฤทธิ์ วาสนา รวยสูงเนิน มะลิวรรณ ศิลารัตน์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร 82
สุดิด วงเวียน อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

ผลของการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเว็บไซต์ต่อการรับรู้ความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง 95
กนกพรรณ พรหมทอง วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ ศุณี ไชยมล พิมพ์พิมล สุวรรณ์

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม 108
จุฑามาศ จันทรักษ์ สุทาพร ซองศิริ

Contents

Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Volume 47 Number 1 January - March 2024

Editorial

The column: An invited article 1

Research Articles

Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma prevention and control of risk behavior group in the context of health promotion hospitals transfer missions to local administrative organization, health region 8, 2023 15
Boontian Arsarin Supawan Wanprasert

The effects of providing information about the hypothermia prevention guideline in preterm infants on the knowledge, attitude, and practice of nurses in the intermediate care unit 26
Prakai Phongam Atchariya Wonginchan

The development of the self-regulation knowledge instrument in relation to the functional and emotional responses of preterm mothers with infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit 40
Daruyaluk Saiwaew Atchariya Wonginchan

Effects of a program to reduce loneliness via digital health platform on loneliness among adolescents with cancer 55
Priyaporn Srimarueng Juraporn Tangpukdee

Effects of promoting nurses' adherence to nursing practice guideline to prevent acute kidney injury in septic shock patients 68
Chetthaporn Chanlertrit Wasana Ruaisungnoen Maliwan Silarat

Factors predicting stroke prevention behaviors of hypertensive patients in Saingam District, Kamphaeng Phet Province 82
Sukhid Wongwian Ansuree Sirisophon

Effects of web-based diabetes and hypertension screening on health belief perception, preventive behavior, blood pressure, and blood sugar among individuals who are at risk 95
Kanokpun Promtong Wararat Tiparat Sunee Chaimon Pimpimon Suwan

Participatory care for dependent people of the center for elderly quality of life development at Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province 108
Jutamat Jantarak Suthaporn Songsiri

การวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทงานประจำวันของพยาบาล*

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

บทความรับเชิญนี้ ขอทำหน้าที่เป็นสื่อออนไลน์คล้ายใบลาน กระดานชนวนของไทย เราเชิญเข้าเรียนรู้สู่การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้นำเสนอภาพรวม คำศัพท์สำคัญ แนวการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับธรรมชาติ ภารกิจ หน้าที่ การงาน ประจำวันที่พยาบาลขับเคลื่อน ได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎี ชี้นำการวิจัย ระเบียบวิธี การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสนับสนุนผู้สนใจมือใหม่ ให้เริ่มทำวิจัยชนิดนี้ ให้สามารถเข้าใจในการทำและการใช้ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ นำผลที่ได้มาใช้เกิดประโยชน์ทั้งด้านการพัฒนางานพยาบาล รวมถึงการเผยแพร่ผลงานวิจัย เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ทางการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ งานพยาบาล

วันที่รับบทความ 1 มกราคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 15 มกราคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 25 มกราคม 2567

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

*เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย 10 มกราคม 2567 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนับสนุนวิทยากรโดยมูลนิธิสายหยุดนิยมวิภาตฯ

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล darjon@kku.ac.th

Qualitative research in the context of nurses' daily duty*

Darunee Jongudomkarn Ph.D.**

Abstract

This invited article aimed to convey its message using digital platforms, reminiscent of traditional Thai methods such as palm leaves and slates to share about qualitative research. It has provided an overview, key terms, and guidelines for carrying out qualitative research, aligning with the nature, missions, duties, and daily tasks undertaken by nurses. The presentation covered the principles, theories directing the research, methodologies, and the collection and analysis of qualitative data. This was done to assist individuals who are unfamiliar with this research approach. Capable of comprehending the process of conducting and utilizing qualitative research findings, applying them to enhance the advancement of nursing practices. This involves leveraging the results for the betterment of nursing work and contributing to the dissemination of research outcomes to contribute to the broader expansion of nursing knowledge.

keywords: qualitative research; nursing work

Received 1 January 2024 Revised 15 January 2024 Accepted 25 January 2024

FACULTY OF NURSING
KHON KAEN UNIVERSITY

*Handout for the workshop on developing routine work into research, 10 January 2024, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. A speaker was supported by the Foundation of Saiyut Niyomviphat

**Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, Email: darjon@kku.ac.th

บทนำ

การวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญ สำหรับการพัฒนาสังคมให้ก้าวหน้า เมื่อมองสิ่งต่างๆ รอบตัวแล้วย้อนรำลึกอดีต คงนึกได้ถึงความแตกต่างในเรื่องความสะดวก โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นผลจากการวิจัยและพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ทั้งสิ้น ซึ่งกระแสหลักของการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ค่ายความคิด คือ การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ในที่นี้ ขอกล่าวถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องต้องเคมีกับธรรมชาติการทำงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ให้การดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงหลังตาย ให้การดูแลบุคคล ครอบครัว ตลอดจนถึงชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ เพราะแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาวิจัยที่ให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์ทางสังคม ชีวิตและประสบการณ์ของผู้คนตามโจทย์การวิจัยที่สนใจ ตามคำจำกัดความของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ว่า หมายถึง การศึกษา การแสวงหาความรู้อย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาปรากฏการณ์ทางสังคม จากสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ ทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล หาความสัมพันธ์ของบุคคลต่อปรากฏการณ์และสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านความรู้สึก ความคิด การให้ความหมาย ค่านิยมอุดมการณ์ของบุคคล การที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ลุ่มลึกเหล่านี้ ต้องอาศัยการศึกษาติดตามต่อเนื่องยาวนาน ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ตีความข้อมูล แล้วสร้างข้อสรุป หรือแก่นความคิดในเรื่องที่ศึกษาได้[1-3]

อย่างไรก็ดี แม้ว่างานวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มมาจากนักวิชาการวิจัย ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ แต่ในปัจจุบันด้วยวิธีการทำงานด้านสุขภาพของพยาบาล มีความเหมาะสมกับการศึกษาความรู้ความจริงจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยความหนาแน่นของข้อมูลพื้นฐานความเป็นจริง (well-grounded theory) ที่แสดงถึงปรากฏการณ์แบบมีความเข้มข้นของเนื้อหา (rich or thick description) ของบริบทที่ศึกษา ทำให้นักวิจัยพยาบาลประจักษ์ในจุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ จึงมีผลงานตีพิมพ์ออกมาเป็นจำนวนมาก[3-5] มีองค์ความรู้เกี่ยวกับวิจัยเชิงคุณภาพมีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องกล่าวถึง เพื่อต่อยอดการไปทำความเข้าใจด้วยตนเอง หลายท่านอาจไม่คุ้นเคย ผู้เขียนจะพยายามนำเสนอให้การทำวิจัยเชิงคุณภาพเป็นเรื่องง่าย สัมผัสได้ เข้าใจในคำศัพท์และกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับนักวิจัยมือใหม่ป้ายแดงอย่างเป็นรูปธรรมที่สุด[3,6]

ทุกภาคส่วนคงยอมรับว่า การวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพราะผลการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาซึ่งการปรับปรุงการตัดสินทางคลินิกได้[6] ดังนั้น ความคาดหวังสำคัญประการหนึ่งของทุกหลักสูตรของสภาการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ คือ สามารถนำผลวิจัยมาใช้ประโยชน์ได้ อ่านเข้าใจ นำใช้ได้ ในประเด็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาทางคลินิก ปัญหาความต้องการ การให้คุณค่าของผู้ป่วยรับบริการ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ การวิจัยช่วยในการคัดสรรเครื่องมือการประเมินผู้ป่วยที่ได้ความเที่ยงความตรง[7]

ธรรมชาติของการวิจัยเชิงคุณภาพ: เป็น อยู่ คือ ?

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ใช่ชุดเทคนิคหรือปรัชญาที่เป็นหนึ่งเดียว ที่จริงแล้วได้เติบโตมาจากจารีตทางปัญญาและวินัยที่หลากหลาย[8] เป็นทัศนะผ่านมุมมองพฤติกรรมของผู้คนจากมุมกว้าง แล้วเจาะลึกลงไปเรื่อยๆ ซึ่งการทำความเข้าใจนี้ ไม่สามารถวัดได้ด้วยเทคนิคการสำรวจเชิงปริมาณหรือสถิติใดๆ ดังนั้นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการศึกษา ตรวจสอบเชิงลึกในประเด็นที่วิจัยซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดของผู้ใช้บริการ หรือผู้ป่วยด้วยจำนวนที่มีจำกัดได้[1,9-10]

กล่าวอีกนัยหนึ่ง การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยในการศึกษา (examine) เชิงอัตวิสัยถึงประสบการณ์ของมนุษย์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบไม่ใช้ตัวเลขสถิติ11 โดยแสวงหาความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการ

วิเคราะห์ประสบการณ์ที่ซับซ้อนของผู้คนที่ศึกษามาก่อน[12] ทั้งนี้ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถแบ่งได้หลายแบบ คือ 1) แบ่งตามการชี้นำของมุมมอง ความเชื่อหรือทฤษฎีของแต่ละวิธีนั้นๆ เช่น ทฤษฎีการตีความเชิงโครงสร้าง (constructivist-Interpretive theory) ทฤษฎีเชิงวิพากษ์ (critical theory) ทฤษฎีโพสติวิสต์ (post-positivist theory) ทฤษฎีโพสสตรัคติวิสต์/โพสต์โมเดิร์น (post-structural/Postmodern theory) และ ทฤษฎีสตรีนิยม (feminist theory) เป็นต้น 2) แบ่งตามการออกแบบการวิจัย อาทิ การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ชาติพันธุ์วรรณนา (ethnography) ทฤษฎีฐานราก[13-14] (grounded theory) วิธีการทางประวัติศาสตร์ (historical method) และ กรณีศึกษา (case study)[2,9] เป็นต้น

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเชิงอัตวิสัยแบบองค์รวม ที่สามารถพัฒนาผลวิจัยเป็นทฤษฎีได้[14-15] สามารถสร้างรูปแบบการพยาบาลและช่วยการตัดสินใจทางคลินิกได้[15] ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นทางเลือกที่ดีทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้รับบริการ จากการวิจัยประสบการณ์ด้านสุขภาพเป็นหน่วยวิเคราะห์ ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว หรือระดับชุมชน หรือการพัฒนาการบริหารงานพยาบาลที่มีหน่วยวิเคราะห์เป็นระดับบุคลากร หรือระดับองค์กร เพื่อให้ได้ซึ่งคำตอบการวิจัยเพื่อพัฒนาคน พัฒนางาน พัฒนาองค์กรได้

การเริ่มต้นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ได้ใช้สมมติฐานการวิจัยดังเช่นที่การวิจัยเชิงปริมาณบางชนิดปฏิบัติ แต่ระบุเป็นปรากฏการณ์แล้วตั้งคำถามเชิงสังเกตที่จะศึกษา ทั้งนี้ คำถามวิจัยควรขมวดเป็นประโยคเดียว โดยใช้คำถามที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของมนุษย์ เช่น ตัวอย่างคำถามการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา “ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานในครอบครัวข้ามรุ่นเป็นอย่างไร?”[16] “ครอบครัวในพื้นที่กึ่งเมืองภาคอีสานมีการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างไร?”[17] “ท่านในฐานะพยาบาลที่ดูแลครอบครัว คิดว่าการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้ผลดีต่อสุขภาพของครอบครัวมีอะไรบ้าง?”[4] หรือ แตกเป็นคำถามย่อยเมื่อต้องการเจาะลึกจากคำถามหลัก “ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อลูกอยู่ในภาวะปวด?” แล้วแตกเป็นคำถามย่อยเมื่อต้องการเจาะลึก เช่น “เมื่อลูกมีอาการปวดเขาแสดงออกมาอย่างไรบ้าง? ที่ทำให้เราทราบว่าเขากำลังปวด” “แล้วคุณพ่อ หรือ คุณแม่ (หรือผู้ดูแล) ให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการอย่างไรบ้าง? ได้ผลเป็นอย่างไร? ทำอะไร? ให้บ้างที่รู้สึกว่าได้ผลดี (ช่วยบรรเทาปวดได้ดี)”[18,19] เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรม (Literature reviews)

เนื้อหาส่วนการทบทวนวรรณกรรมนี้ อยู่ในส่วนบทนำของบทความ[20] โดยทำความเข้าใจกับผู้อ่านถึงสิ่งที่วิจัย ชี้แจงเหตุผล ที่มาของการออกแบบการวิจัย เช่น การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological study) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของเรื่องที่ทำมาก่อนหน้า[16] ส่วนการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ (historical research) การทบทวนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากโดยเฉพาะเนื้อหาตามกรอบเวลาและคำถามการวิจัย โดยเฉพาะการได้ข้อมูลเชิงลึกมีความสำคัญมาก[5,21] อย่างไรก็ดี สำหรับการศึกษาแบบวิจัยเชิงฐานราก[13] (grounded theory) ควรหลีกเลี่ยงการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมก่อนเริ่มการวิจัยเพราะจะก่อให้เกิดการปนเปื้อน (contamination) และอคติต่อข้อมูลและผลการวิจัยได้ ส่วนการวิจัยเชิงสังคมวิพากษ์[22-23] (critical theorist) เป็นการวิจัยเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ให้ความสำคัญต่อการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาว่ามีเหตุการณ์ทางสังคมอะไรเกิดขึ้นบ้าง เพื่อกำหนดรูปแบบ รายละเอียดการวิจัย[23]

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

วิธีวิทยา (Methodology)

กระบวนการนิรนัย หรือ อนุมาน และอุปนัย หรือ อุปมาน (Deductive and inductive methods)

เป็นวิถีธรรมชาติของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ระหว่างสองค่ายความคิดนี้ คือ วิธีการวิจัยแบบนิรนัย หรือ อนุมาน (deductive) หรือ จากเบื้องบนสู่ด้านล่าง หรือ 'top down' approach เป็นวิธีการวิจัยเชิงปริมาณที่วิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว จากนั้นมุ่งหาคำตอบจากคำถามวิจัยเฉพาะส่วนจากปรากฏการณ์ โดยมีการตั้งสมมุติฐานแล้วทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่ในส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการวิจัยแบบอุปนัย หรือ อุปมาน (inductive) หรือแบบจากล่างสู่บน หรือ 'bottom up' approach ซึ่งเป็นวิถีในทางตรงข้ามกับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเริ่มจากการศึกษาปรากฏการณ์ในวงกว้างก่อนศึกษาเจาะลึกลงสู่การแสวงหาคำตอบที่เฉพาะเจาะจง และ จบลงด้วยข้อสรุป หรือ ได้ทฤษฎีตั้งต้น[24-25]

มุมมองทางทฤษฎีชี้นำการวิจัย (Theoretical perspectives)

ก่อนทำวิจัยเชิงคุณภาพ สิ่งที่นักวิจัยจะต้องถามตนเองคือ ตัวผู้วิจัยมีความคิด ความเชื่อ มีมุมมองต่อปัญหาที่จะศึกษาอย่างไร? ซึ่งมุมมองทางทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพนี้เป็นจุดเริ่มต้นการวิจัย และเมื่อได้ข้อมูลมานำสู่การวิเคราะห์และอภิปรายผลเชิงทฤษฎีที่ชี้นำ มุมมองทางทฤษฎีขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ผู้วิจัยใช้ชี้นำการวิจัยนั้นๆ กล่าวคือ เป็นมุมมอง หรือ กระบวนทัศน์ ที่ชี้นำการวิจัยตามที่กล่าวมาแล้ว ดังนี้

ทฤษฎีตีความเชิงโครงสร้าง (Constructivist-Interpretive approaches): แนวคิดทฤษฎีนี้เน้นการทำความเข้าใจในโลกทัศน์ตามประสบการณ์ของมนุษย์โดยอาศัยมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังศึกษาโดยใช้ความเข้าใจเชิงตีความที่เรียกว่าอรรถศาสตร์ (hermeneutics)[25] แนวคิดนี้ทำความเข้าใจหรือตรวจสอบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยศึกษาวิธีที่ผู้คนมีพัฒนาการตีความชีวิตของตนที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ของพวกเขา ช่วยในการศึกษาถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน

ทฤษฎีแนวคิดเชิงวิพากษ์ (Critical theory): เป็นทฤษฎีที่นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง หรือ change ประสบการณ์ หรือโครงสร้างทางสังคมในความไม่เท่าเทียม ความไม่เป็นธรรม นำมาซึ่งการพัฒนาความรู้สู่การช่วยสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงทางบวก หรือ กล่าวได้ว่าใช้เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองสังคม[11,23]

ทฤษฎีโพสต์โพสติวิสต์ (The post-positivist perspective): มุมมองนี้เป็นกระแสแนวคิดที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกถึงการละเลยความคิดเชิงอัตวิสัยใจหุ่นยนต์อันเป็นผลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นวัตถุวิสัยเป็นกระแสหลัก จึงเกิดการมุ่งศึกษาความเป็นคน การตีความ เพื่อทำความเข้าใจตนต่ออัตวิสัยตามประสบการณ์ชีวิตของผู้คนที่มีอยู่อย่างหลากหลาย[11]

แนวคิดโพสสตรัคติวิสต์/หรือหลังสมัยใหม่ (Post structural, or postmodern studies): การศึกษานี้เน้นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยแนวคิดต่างๆ เช่น วัฒนธรรม (culture) เพศภาวะ (gender) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power) และ การกดขี่ (oppression)[11] ส่วนแนวคิดสตรีนิยม (Feminism) ให้ความสนใจต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ มุมมอง ความเชื่อ ทัศนะการมองโลก วิถีกฎหมายของสตรี วิถีการดำรงอยู่และการสร้างการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนให้สตรีรับสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมาย ตลอดจนสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมทางเพศและการกดขี่ทางเพศ[23,25]

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

การออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 5 แบบหลัก ดังนี้

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายที่มีอยู่หลายประการภายใต้ปรากฏการณ์ที่ศึกษา และให้คำอธิบายอย่างครอบคลุมต่อปรากฏการณ์นั้นๆ มากกว่าคำอธิบายเพียงหนึ่งเดียวของปรากฏการณ์นั้นๆ[25] เป็นการอธิบายโลกแห่งประสบการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้ถูกศึกษา ดังตัวอย่างบทคัดย่อของการวิจัยชนิดนี้เรื่องหนึ่ง[26]

"การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น โดยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น ตามเกณฑ์การคัดเข้า 21 คน ในพื้นที่ 3 อำเภอในจังหวัด....เก็บข้อมูล เป็นเวลา 8 เดือน ..... โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกภาคสนาม และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการของไดเคลแมน และอัลเลน 7 ขั้นตอน ผลการศึกษา: ได้แก่นความคิดหลัก 6 แก่น ได้แก่ 1) มีหลานเป็นที่พึ่ง 2) เผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งร่างกาย และจิตใจ 3) ผิดหวังและอับอาย 4) เลี้ยงสามต่อ 5) ไม่เชื่อฟัง 6) ติดตามหลานลำบาก โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประสบกับปัญหาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ข้อเสนอแนะ พยาบาลครอบครัวควรให้การพยาบาลเชิงรุก ในการค้นหา ปัญหาในครอบครัวข้ามรุ่นที่ผู้สูงอายุเลี้ยงหลานในวัยรุ่น เพื่อป้องกันความรุนแรงในครอบครัว และการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น"

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) มีต้นกำเนิดจากการศึกษาทางมานุษยวิทยา โดยเน้นการศึกษามนุษย์ตามมุมมองเชิงวิวัฒนาการและทางสังคม[23] ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาทางศาสตร์ที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ของคนกลุ่มหนึ่ง[25] สำหรับพยาบาลมีการทำวิจัยแบบ ชาติพันธุ์วรรณนาที่มุ่งเน้นประเด็นเฉพาะ[27] (focused ethnography) เผยแพร่จำนวนมาก การวิจัยชนิดนี้ ใช้ศึกษาการดำเนินการในชีวิตประจำวัน สำรวจแนวปฏิบัติและความหมายที่ใช้ร่วมกันจากแว่นเชิงวัฒนธรรมซึ่งผู้วิจัยอาจมีหรือไม่มีความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมย่อยที่กำลังศึกษาอยู่ การวิจัยนี้มุ่งทำความเข้าใจประเด็นทางการบริการสุขภาพ หรือ ทางสังคมเฉพาะที่ส่งผลต่อแง่มุมต่างๆ ที่สนใจของการปฏิบัติการพยาบาลได้ดังตัวอย่างบทคัดย่อของการวิจัยชนิด focused Ethnography เรื่องหนึ่ง[28]

"การศึกษาเพื่ออธิบายทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทุกข์-สุขของผู้สูงวัยตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ด้วยวิธีวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพาครอบครัวและมีประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว 27 คน ในพื้นที่.....เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตการสนทนากลุ่ม การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนาม ความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ตรวจสอบแบบสามเส้า ยืนยันความเที่ยงตรงของข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้ผลการศึกษา 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว และ 2) ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานต่อสหวิชาชีพในการออกแบบพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลผู้สูงวัย รวมทั้งการให้ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยแบบองค์รวมต่อไป"

การศึกษาเชิงทฤษฎีฐานราก (Grounded theory) เป็นการศึกษาเพื่อสร้างทฤษฎีจากข้อมูลฐานราก เป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบทางสังคมที่มีอยู่ของปฏิสัมพันธุ์ของคนกับคนจนได้ผลสรุป เป็นทฤษฎีทางสังคม กล่าวคือ เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพอีกชนิดหนึ่งที่พยายามไขความหมายของปฏิสัมพันธ์ของคน การกระทำทางสังคม และประสบการณ์ของผู้คน[13-14] โดยคำอธิบายเหล่านี้มีพื้นฐานมาจากการตีความหรือคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลเอง ดังตัวอย่างบทความการวิจัยแบบทฤษฎีฐานรากเรื่องหนึ่ง[29]

"การวิจัยแบบการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ (Straussian grounded theory approach) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายวิธีบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวในระยะยาวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ในเขตอำเภอ.....ของจังหวัด ชายแดนใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นเวลาต่อเนื่องกันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ๆ ระบุ 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมบันทึกเทป ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึก ภาคสนาม ซึ่งเป็นวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย เทคนิคการกำหนดรหัส ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการบริหารจัดการดูแลตนเอง และครอบครัวควบคู่ไป กับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตามสภาพการเจ็บป่วย ใน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ทุ่มเทดูแลรักษา ซึ่งเป็นระยะที่เต็มไปด้วยความหวังในผลของการรักษา ระยะที่ 2 หาวิธีป้องกันอย่าให้ทรุด ระยะที่ 3 หยุดแสวงหาการรักษา เป็นระยะที่ผู้ดูแลปลงกับชีวิต และ ผลการรักษา หันมาลงทุนกับตนเอง พยายามดูแลสุขภาพตนให้แข็งแรง”

การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ (Historical method) เป็นกระบวนการสร้างข้อเท็จจริงและหลักการตามลำดับเหตุการณ์และวิวัฒนาการหรือวิถีทางประวัติศาสตร์ของสิ่ง/ปรากฏการณ์ที่ศึกษา สาระสำคัญของการวิจัยทางประวัติศาสตร์คือการวิเคราะห์ผลของเหตุการณ์ที่กำหนดแล้วทำความเข้าใจผลกระทบของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อสภาพในปัจจุบัน[5,21] ดังตัวอย่างบทความการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์เรื่องหนึ่ง[5]

“วิจัยเชิงคุณภาพเชิงประวัติศาสตร์ อธิบายถึงประสบการณ์การก่อตั้งคณะพยาบาลศาสตร์แห่งแรกของประเทศไทย ตามประสบการณ์การรับรู้ของอาจารย์รุ่นแรกของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมถึงการศึกษาจากเอกสารทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการก่อตั้ง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องจำนวน 12 คนซึ่งเป็นผู้ก่อตั้ง เป็นอาจารย์รุ่นระยะแรกของการดำเนินการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ที่เป็นศิษย์เก่ารุ่นแรกของการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สร้างแก่นความคิดจากข้อมูลเอกสารและการสัมภาษณ์ การบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบแก่นความคิด 3 กลุ่ม คือ 1) การก่อกำเนิดคณะพยาบาลศาสตร์แห่งแรกของประเทศ: ก้าวย่างสู่ความอิสระทางวิชาชีพ 2) การเตรียมอาจารย์และนักศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรีในระยะเริ่มต้น และ 3) แนวโน้มและข้อเสนอแนวทางเพื่อการจัดการรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มีข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ นำไปสู่การปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กร และการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาในอนาคต”

การศึกษาแบบกรณีศึกษา (The case study method) เป็นการวิจัยเพื่อ มุ่งหาคำตอบแบบ 1) บรรยาย (description) เป็นการมุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทของปรากฏการณ์ที่เลือกศึกษาอย่างสมบูรณ์ 2) อธิบาย (explanation) เป็นการอธิบายถึงเหตุและผลของสิ่งที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน อาจเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยศึกษามาก่อน หรือ 3) แสวงหาคำตอบ (exploratory) ว่าเรื่องนั้นๆ เกิดได้อย่างไร เพื่อตอบคำถามว่า ทำไม (Why) หรืออย่างไร (How) เป็นการวิจัยนำร่อง[2] ได้ข้อค้นพบชั่วคราวหรือเพื่อสร้างสมมติฐานสำหรับการวิจัย แล้วพัฒนาวิธีวิจัยอื่นเพื่อช่วยให้นักวิจัยค้นหาประเด็นที่จะศึกษาพัฒนางานต่อไป

การวิจัยแบบกรณีศึกษานี้ เป็นได้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งมีจุดเน้นไปที่ปรากฏการณ์เฉพาะหรือประเด็นที่สนใจ อาจเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสถาบันใดๆ ซึ่งรวมทั้งข้อมูลในอดีตที่ได้รับการบันทึกไว้[23] ในการศึกษามุ่งเน้นที่มุมมองของผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สำหรับการศึกษามีกระบวนการที่อาจแตกต่างกัน อยู่ที่ทีมวิจัยร่วมกันออกแบบเพื่อตอบโจทย์วิจัย รวมถึงขึ้นอยู่กับปรัชญาความเชื่อของทีมวิจัยในการกำหนดวิธีการและการวิเคราะห์กรณีที่ศึกษา ทั้งนี้ การวิจัยแบบกรณีศึกษาสามารถใช้ออกแบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาผลของการใช้โปรแกรม เหตุการณ์ กิจกรรม กระบวนการ หรือบุคคลตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปในเชิงลึกกรณีต่างๆ มีความผูกพันตามเวลาและกิจกรรม และนักวิจัยรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดโดยใช้ขั้นตอนการรวบรวม

ข้อมูลที่หลากหลายในช่วงเวลาที่กำหนด แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ 1) กรณีศึกษาเดียว (single case study) มุ่งศึกษาเฉพาะปรากฏการณ์ใด ปรากฏการณ์หนึ่งหรือกรณีใดกรณีหนึ่งเพียงกรณีเดียว (one phenomenon) โดยบูรณาการความรู้ที่ได้จากการศึกษาในกรณี/สถานการณ์เดียว ให้คำอธิบายการเกิดปรากฏการณ์นั้นๆ 2) การวิจัยแบบพหุกรณี (multiple case study) มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษารายกรณีที่ศึกษาข้อมูลของกรณีศึกษา ตั้งแต่ 2 กรณีขึ้นไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้มีความหลากหลาย (diversity) ครอบคลุม นำข้อมูลหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบสู่การสร้างข้อสรุป[30] การปฏิบัติ (generalizability) หรือสรุปเป็นทฤษฎี ดังตัวอย่างงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาเรื่องหนึ่ง[31]

“.....งานวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา หน่วยวิเคราะห์คือชุมชนชาวเวียดนามในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสบการณ์หรือกลยุทธ์ ในการรับมือต่อภาวะวิกฤตทางชนชาติ ในสังคมที่เผชิญของครอบครัวเวียดนามอพยพในจังหวัด.....เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสาร การสังเกตในชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกภาคสนาม พบข้อมูลที่สะท้อนวิถีการเผชิญปัญหาวิกฤต โดยยึดมั่นในจิตวิญญาณทางวัฒนธรรมครอบครัวของชาวเวียดนาม ในการเผชิญภาวะวิกฤตถูกกดดันทางสังคมการเมืองต่อเนื่องยาวนาน สามารถรับมือฟันฝ่าปัญหามาได้อย่างน่าสนใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวเวียดนามอพยพและผู้เกี่ยวข้อง 20 คน ในชุมชนชาวเวียดนามแห่งหนึ่ง... ผลการวิเคราะห์เนื้อหาได้แก่นความคิด คือ “สร้างสิ่งยึดมั่น” ทั้งรูปธรรม และ นามธรรม ดังนี้ 1) การสร้างศาลเจ้าบูชาในหมู่บ้าน 2) การตั้งหิ้งบูชาบรรพบุรุษและ การเชิดชูวีรบุรุษโฮจิมินห์ ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลครอบครัวที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตและออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้รับบริการมีพลังจิตและการรับรู้ทางบวก อาจเป็นประโยชน์และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมให้ครอบครัวบรรเทาและผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นได้”

เครื่องมือวิจัย (Instruments) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีหลากหลาย เช่น การเขียนบันทึกข้อมูลและบันทึกการสังเกตของนักวิจัย การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ชนิดต่างๆ สัมภาษณ์รายบุคคล การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (focus group interviews) การระดมสมอง (brainstorming interviews) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์[20,32] ปัจจุบันเทคโนโลยีพัฒนาไป มีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผ่านทางไลน์ (LINE) และการประชุมทางไลน์ (LINE Meeting) ได้

ทั้งนี้ ในการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีแนวทางสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างก่อนเจาะลึกแบบไม่มีโครงสร้างคำถาม (unstructured) แบบมีโครงสร้าง (structured) หรือ แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured) ก็ได้ ร่วมกับการสังเกต (observation techniques) ซึ่งเทคนิคต่างๆ สามารถกลับไปกลับมาได้

การสังเกตในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบเปิดเผยหรือปกปิด (Overt or covert observation) การสังเกตเป็นการมองเห็นแล้วคิดวิเคราะห์ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของมนุษย์ นักวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องมีศักยภาพด้านการสังเกตในการเก็บข้อมูล อาจ**สังเกตแบบปกปิด**ซึ่งนักวิจัยสวมบทบาทแบบ “คนใน” ปะปนอยู่ในพื้นที่วิจัย โดยไม่แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ นำตนเองเข้าไป กลมกลืนกับธรรมชาติของสนามและเข้าไปร่วม มีประสบการณ์ในสนามอย่างจริงจัง มีการสืบค้น พูดคุย เพื่อหาข้อมูลเป็นไปอย่างปกติ เสมือนเป็นการดำเนินชีวิตปกติ การสังเกตแบบ “แอบมอง” หรือ อีสานเรียก “ซอมเบิ่ง” นี้ สามารถบันทึกพฤติกรรมตามธรรมชาติในชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจถูกกล่าวหาว่าผิดจรรยาบรรณเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยถูกติดตามโดยไม่รู้ตัว และไม่ทราบว่ากำลังถูกบันทึกอะไรอยู่ซึ่งมีข้อดี คือได้ข้อมูลในสภาพธรรมชาติ แต่ต้องอธิบายประเด็นด้านจริยธรรมการวิจัยให้ชัดเจน มีข้อเสี่ยงคือหากปฏิบัติได้ไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อความไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูลและผลวิจัย ส่วน**การสังเกตแบบเปิดเผย** คือแจ้งให้ผู้ถูกสังเกตทราบ เป็นวิธีการสังเกตอย่างเปิดเผย ให้ผู้เข้าร่วมทราบว่าพวกเขากำลังถูกสังเกตเพื่อตอบโจทย์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างครบถ้วน[23] ข้อจำกัดของการ

สังเกตแบบเปิดเผยนี้ เรียกว่า 'hawthorne effect' (หรือ บางทีเรียกว่า observer effect) ซึ่งเกิดความแปรปรวนคือผู้เข้าร่วมอาจมีการเปลี่ยนแปลง ไม่เป็นธรรมชาติ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเนื่องจากการถูกสังเกต[11] ดังนั้นสามารถแก้ไขข้อจำกัดและสร้างสมดุลในข้อโต้แย้งสองด้านนี้ได้โดยการแจ้งผู้ร่วมวิจัยเป้าหมายเรื่องการถูกสังเกตไว้ล่วงหน้า และเมื่อมีการบันทึกรายงานผลการสังเกต มีการสรุปให้ผู้ถูกสังเกตฟังเพื่อรับการอธิบายตีความพฤติกรรมของกลุ่มได้อย่างตรงไปตรงมา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

การทำวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ให้ความสำคัญเรื่องความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย (reliability of the instruments) และความถูกต้อง (validity of the instruments) ของเครื่องมือถือเป็นสิ่งสำคัญ และเราถือว่าในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่สำคัญคือ ผู้เก็บข้อมูลที่จะต้องได้รับการฝึกให้ทราบว่าจะเก็บข้อมูลอะไร อย่างไร เพราะเป็นข้อมูลเชิงอัตวิสัย อย่างไรก็ดี การวิจัยเชิงคุณภาพให้ความสำคัญเรื่องการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ ความถูกต้องและความครอบคลุมของข้อมูล โดยมีคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ คือ 'การยืนยัน' (confirmability) เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ว่าผลลัพธ์จะได้รับการยืนยันโดยบุคคลอื่นๆ ที่มีความเป็นกลางของข้อมูล โดยมีการสะท้อนและผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับข้อสรุปที่ผู้วิจัย ตีความของข้อมูล มีการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยอมรับผล การวิจัยว่าเป็นจริงตรงกับประสบการณ์ของพวกเขา มีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เมื่อเก็บข้อมูล “ต่างสถานที่ ต่างวิธี ต่างเวลา ต่างคน” คือ ได้ผลสอดคล้องกันแม้ว่าเก็บข้อมูลในสถานที่ที่ต่างกัน หรือ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่ต่างกัน เก็บข้อมูลในวัน-เวลาที่ต่างกัน หรือ เก็บข้อมูลจากคนละคนกัน หรือ เก็บข้อมูลโดยคนละคนกัน สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีสาระสำคัญที่แตกต่างกัน จากนั้น มีการอภิปรายและตรวจสอบข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญก่อนนำเสนอผลค้นพบ คำว่า confirmability นี้มีคุณลักษณะสามประการ ได้แก่ มีความน่าเชื่อถือ (credibility) ตรวจสอบได้ (auditability) และความสามารถในการถ่ายโอนผลวิจัยได้ (transferability)[11] เพราะข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถต่อยอดในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่น หรือในบริบทอื่นได้สำหรับการสร้าง Credibility เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยเป็นจริง และน่าเชื่อถือ โดยมีแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยผ่านการฝึกปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพ กับทีมผู้วิจัยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการเก็บข้อมูลหลากหลาย วิธีควบคู่กันไป มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ทรงคุณวุฒิ dependability เป็นวิธีการเพื่อให้แน่ใจว่า ข้อค้นพบนั้นๆ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้โดยให้แสดงรายละเอียดต่างๆ ตลอดกระบวนการวิจัยการ อ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล (direct quote) ระบุหลักฐานอ้างอิงที่มา[9,11,20]

คำศัพท์เรียก “ตัวอย่างข้อมูลวิจัย” กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยเชิงคุณภาพเราไม่เรียกว่าเป็น “กลุ่มตัวอย่าง” (subject) ดังเช่นที่การวิจัยเชิงทดลองในงานวิจัยเชิงปริมาณใช้เรียก แต่ในการวิจัยเชิงคุณภาพเรียก ผู้ร่วมวิจัย (participants) หรือ ผู้ให้ข้อมูล (informants/key informants) ประชากรตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพแปรเปลี่ยนไปตามโจทย์การวิจัยซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล สถาบัน แตกต่างกันไป และข้อมูลที่ศึกษาอาจเป็นข้อมูลในอดีตและปัจจุบัน สามารถใช้เอกสารต่างๆ ได้ในรูปแบบต่างๆ อาทิ สมุดบันทึกประจำวัน หนังสือพิมพ์เก่า และจดหมาย เป็นต้น ส่วนการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีวิธีหลากหลายในวิจัยเชิงคุณภาพ หรือ ที่การวิจัยเชิงปริมาณเรียกว่า “การสุ่มตัวอย่าง” มีรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น การเชิญชวนผู้ให้ข้อมูลแบบตามความสะดวก (convenience) หรือ แบบตามวัตถุประสงค์ (purposive sampling) การวิจัย การสุ่มตัวอย่างแบบปั้น แปะ คือ ค่อยๆ พอกพูน เป็นก้อนหิมะ (snowballing sampling) หรือการสุ่มตัวอย่างแบบเข้มข้น (intensity

sampling to name a few) เป็นต้น[2,20,23-24,27] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพมีจำนวนน้อย จึงมักใช้เทคนิคตามสะดวกหรือแบบเจาะจง โดยมุ่งเน้นคัดสรรตามคุณสมบัติว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ตามวัตถุประสงค์วิจัย คือ 'อุดมข้อมูล' (‘information-rich’)[11]

นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพมีเทคนิคเฉพาะในการได้มาซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในบางชนิดของการวิจัยตามปรัชญาความเชื่อเฉพาะ เช่น การวิจัยเชิงทฤษฎีฐานราก (Grounded theory) ใช้เทคนิคที่เรียกว่า การสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) โดยเริ่มจากการที่นักวิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์เบื้องต้นไปพร้อมๆ กัน จากนั้นเก็บข้อมูลเพิ่มพร้อมกับการให้รหัสและจะเริ่มได้ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นซึ่งเน้นการอิงข้อมมูลจากบุคคลเป็นสำคัญ สิ่งนี้แตกต่างจากการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ที่อิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลมากกว่าจากบุคคล[13-14]

จริยธรรมการวิจัย (Ethics) การวิจัยเชิงคุณภาพต้องใช้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม การสนทนากลุ่ม การสังเกต การมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลต่างๆมากมาย ดังนั้นจึงมีประเด็นเชิงจริยธรรมที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญถึงข้อจำกัด ผลกระทบต่ออาสาสมัครจากงานวิจัย ทั้งต่อตัวผู้ให้ข้อมูลเอง ครอบครัวและสังคมเป็นสำคัญ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต้นสังกัดซึ่งต้องได้รับการพิจารณาอนุญาตก่อนดำเนินการศึกษาใดๆ ซึ่งอาสาสมัคร ต้องได้รับการคุ้มครอง ให้ปลอดภัยจากภัยคุกคาม หรือ ความเสี่ยงใดๆที่อาจจะเกิดขึ้น ต้องมีการลงนามยินยอม ในการร่วมวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร[11,23] ซึ่งก่อนการลงนามต้องได้รับคำอธิบายจากนักวิจัยอย่างชัดเจน สามารถสอบถามนักวิจัยติดต่อได้เมื่อต้องการ หรือสอบถามเมื่อมีความสงสัย

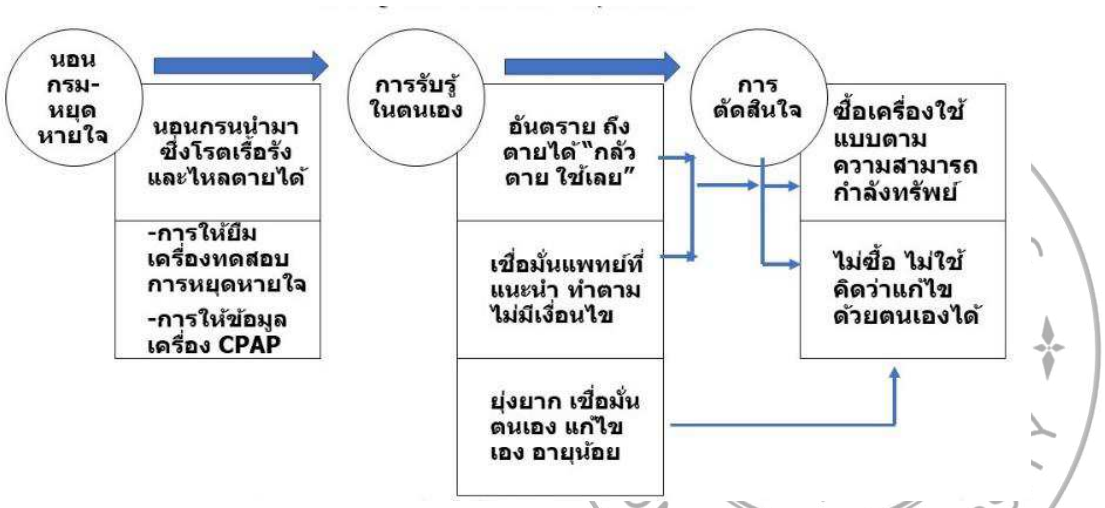
การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล (Data collection and analysis) ในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของงานวิจัยเชิงคุณภาพ มักดำเนินการไปควบคู่กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่งมุ่งเน้นประสบการณ์ส่วนบุคคล เมื่อได้รับการสัมภาษณ์ อาจจะมีภาวะทางอารมณ์ เข้ามาเกี่ยวข้อง ความบอบช้ำโดยธรรมชาติ ดังนั้นในงานวิจัยเชิงคุณภาพ นักวิจัยจึงมีบทบาทสำคัญ ในการเข้าใจช่วงเวลาเหมาะสม ออกแบบการถามพูดคุย รู้จังหวะที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล หากมีการกระตุ้นอารมณ์โดยไม่เจตนา ต้องรู้จักที่จะ สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ลดความกดดันให้สภาพอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น ดังนั้นนักวิจัยเชิงคุณภาพที่มีประสบการณ์จึงมีความสำคัญในการช่วยฝึกหัดเป็นพี่เลี้ยง ให้กับนักวิจัยมือใหม่ในการเก็บข้อมูล ในกลุ่มที่เปราะบางต่างๆ เหล่านี้[11] มักมีคำถามว่าเราควรหยุดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเมื่อใด หรือ จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพควรมีเท่าใด คำตอบ คือ เมื่อ**ข้อมูลอิ่มตัว (data saturations)** ศัพท์คำนี้ชวนให้คิดถึงน้ำเชื่อมหรือสารละลายที่อิ่มตัว ความอิ่มตัวของข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นจุดที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยที่มีการรวบรวมข้อมูลเพียงพอที่ได้ เพราะเมื่อเก็บต่อไปก็เป็นข้อมูลซ้ำๆ กับที่ผ่านมาไม่ทำให้เกิดข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม[3]

การวิเคราะห์ข้อมูล (Result analysis of data) การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวข้องกับกระบวนการอุปนัย หรืออุปมาน (inductive) มีการตรวจสอบคำ คำอธิบาย และกระบวนการ ผู้วิจัยใช้เหตุผลเชิงอุปนัยเพื่อจัดเรียงและทำความเข้าใจข้อมูลของตน โดยพื้นฐานแล้ว ในการวิเคราะห์ต้องมุ่งหาความสัมพันธ์ (ทฤษฎีฐานราก/grounded theory) ความสำคัญ (การวิจัยทางประวัติศาสตร์/historical research) รูปแบบ/แบบแผน (กรณีศึกษา/case study) หรือทฤษฎีทั่วไป[11] จากนั้นอภิปรายผลการวิจัยร่วมกันในหมู่นักวิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้ กระทำหลังการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้ง ที่มีการอ่านข้อมูลซ้ำแล้วซ้ำอีก การจัดระเบียบข้อมูล (organization of data) การเข้ารหัส (coding) ลบการระบุตัวตน (de-identifying) การเข้ารหัสใหม่ (re-coding) การจัดหมวดหมู่ (categorizing) การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ (exploration of

relationships between categories) การปรับปรุงและพัฒนาทฤษฎี (refinement and development of theory) และบูรณาการเข้ากับความรู้ที่มีอยู่แล้ว (incorporation in to pre-existing knowledge)[1-3,11]

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในที่นี้ขอเสนอวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพิจารณาการมีอยู่ของคำ หรือแนวคิดบางอย่างที่ซ่อนอยู่ภายในข้อมูลที่สัมภาษณ์มา (เช่น ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อความในใบงานที่ดูวีดิทัศน์คำปราศรัยของคังคุไบครั้งนี้) เพื่อใช้วิเคราะห์เนื้อหา นักวิจัยสามารถระบุปริมาณและวิเคราะห์การมีอยู่ ความหมาย และความสัมพันธ์ของคำ แก่นความคิด หรือแนวคิด หรือ วัฒนธรรมบางอย่างได้ ทั้งนี้ การวิเคราะห์เนื้อหามีสองประเภท 1) การวิเคราะห์แนวคิด (conceptual analysis) และ 2) การวิเคราะห์เชิงสัมพันธ์ (relational analysis) โดย การวิเคราะห์แนวคิด เริ่มจากการกำหนดการมีอยู่และความถี่ของแนวคิดในข้อความที่วิเคราะห์ ส่วนการวิเคราะห์เชิงสัมพันธ์เป็นการพัฒนาการวิเคราะห์แนวคิดเพิ่มเติมโดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดในข้อความนั้นๆ ผลการวิเคราะห์แต่ละประเภทนำไปสู่ผลลัพธ์ ข้อสรุป การตีความ และความหมายที่แตกต่างกันได้[3]

โดยทั่วไปแล้ว เราเริ่มต้นการวิเคราะห์แนวคิดก่อน ลองตรวจสอบคร่าวๆ ว่ามีปริมาณและการมีอยู่ของแนวคิดนั้นเพียงใด ตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความหมายโดยนัยและการตัดสินตามอัตวิสัยเราเอง (ในประเด็นด้านความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง) จากนั้นตั้งรหัสคำศัพท์ที่เห็น อาจใช้พจนานุกรมหรือกฎการแปลตามบริบทช่วยในคำที่สื่อความหมายเดียวกัน แล้วเริ่มต้นการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงแนวคิด ตามคำถามการวิจัยและเลือกตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ แล้วเข้ารหัสข้อความ จัดหมวดหมู่เนื้อหาที่สามารถจัดได้ ซึ่งเป็นการลดทอนคำแบบเลือกสรร ลดข้อความเป็นหมวดหมู่ หาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ ตัดสินใจว่าเราควรจะแยกแยะแนวคิดต่างๆ อย่างไร แล้ววิเคราะห์ผลลัพธ์ จัดทำข้อสรุปและลักษณะทั่วไปที่เป็นไปได้ กำหนดว่าจะทำอย่างไรกับข้อความที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่พึงประสงค์ หรือไม่ได้ใช้ อาจตรวจสอบใหม่ เพิกเฉย หรือประเมินรูปแบบการเขียนโค้ดอีกครั้ง ตีความผลลัพธ์อย่างรอบคอบเนื่องจากการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงแนวคิดสามารถระบุปริมาณข้อมูลได้เท่านั้น เมื่อต้องการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแนวคิด ใส่โค้ดความสัมพันธ์ ทำการวิเคราะห์ความถี่ที่เกิดเหตุการณ์ตามโจทย์วิจัย พิจารณาความเหมือน ความต่าง หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามโจทย์วิจัย จัดทำแผนผังการนำเสนอ เช่น ตัวอย่างแผนผังการตัดสินใจซื้อ หรือไม่ซื้อเครื่องอุปกรณ์เพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย[33] (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 แสดงผลตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหาเบื้องต้นและความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การอภิปรายผลและข้อเสนอทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Discussions and recommendations)

การทำวิจัยเชิงคุณภาพ สิ่งที่คาดหวัง คือ ได้ผลงาน ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์เฉพาะ เช่น ผู้หญิงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (ทฤษฎีสตรีนิยม) หรือกลุ่มคนในหมู่บ้านชนเผ่าเล็กๆ (วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา) การอภิปรายอาจให้ภาพชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจง โดยการอภิปรายผลจะช่วยให้มองเห็นภาพชีวิตในภาพแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจงตามโจทย์วิจัย ทำให้นักวิจัยสามารถค้นพบข้อมูลบางอย่างที่ยังไม่มีผู้ใดเคยนำเสนอ ซึ่งต้องอธิบายให้ได้ว่าค้นพบอะไร ผลลัพธ์หมายถึงอะไร ตีความได้อย่างไร มีข้อจำกัดในการศึกษาหรือไม่ อย่างไร และมีผลกระทบที่เป็นไปได้ สำหรับการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความรู้หรือไม่ อะไร[20]

การสรุปในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Conclusion of the qualitative research paper)

ข้อสรุปอาจกว้างมากโดยเน้นประเด็นปัญหาโดยการสร้างความตระหนักรู้หรือความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ของมนุษย์ ผู้อ่านและในฐานะผู้ใช้ผลงานวิจัย เช่น พยาบาล มีความต้องการความชัดเจนว่าผลการวิจัยเชิงคุณภาพมีความน่าเชื่อถือ (credible) และเชื่อถือได้ (trustworthy) เพียงใด[6,11,20] และมักพบเสมอว่า ข้อผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ ให้ข้อมูลมากมาย กว้างขวาง จนนักวิจัยบางส่วน มีความยากลำบากในการสรุปตีพิมพ์เป็นบทความในพื้นที่จำกัด

บทส่งท้าย

บทความนี้ ได้นำเสนอภาพรวม คำศัพท์ วิถีการทำวิจัยเชิงุณภาพเบื้องต้น แนวคิดทฤษฎีชี้นำการวิจัย แนวทางระเบียบวิธี และสรุปความถึงการทำวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล ปรากฏการณ์ของผู้คนในธรรมชาติของการใช้ชีวิต เพื่อสนับสนุนผู้วิจัยมือใหม่ให้ก้าวไปสู่ระดับความสามารถด้วยประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง มีความความเข้าใจและการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ นำมาใช้เกิดประโยชน์ทั้งด้านการออกแบบ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ทางการพยาบาลต่อไป

References

1. van Schothorst–van Roekel J, Weggelaar-Jansen AMJ, Hilders CC, De Bont AA, Wallenburg I. Nurses in the lead: A qualitative study on the development of distinct nursing roles in daily nursing practice. BMC Nurs 2021;20:97. doi.org/10.1186/s12912-021-00613-3.

2. Chowdhury A, Shil NC. Thinking 'qualitative' through a case study: Homework for a researcher. Am J Qualitative Res 2021;5(2):190-210. doi.org/10.29333/ajqr/11280.

3. Jongudomkarn D. Qualitative research: Reflections based on practice. Journal of Nursing Science & Health 2002;25(1),85-98. (in Thai)

4. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15(23):10367-74.

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5. Jongudomkarn D, Lertrat P. The emergence of the first nursing faculty of nursing in Thailand: A step towards professional autonomy. Journal of Nursing and Science Health 2014;37(2):57-70. (in Thai)

6. Ingham-Broomfield B. A nurses' guide to qualitative research. AJAN 2014;32(3):34-40.

7. Announcement of Thailand Nursing and Midwifery Council on curriculum qualification standards of nursing and midwifery profession. Royal Gazette, B.E. 2017;135(4d):03. (in Thai)

8. Banks G, Stewart-Withers R, Mcgregor A, Meo-Sewabu L. Qualitative research 2014 [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 10] Available from: https://10.4135/9781473921801.n4

9. Denzin NK, Lincoln YS. In: Jongudomkarn D, editors. The Sage handbook of qualitative research. Thousands Oak: Sage; 2011:p.54.

10. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods 3rd ed. Thousand Oaks, CA,Sage Publications; 2002.

11. Borbasi S, Jackson D. Navigating the maze of research. Chatswood, Sydney: Mosby Elsevier; 2012.

12. Moxham L. Nurse education, research, and evidence-based practice. In A Berman, SJ Snyder, T Levett-Jones, M Hales, N Harvey, Y Luxford, L Moxham, T Park, B Parker, K Reid-Searl, D Stanley (eds), Kozier and Erb's fundamentals of nursing, 2nd ed. Frenchs Forest, Sydney, Pearson Australia; 2012.

13. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.

14. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory, 3rd ed. Sage Publications; 2008.

15. Burns N, Grove SK. Understanding nursing research - building an evidence-based practice, 5th ed. Maryland Heights, Missouri, Elsevier Saunders;2011.

16. Hongthai K, Jongudomkarn D. A phenomenological study on older persons as a breadwinner of a skipped-generation family: Day by day coping journey in Thai context. Int J Qual Stud Health Well-being 2021;(1):1967260. doi: 10.1080/17482631.2021.1967260.

17. Neelasmith S, Jongudomkarn D. Family practices for preventing adolescent pregnancy in Isan regional Thailand. IJMRAP 2019;2(2):57-64.

18. Forgeron PA, Jongudomkarn D, Evans J, Finley GA, Thienthong S, Siripul P, et al. Children's pain assessment in northeastern Thailand: Perspectives of health professionals. QHR 2009;19(1):71-81.

19. Jongudomkarn D, Forgeron P, Siripul P, Finley A. My child you must have patience and Kreng Jai: Thai parents and child pain. Journal of Nursing Scholarship. 2012;44(4):323-31. doi: 10.1111/j.1547-5063.2012.01467.x.

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

20. Polit DF, Hungler BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization, 8th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins; 2013

21. Boontoch K, Jongudomkarn D, Supapanyakul R, Poonthawe P, Ha DT, Arofiati F. Strategies for creating professional nursing instructors from newly graduated nurses by Associate Professor Saiyud Niyomviphat: An analysis of historic qualitative secondary data. Journal of Nursing Science & Health 2022;45(2):53-64 (in Thai)

22. Dechduang P, Rungreangkulkij S, Jongudomkarn D. Self-love: A atrategy to unlock self towards recovery from depression in middle-aged women. JRANThe 2022;23(3),418-27. (in Thai)

23. Jirojwong S, Johnson M, Welch A. Research methods in nursing and midwifery. 2nd ed. Sydney: Oxford University Press; 2014.

24. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing, 2nd ed. Oxford, UK.: Blackwell; 2002.

25. Liamputtong P. Research methods in health. South Melbourne: Oxford University Press; 2013.

26. Hongthai K, Jongudomkarn D. Grandchildren-raising burden of older people in skipped-generation families. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2021;36(1):71-88. (in Thai)

27. Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. Nurse Res. 2013 Mar;20(4):36-43. doi: 10.7748/nr2013.03.20.4.36.e305. PMID: 23520711.

28. Padwang B, Jongudomkarn D, Saito A. The bonding-binding of grandchildren in long-term care for family elder: Family values in northern Thailand. Glob J Health Sci 2022;14(6):77-83.

29. Ponguwan C. Qualitative study on how caregivers of stroke patients in southern Thailand manage their own self-care and the care for their family in the long-term. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021;9(1),213-27. (in Thai)

30. Yin RK. Case study research design and methods, 5th ed., Thousand Oaks, CA: Sage; 2014.

31. Binh VTD, Padwand B, Sittikan S, Jongudomkarn D. The city was defeated, people still connected: A qualitative study on family crisis survival strategies through sharing cultural values among Vietnamese immigrants in Thailand. Journal of Nursing and Science Health 2022;45(3):112-23. (in Thai)

32. Baker L, Observation. A complex research method. Library Trends 2006;55(1):171–89.

33. Sawunyavisuth B, Sawunyavisuth K, Jongudomkarn D. Experiences of purchasing and using a continuous positive airway pressure machine treatment among Thai obstructive sleep apnea patients: A qualitative study. A preliminary report paper number 1. Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2023. (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในบริบทการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566

บุญเทียน อาสารินทร์ ส.ม (บริหารสาธารณสุข)* สุภาวรรณ วันประเสริฐ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)**

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV-CCA) ระหว่างพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนภารกิจไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับพื้นที่ยังไม่ถ่ายโอนในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566 ดำเนินการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (prospective analytic study) ระหว่าง 1 มกราคม-30 กันยายน 2566 เลือกพื้นที่โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) พื้นที่ถ่ายโอน คือ ตำบลโคกใหญ่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู และพื้นที่ไม่ถ่ายโอน คือ ตำบลห้วยทราย อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 พื้นที่ มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการรักษาพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ รวมทั้งความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แผนงานการดำเนินงาน ได้แก่ การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาผู้ติดเชื้อ การตรวจติดตามการรักษา และการตรวจติดเชื้อซ้ำ ดำเนินงานได้ ร้อยละ 100 ทั้ง 2 พื้นที่ ยกเว้นพื้นที่ไม่ถ่ายโอนตรวจการติดเชื้อซ้ำได้ ร้อยละ 96.5

โดยการตรวจคัดกรองก่อนดำเนินการพบพื้นที่ไม่ถ่ายโอนติดเชื้อสูงกว่าพื้นที่ถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) หลังดำเนินการพบอัตราติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ถ่ายโอนสูงกว่าพื้นที่ไม่ถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยสรุปทั้ง 2 พื้นที่ สามารถดำเนินการตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ตามเป้าหมาย หากมีแผนงานชัดเจนและสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน แต่ควรประเมิน ติดตามและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มติดเชื้อซ้ำโดยเฉพาะพื้นที่ถ่ายโอน

คำสำคัญ การถ่ายโอนภารกิจ มะเร็งท่อน้ำดี โรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วันที่รับบทความ 5 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2566

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ**
อีเมล barsarin@gmail.com
****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี**

Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma prevention and control of risk behavior group in the context of health promotion hospitals transfer missions to local administrative organization, health region 8, 2023

Boontian Arsarin M.P.H. (Public Health Administration)* Supawan Wanprasert B.P.H. (Public Health)**

Abstract

The objective of this study was to compare the results of operations according to the control and prevention plan for Opisthorchiasis and cholangioma (OV-CCA) between the contexts of subdistrict health promoting hospitals, transferring missions to local administrative organization; and those have not yet been transferred; in health region 8, 2023. The prospective analytic study was conducted between 1 January and 30 September 2023. The area selected by using purposive sampling. The transferred area was Khok Yai Subdistrict, Non Sang District, Nong Bua Lamphu Province; whereas the non- transferred area was Huai Sai Subdistrict, Phibunrak District, Udon Thani Province.

The results found that personal characteristics of the sample from both areas were similar, including gender; age; education; occupation; history of Opisthorchiasis infection; history of Opisthorchiasis treatment; behavior of eating raw or undercooked white scale freshwater fishes; knowledge, beliefs, behaviors to prevent Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma. The operational plans included Opisthorchiasis screening, behavior modification training, treating treatment for infected people, treatment monitoring, and testing for re-infection. Operations were 100% successful in both areas, except for the non-transferred area where 96.5% of re-infections were tested.

Screening before operation found that Opisthorchiasis prevalence in non -transferred area was statistically significantly higher than that of transferred area ($p<0.001$). After the operation, it was found that the reinfection rate in transferred area was significantly higher than that of non-transferred area ($p<0.001$). In conclusion, both areas were able to carry out and achieve goals of the program of Opisthorchiasis and cholangioma prevention and control if there was a clear plan and sufficient resources to support operations. However, behavior modification should be monitored and promoted to be suitable with the context of re-infected groups, especially for the transferred areas.

keywords: missions transfer; cholangiocarcinoma; Opisthorchiasis; subdistrict health promotion hospital

Received 5 October 2023 Revised 9 December 2023 Accepted 22 December 2023

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

***Public health technical officer, Senior professional level, Office of Disease Prevention and Control Region 8, Udon Thani, Corresponding author, E-mail: barsarin@gmail.com**

****Public health technical officer, Professional level, Provincial Public Health Office Udon Thani province**

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ (opisthorchis viverrini) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย ประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน[1] โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ในประเทศไทย พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ติดต่อโดยการกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียน เช่น ปลาตะเพียน ปลาขาวนา เป็นต้น ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ (metacercaria) โดยปรุงไม่สุกหรือดิบ เช่น ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาจ่อม เป็นต้น หากมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับบ่อยๆ จะทำให้เกิดการอักเสบบริเวณเยื่อบุท่อน้ำดีเกิดเป็นพังพืดและกลายเป็นมะเร็งขึ้นได้ โดยมีรายงานว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเพิ่มความเสี่ยง 6-7 เท่าต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และยังพบว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุมาก (6 เท่า) การรับประทานปลาดิบ (3 เท่า) มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง (2 เท่า) การดื่มเหล้า (3 เท่า) และการรับประทานยาฆ่าพยาธิ praziquantel (2 เท่า) จะเพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี เช่นเดียวกัน[2]

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทย ผลการดำเนินงานระหว่าง ปี พ.ศ. 2559-2565 พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.27, 11.71, 5.90, 4.75, 4.30, 3.23 และ 3.22 ตามลำดับ[3] อัตราตายมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราตาย เท่ากับ 26.31, 25.12, 24.30, 24.85 และ 24.77 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 12.25, 10.91, 3.53, 3.07, 5.06, 2.40 และ 1.67 ตามลำดับ[4] อัตราตายมะเร็งตับและท่อน้ำดี เท่ากับ 92.64, 95.88, 89.21, 85.64 และ 84.95 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559-2568[5] กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ภายในปี พ.ศ. 2568 ประชาชนคนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” ซึ่งตั้งเป้าหมายอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับในคนและในปลาไม่เกิน ร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2568 และอัตราตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2578 ผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 8 ที่ผ่านมา ถึงแม้อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการติดเชื้อซ้ำยังสูง รวมทั้งการคัดกรองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จากการตรวจด้วยอุจจาระมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น ต้องใช้ผู้มีความเชี่ยวชาญ การเก็บอุจจาระยุ่งยาก โอกาสตรวจไม่พบกรณีมีพยาธิน้อยๆ เป็นต้น ปัจจุบันมีนวัตกรรมการตรวจพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูป ชนิดเร็ว (Urine OV-Rapid diagnosis test: Urine OV-RDT) เป็นการตรวจหาแอนติเจนของพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะ ข้อดี คือ ง่าย สะดวก ความไวสูง ใช้เวลาน้อยตรวจได้มาก[6] กอปรกับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542[7] ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยใน ปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 8 ได้ถ่ายโอน รพ.สต. ไปจำนวน 242 แห่ง จากทั้งหมด 877 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 27.59[8] ซึ่ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนจะรับนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน งบประมาณและทรัพยากรจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่ในช่วงรอยต่อยังคงต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเดิม (CUP) ทั้งด้านวิชาการ ยาและเวชภัณฑ์ การดูแลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทางการแพทย์ส่วนสารสนเทศยังขาดการเชื่อมโยงและการใช้ร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพและขาดแคลนบุคลากร ทำให้การบริหารจัดการบริการสุขภาพมีข้อจำกัด รวมทั้งเกิดช่องว่างด้านการประสานงานระหว่างเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ในขณะที่ภารกิจยังต้องดำเนินการเหมือนเดิม ซึ่งที่ผ่านมาพบผลกระทบต่อการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น จังหวัดหนองบัวลำภูที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่งพบว่า ผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานก่อนการถ่ายโอนปี พ.ศ. 2564-2565 ดำเนินการได้ ร้อยละ 86.79 และ 85.69 แต่ในปีถ่ายโอน พ.ศ. 2566 ดำเนินการได้ ร้อยละ 36.05[9] เป็นต้น

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

แผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ มาตรการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีกิจกรรม ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ติดเชื้อ การรักษา การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดเชื้อซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการดำเนินงานตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนภารกิจไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับพื้นที่ไม่ถ่ายโอน ว่ามีผลกระทบเกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินการของ 2 พื้นที่ ในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนงาน หรือใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ในแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับพื้นที่ไม่ถ่ายโอนภารกิจ

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study)[10] เลือกพื้นที่แบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 ตำบล ดังนี้

ประชากรศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ถ่ายโอน คือ ตำบลโคกใหญ่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู และพื้นที่ไม่ถ่ายโอน คือ ตำบลห้วยทราย อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองจากแบบคัดกรองความเสี่ยง (verbal screening) พยาธิใบไม้ตับ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง : ใช้ประมาณค่าสัดส่วน[11]

$N = Z^2pq/d^2$

Z = 1.96 (ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95)

P = 0.25 (ค่าประมาณจากการตรวจด้วยวิธี Urine OV-RDT ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566 พบตำบลที่มีความชุกสูงสุดร้อยละ 25)

q = 0.75 (1-p)

d = 0.05 (ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับ)

$$N = \frac{(1.96)^2 \times 0.25 \times 0.75}{(0.05)^2}$$

= 289 คน (เพิ่ม Drop out ร้อยละ 20 เป็น 347 คน)

ดังนั้น ควรมีขนาดตัวอย่าง อย่างน้อย 347 คน ในแต่ละตำบล

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
3. กินปลาดิบหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่อยู่ในโครงการวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ตับ(ป้องกันการซ้ำซ้อน)
2. ผู้ที่กำลังรักษาหรือรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับหรือได้รับการวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. ผู้ที่มีอาการป่วยหนักด้วยโรคประจำตัวส่งผลต่อการเข้าร่วมวิจัย

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

1. แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับด้วยวาจา (verbal screening)[12] ได้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับหรือรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ผู้วิจัยประยุกต์จากสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรม ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดองค์ความรู้ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของลอเนียลา (Launiala)[13] ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8

3. ชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)[14] พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีค่าความไวร้อยละ 94 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 92

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จากข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2559-2565[4]

2. ประสานแผนและคัดเลือกพื้นที่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเลือกตำบลที่มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงใน 3 อันดับแรกของจังหวัดและมีความพร้อมโดยมีสถานที่รองรับการดำเนินการ บุคลากรเคยผ่านการอบรมด้านการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการจัดทำแผนงาน

3. ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงขั้นตอนดำเนินงานและพัฒนาเทคนิคการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT) แก่พื้นที่เป้าหมายเพื่อดำเนินการ

4. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงและประเมินความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

5. ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับกลุ่มตัวอย่างด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)

6. อบรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 1 วัน และรพ.สต.ให้การรักษา

7. ตรวจติดตามรักษาผู้ติดเชื้อใน 1 เดือน ด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)

8. ตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำใน 3 เดือน ด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรม SPSS for window ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าสูงสุด-ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละตัวแปร ได้แก่ อัตราการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ อัตราการติดเชื้อ อัตราการเข้าอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อัตราการรักษา อัตราตรวจติดตามผลการรักษา อัตราการรักษาหาย อัตราการตรวจติดเชื้อซ้ำ และอัตราการติดเชื้อซ้ำ ใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบด้วยไคสแควร์ (chi-square test) ของคาร์ล เพียร์สัน ค.ศ. 1900[15] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2566-30 กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ถ่ายโอนกับพื้นที่ไม่ถ่ายโอนภารกิจในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566 สรุปผลดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

พบว่าทั้ง 2 พื้นที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความคล้ายคลึงกันโดยมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล		พื้นที่ถ่ายโอน (358)		พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (355)		X^2
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	p-value
เพศ	ชาย	164	45.8	127	35.8	0.441
	หญิง	194	54.2	228	64.2	
อายุ (ปี)	15–24	11	3.1	3	0.8	0.526
	25–34	7	2.0	3	0.8	
	35–44	26	7.3	7	10.4	
	45–54	79	21.1	126	35.2	
	55–64	150	41.9	126	35.2	
	65 ปีขึ้นไป	85	23.7	63	17.6	
	(mean=57.0 SD=11.9 min=17 max=86)			(mean=54.9 SD=9.9 min=15 max=83)		
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	11	3.1	5	1.4	0.136
	ประถมศึกษา	253	70.7	199	56.1	
	มัธยมศึกษา	78	21.8	141	39.7	
	อนุปริญญาขึ้นไป	16	4.5	10	2.8	
อาชีพ	เกษตรกรรม	276	77.1	324	91.3	0.305
	ค้าขาย	25	7.0	5	1.4	
	รับจ้าง	20	5.6	12	3.4	
	ว่างงาน/อื่นๆ	37	10.3	14	3.9	
ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ						0.368
	เคยติด	28	7.8	42	11.8	
	ไม่เคยติด	330	92.2	313	88.2	
ประวัติการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ						0.902
	เคยติด	117	32.7	104	29.3	
	ไม่เคยติด	241	67.3	251	70.7	
กินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ						0.351
	กิน	315	88.0	261	73.5	
	ไม่กิน	43	22.0	94	26.5	

2. ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

พบว่าทั้ง 2 พื้นที่มีความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่มีความรู้และความเชื่อในระดับสูง แต่พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	พื้นที่ถ่ายโอน (358)	พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (355)	X^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับฯ			0.529
ระดับต่ำ (<60%)	14(3.9)	9(2.5)	
ระดับปานกลาง (60-79%)	42(11.7)	28(7.9)	
ระดับสูง (>=80%)	302(84.4)	318(89.6)	
2. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับฯ			0.793
ระดับต่ำ (<60%)	14(3.9)	14(3.9	
ระดับปานกลาง (60-79%)	40(11.2)	11(3.1)	
ระดับสูง (>=80%)	304(84.9)	330(93.0)	
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ			0.193
ระดับต่ำ (< 60%)	91(25.4)	170(47.9)	
ระดับปานกลาง (60-79%)	235(65.6)	167(47.0)	
ระดับสูง (>=80%)	32(8.9)	18(5.1)	

3. ผลเปรียบเทียบตามแผนงาน: ข้อมูลพื้นฐานก่อนการให้ยารักษา

การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 347 คนต่อพื้น ที่เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยพื้นที่ถ่ายโอนคัดเลือกได้ 358 คน พบติดเชื้อ 32 คนคิดเป็นอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 8.9 และพื้นที่ไม่ถ่ายโอนคัดเลือกได้ 355 คน พบติดเชื้อ 58 คนคิดเป็นอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 16.3 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อทั้ง 2 พื้นที่ ในด้านเพศ อายุ การศึกษาและอาชีพมีความคล้ายคลึงกัน โดยมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก่อนการให้ยารักษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล		พื้นที่ถ่ายโอน (n=32)		พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (n=58)		X^2
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	p-value
เพศ	ชาย	17	53.1	27	46.6	1.000
	หญิง	15	46.9	31	53.4	
อายุ (ปี)	15–24	2	6.3	27	0.8	0.702
	25–34	0	0	31	0.8	
	35–44	1	3.1	0	0	
	45–54	9	28.1	0	0	
	55–64	15	46.9	5	8.6	
	65 ปีขึ้นไป	5	15.6	19	32.8	
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	3	9.4	0	0	0.212
	ประถมศึกษา	17	53.1	49	84.5	
	มัธยมศึกษา	10	31.2	9	15.5	
	อนุปริญญาขึ้นไป	2	6.3	0	0	
อาชีพ	เกษตรกรรม	28	87.5	52	89.7	0.721
	ค้าขาย	0	0	1	1.4	
	รับจ้าง	1	3.1	5	8.6	
	ว่างงาน/อื่นๆ	3	9.4	0	0	

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การรักษา การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำทั้ง 2 พื้นที่ดำเนินการได้ครบตามเป้าหมาย ยกเว้นพื้นที่ถ่ายโอนตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำได้ ร้อยละ 96.5 โดยทั้ง 2 พื้นที่พบผู้ติดเชื้อบางคนรักษาไม่หายแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.250) และพบมีการติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ถ่ายโอนสูงกว่าพื้นที่ไม่ถ่ายโอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษา ตรวจติดตามการรักษาและรักษาหาย

กิจกรรมดำเนินงาน	พื้นที่ถ่ายโอน (n=32)	พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (n=58)	X^2
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	p-value
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	32(100)	58(100)	
การรักษา	32(100)	58(100)	
ตรวจติดตามการรักษา	32(100)	58(100)	
รักษาหาย	31(96.9)	55(94.8)	
ตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำ	32(100)	56(96.5)	
ติดเชื้อซ้ำ	7(21.9)	8(14.3)	0.000

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อซ้ำทั้ง 2 พื้นที่พบว่า เพศ อายุ การศึกษาและอาชีพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อซ้ำ

คุณลักษณะส่วนบุคคล		พื้นที่ถ่ายโอน (n=7)		พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (n=8)		X^2
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	p-value
เพศ	ชาย	4	57.1	5	62.5	1.000
	หญิง	3	42.9	3	37.5	
อายุ (ปี)	35–44	0	0	1	12.5	0.175
	45–54	4	57.1	2	25	
	55–64	0	0	3	37.5	
	65 ปีขึ้นไป	3	42.9	2	25	
การศึกษา	ประถมศึกษา	4	57.1	8	100	0.831
	มัธยมศึกษา	2	28.6	0	0	
	อนุปริญญาขึ้นไป	1	14.3	0	0	
อาชีพ	เกษตรกรรม	5	71.4	7	87.5	0.060
	รับจ้าง	1	14.3	1	12.5	
	ว่างงาน/อื่นๆ	1	14.3	0	0	

สรุปได้ว่าการวิจัยนี้ มีกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 347 คนต่อพื้นที่ พื้นที่ถ่ายโอนคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงได้ 358 คน ตรวจคัดกรองพบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.9 พื้นที่ไม่ถ่ายโอนคัดเลือกได้ 355 คน พบติดเชื้อ ร้อยละ 16.3 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 พื้นที่ มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ และการรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆดิบๆ รวมถึงความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และแผนงานดำเนินการ ได้แก่ การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อ การรักษาผู้ติดเชื้อ

การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่ ดำเนินการได้ครบตามเป้าหมายทุกแผนงาน โดยพบว่าการตรวจคัดกรองก่อนดำเนินการพื้นที่ไม่ถ่ายโอนติดเชื้อสูงกว่าพื้นที่ถ่ายโอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) หลังดำเนินการพบการติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ถ่ายโอนสูงกว่าพื้นที่ไม่ถ่ายโอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยสรุปทั้ง 2 พื้นที่ สามารถดำเนินการตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ตามเป้าหมายไม่ต่างกัน หากมีแผนงานที่ชัดเจนและสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงานแก่พื้นที่

อภิปรายผลการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่ คัดเลือกได้เกินเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความสนใจ จึงขอเข้าร่วมโครงการเกินเป้าหมายโดยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 พื้นที่ มีความคล้ายคลึงกันรวมทั้งบริบทของพื้นที่และขนบธรรมเนียมประเพณีไม่แตกต่างกัน ผลการประเมินความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีระดับคะแนนคล้ายคลึงและไปทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีความรู้และความเชื่อในระดับสูงเหมือนกัน เพราะที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมและรณรงค์ประชาสัมพันธ์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมาโดยตลอด ตามแผนงานโครงการของจังหวัด[16-17] ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ เนื่องจากวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างยังนิยมบริโภคอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ จะต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างความรู้ความตระหนัก เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุระดับการศึกษาและอาชีพที่คล้ายกัน จึงทำให้มีพื้นฐานและประสบการณ์ดังกล่าวอยู่ระดับเดียวกัน ผลการดำเนินงานตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อ การรักษาผู้ติดเชื้อ การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำ ทั้ง 2 พื้นที่ ดำเนินการได้ ร้อยละ 100 ในทุกกิจกรรม ยกเว้นในพื้นที่ไม่ถ่ายโอนที่ตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำได้ ร้อยละ 96.5 เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อบางคนไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ ด้านการรักษาพื้นที่ถ่ายโอนรักษาหาย ร้อยละ 96.9 พื้นที่ไม่ถ่ายโอนรักษาหาย ร้อยละ 94.8 ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.250$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกา วรสิษฐ และคณะ[18] ที่พบว่าแอนติเจนของ opisthorchis viverrini ในปัสสาวะลดลงภายใน 4 สัปดาห์ หลังได้รับการรักษาด้วยยา praziquantel

ในการศึกษาครั้งนี้ จะมีจำนวนประชากรติดเชื้อซ้ำค่อนข้างน้อย แต่อัตราการติดเชื้อซ้ำพบในพื้นที่ถ่ายโอน ร้อยละ 21.9 พื้นที่ไม่ถ่ายโอน ร้อยละ 14.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และไม่สัมพันธ์กับอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพื้นฐานก่อนการให้ยารักษา อย่างไรก็ตามอัตราการติดเชื้อซ้ำจากการตรวจด้วยวิธี OV-RDT ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของชนิกา วรสิษฐและคณะ[18] ที่ใช้วิธีอีไลซ่าทดสอบแอนติเจนในปัสสาวะกับกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 137 คน พบกลับมาติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ 27.7 และการศึกษาของวรวุฒิ นามวงศ์ และคณะ[19] ที่ศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำคิดเป็น ร้อยละ 16.18 แสดงว่ากลุ่มติดเชื้อยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ควรประเมินพัฒนาและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มติดเชื้อ โดยเฉพาะพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจที่มีผลกระทบต่อการติดตามสนับสนุนการป้องกันการกลับมาติดเชื้อซ้ำ จากข้อจำกัดช่วงรอยต่อของการถ่ายโอน ได้แก่ บุคลากรมีสัดส่วนยังไม่เพียงพอกับภารกิจ สารสนเทศยังขาดการเชื่อมโยงและการใช้ร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพ การบริหารจัดการงบประมาณและการประสานงาน ซึ่งที่ผ่านมาพบผลกระทบต่อการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น จังหวัดหนองบัวลำภูที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่ง มีข้อน่าสังเกตว่าผลการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานก่อนการถ่ายโอน ปี พ.ศ. 2564-2565 ดำเนินการได้ ร้อยละ 86.79 และ 85.69 แต่ในปีถ่ายโอน ปี พ.ศ. 2566 ดำเนินการได้ ร้อยละ 36.05[9]

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรมีการประเมินแผนงาน กิจกรรมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ถ่ายโอนภารกิจ ในประเด็นการติดเชื้อซ้ำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากพบอัตราการติดเชื้อซ้ำสูง

2. ควรมีการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 2 พื้นที่ เนื่องจากยังพบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง ดร. ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งประชาชนที่ศึกษาในพื้นที่ทั้ง 2 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Bureau of Communicable Diseases, Department of Disease Control. Helminth diagnosis test, In: Helminth control project in Royal initiative projects of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn; 2020.

2. Kamsa-Ard S, Luvira V, Suwanrungruang K, Vatanasapt P, Wiangnon S. Risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand: A systematic review and meta-analysis. Asian Pacific J Cancer Prev 2018;19:605–14.

3. Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control. Detection for diagnosis of opisthorchiasis, In: The decade of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma elimination program 2016-2025;2023.

4. Office of Disease Prevention and Control region 8 Udon Thani, Department of Disease Control. Detection for diagnosis of opisthorchiasis in health region 8, In: The decade of opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma elimination program 2016-2025; 2023.

5. Department of Disease Control. The decade strategic plan of opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma elimination program 2016-2025; 2016.

6. Worasith C, Kamamia C, Yakovleva A, Duenngai K, Wangboon C, Sithithaworn J, et al. Advances in the diagnosis of human opisthochiasis; Development of opisthorchis viverrini antigen detection in urine. PLoS Negl Trop Dis 2015;9(10):e0004157. doi:10.1371/journal.pntd. 0004157.

7. Office of the Council of State. Announce of decentralization for local administrative organization. Bangkok: Royal Gazette; 2021:138,254: p.14-5.

8. Deep insight in Health system. Health promotion hospitals transfer missions to local administrative organization [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 22]. Available form: https://www.hfocus.org/content/2022/10/26111

9. Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province. Age group health status; Second round inspection & supervision document of public health. Nong Bua Lamphu: Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province; 2023.

10. Nirunsittirat A. Format and design research [Internet]. [cited 2023 Dec 9]. Available form: https://www.zroldev.com/lpnhresearch/images/newsflash/1ResearchDesign.pdf

11. Chirawatkul A. Sample size determination of Interval estimation for population. In: Statistic of Health science for Research; 2015.

12. Cholangiocarcinoma screening and care program (CASCAP). Project consent form and CCA01 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 10]. Available form: https://cloud.cascap.in.th/

13. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people knowledge, attitude, and practice. Some observations from medical anthropology research on Malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Maternal J 2009;11:1-13.

14. Cholangiocarcinoma Research Institute Khon Kaen University. OV-rapid diagnosis test: OV-RDT [Internet]. [cited 2023 Nov 10]. Available form: https://cascap.kku.ac.th/ov-rdt/

15. Chi-squared test of Karl Pearson. [Internet]. [cited 2023 Nov 10]. Available form: https://hmong.in.th/wiki/Pearson%27s_chi-squared_test

16. Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province. Elimination project of Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma. In: Action plan for public health, 2016-2022. Nong Bua Lamphu: Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province; 2022.

17. Provincial Public Health Office Udon Thani province. Elimination project of Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma. In: Action plan for public health, 2016-2022. Udon Thani: Provincial Public Health Office Udon Thani province; 2022.

18. Worasitha C, Wangboonc C, Kopolratb Y C, Homwongb C, Sithithaworn J, Techasenb A, et al. Application of urine antigen assay to evaluate outcomes of praziquantel treatment and Re-infection in opisthorchiasis in northeast Thailand. Trans R Soc Trop Med Hyg 2020;114:751-61.

19. Namwong W, Songserm N, Bureelerd O. Prevalence and risk behaviors of opisthorchis viverrini re-infection of people in Sisaket Province. UBRU JPHR 2019;(8):2:13-20. (in Thai)

FACULTY OF NURSING
KHON KAEN UNIVERSITY

ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด

ประกาย โพธิ์งาม พย.บ* อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนดยังเพิ่มสูง และมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยจากสาเหตุภาวะอุณหภูมิกายต่ำ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรต้องมีความรู้ ทัศนคติที่ดี และปฏิบัติการได้อย่างถูกต้องในการดูแลและป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาล วิธีการดำเนินวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือที่ทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบวัดการปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 0.89, 0.93, 0.92 และ 0.99 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.81, 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ repeated measures

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนให้ข้อมูลความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (M=9.7, SD=3.0) หลังอยู่ในระดับสูง (M=15.5, SD=2.2) ก่อนให้ข้อมูลทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (M=71.8, SD=3.6) หลังอยู่ในระดับสูง (M=89.1, SD=9.4) และก่อนให้ข้อมูลการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (M=25.9, SD=5.9) หลังอยู่ในระดับสูง (M=32.1, SD=6.5) สรุปผล ควรมีการส่งเสริมการให้ข้อมูลป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดแก่พยาบาลก่อนปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ดีขึ้น จะช่วยส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำลดลง

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ทารกเกิดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด

วันที่รับบทความ 26 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 กันยายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 2 ตุลาคม 2566

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล watcha@kku.ac.th**

The effects of providing information about the hypothermia prevention guideline in preterm infants on the knowledge, attitude, and practice of nurses in the intermediate care unit

Prakai Phongam B.N.S.* Atchariya Wonginchan Ph.D.**

Abstract

The incidence of premature infants is still rising. Also, there is a high risk of illness caused by hypothermia. Nurses who take care of them are essential to have the knowledge, a good attitude, right practice in the care and prevention of hypothermia. Objective: To study the effect of providing information about the prevention of hypothermia in preterm infants on the knowledge, attitudes, and practice of nurses in the intermediate care unit. Method: It is a quasi-experimental research. The study was conducted with a sample of 15 registered nurses working in the neonatal intensive care unit. Data were collected with a tool that tested the content validity index (S-CVI), consisting of a general information questionnaire, form of knowledge, attitude, and practice were 0.89, 0.93, 0.92, and 0.99, respectively. In addition, Cronbach's alpha coefficients were 0.82, 0.81, 0.80 and 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics to find the frequency, percentage, mean, standard deviation, and repeated measures.

Results: The knowledge before giving information was moderate (M=9.7, SD=3.0), after was high (M=15.5, SD=2.2). Next, attitudes before giving information were moderate (M=71.8, SD=3.6), after were high (M=89.1, SD=9.4). Lastly, the practice before giving information was moderate (M=25.9, SD=5.9), after was high (M=32.1, SD=6.5). Conclusion: Information on the prevention of hypothermia in preterm infants should be promoted to nurses before they perform their duties. Due to better knowledge, attitudes, and practices, it will help reduce the morbidity rate of preterm infants from hypothermia.

keywords: knowledge; premature infants; attitude; hypothermia; intermediate care unit

Received 26 July 2023 Revised 28 September 2023 Accepted 2 October 2023

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

*A student to the master degree program in nursing science (pediatric nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, Email: watcha@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) หมายถึง อุณหภูมิต่ำกว่า 36.8 องศาเซลเซียส โดยวัดทางทวารหนักหรือรักแร้[1-2] พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดเนื่องจากทารกมีความสามารถจำกัดในการปรับตัวเพื่อให้อุณหภูมิคงที่ ส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงตามอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม หากไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและอัตรา การตายในทารกเพิ่มขึ้น[3] สาเหตุของอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การวัดอุณหภูมิไม่ถูกต้อง อุณหภูมิในหอผู้ป่วยไม่คงที่ มีลมพัดผ่านตู้อบ การห่อตัวหรือสวมเครื่องนุ่งห่มไม่เหมาะสมกับอุณหภูมิภายในหอผู้ป่วยการติดตั้งและการปรับเครื่องทำความเย็นไม่ถูกต้อง เป็นต้น[4] ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ จะมีผิวหนังที่บางมากทำให้การสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้ง่าย การสูญเสียความร้อนที่สำคัญ มีอยู่ 4 ทาง ได้แก่ การนำ (conduction) การพา (convection) การแผ่รังสี (radiation) และการระเหย (evaporative)[3,5] องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าทารกแรกเกิดมีอุณหภูมิกายปกติ ระหว่าง 36.5 ถึง 37.0 องศาเซลเซียส และเพื่อง่ายต่อการวินิจฉัยและรักษา จึงได้แบ่งภาวะอุณหภูมิกายต่ำออกเป็น 3 ระดับ คือ mild hypothermia คือ มีอุณหภูมิกายระหว่าง 36.0 ถึง 36.4 องศาเซลเซียส moderate hypothermia คือ มีอุณหภูมิกายระหว่าง 32.0 ถึง 35.9 องศาเซลเซียส และ severe hypothermia คือ มีอุณหภูมิกายต่ำกว่า 32.0 องศาเซลเซียส[1,6]

ผลกระทบจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำกับทารกเกิดก่อนกำหนด จะทำให้สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายมากกว่าสร้างความร้อน ทั้งนี้ เกิดจากปัจจัยที่ทารกเองมีพื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่เย็นกว่าจะทำให้ทารกสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย[6] ซึ่งภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด มีผลต่อการทำงานของร่างกายในหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและการหายใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า หายใจเร็วหรือหยุดหายใจ ระบบประสาท ทำให้มีอาการซึม ดูดนมได้ไม่ดี ระบบการย่อย การดูดซึมไม่ทำงานทำให้เกิดภาวะท้องอืดโตตึง อาจเกิดภาวะลำไส้อักเสบเพราะเมื่อร่างกายเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ปลายมือปลายเท้าเขียว ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ ทำให้อวัยวะนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติ[7-8] นอกจากนั้น ยังส่งผลต่อระบบเมตาบอลิสม ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขาดออกซิเจนในเลือดทำให้เลือดเป็นกรด ระบบทางเดินหายใจบกพร่อง เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เกิดภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็วอาจทำให้ทารกเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้[6] และยังทำให้การรักษาพยาบาลล่าช้า เนื่องจากต้องดูแลแก้ไขให้อุณหภูมิกลับสู่ปกติก่อน หรือถ้ามีภาวะอุณหภูมิต่ำบ่อยๆ อาจทำให้ทารกมีภาวะน้ำหนักลดผิดปกติ หรือมีการเจริญเติบโตล่าช้า และทำให้ทารกมีอัตราการเกิดโรค (morbidity) และอัตราการตาย (mortality) เพิ่มสูงขึ้น[8-9] นอกจากส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายแล้ว ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีระยะเวลาครองเตียงเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายของครอบครัวสูงขึ้น มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอดขาดหายไป[4]

การควบคุมและการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จำเป็นต้องดูแลรักษาควบคู่ไปกับการพยาบาลในด้านอื่นไปพร้อม ๆ กัน พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การให้การเป็นพยาบาลการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติงาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความชัดเจนเพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ที่ผ่านมามี

การศึกษาการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าหลังใช้มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)[10] และการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการรายงานอุบัติการณ์ในระดับมาก ทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ในระดับสูง และการปฏิบัติตามการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ในระดับมาก และพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์[11]

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีมากถึง ร้อยละ 17.6[12] และเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเจ็บป่วยได้ง่ายจากปัญหาภาวะอุณหภูมิกายต่ำ กรณีโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งแรกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้บริการประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีประชากรมากที่สุดของประเทศไทย ให้ได้รับบริการจากสถานพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัยและเพิ่มศักยภาพในการผลิตแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกประเภทให้มีความรู้ ความชำนาญ[13] ข้อมูลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 จำนวน 260, 268, และ 213 คน ตามลำดับ และพบว่ามีปัญหาจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จำนวน 45, 71 และ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 17.30, 26.49 และ 11.26 ตามลำดับ[14] จากสถิติดังกล่าว พบว่าร้อยละของผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในบางปีมีแนวโน้มสูงกว่าจำนวนของทั้งประเทศ แสดงให้เห็นว่าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดดังกล่าว ยังมีปัญหาในการจัดการหรือแก้ปัญหาสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่ดี ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำอาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิไม่ถูกต้อง อุณหภูมิในหอผู้ป่วยไม่คงที่ มีลมพัดผ่านตู้อบหรือทารก การห่อตัวทารกหรือสวมเครื่องนุ่งห่มที่ไม่เหมาะสม การติดตั้งและปรับเครื่องทำความเย็นไม่ถูกต้อง[15] ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด ที่ควรมีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างชัดเจนต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้น การให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดี และให้แนวทางปฏิบัติแก่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด

พยาบาลที่กำลังปฏิบัติหน้าที่อาจมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ ทัศนคติจะเป็นตัวเชื่อมความรู้กับการปฏิบัติให้เกิดกระบวนการเชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งมีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน หากมีทัศนคติที่ดี จะช่วยให้พยาบาลคนนั้นตั้งใจที่จะปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสิ่งนั้นได้ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[16] เพราะกระบวนการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้ทั่วกันว่า เป็นแนวทางที่ดีในการตอบสนองความต้องการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสำหรับการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพ[16] จากผลการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)[17] และการศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติต่อการจำแนกประเภทผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการฝึกจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อการพิจารณาตัดสินใจการจัดอัตรากำลังคนสำหรับการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีความเหมาะสม ในระดับดีมาก[18] และในการประเมินผลการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ควรดำเนินการต่อเนื่อง

เพราะหากมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งเพื่อสรุปผล ถือเป็นกระบวนการประเมินผลที่มีความถูกต้องน่าเชื่อถือและตรงกับความเป็นจริง ซึ่งความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อระยะเวลาการตัดสินใจค่อนข้างสูง[19] อย่างไรก็ดี ที่ผ่านมาหอผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดเป็นอย่างสูง มีนโยบายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิให้ส่งเสริมพยาบาลเข้าร่วมอบรมประจำปี เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เฉพาะ สำหรับการพยาบาลทารกแรกเกิดเพื่อให้มีสมรรถนะที่ดีมีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย อีกทั้ง หอผู้ป่วยมีการส่งเสริมให้พยาบาล มีกิจกรรมการจัดการความรู้ (knowledge management: KM) เกี่ยวกับการป้องภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้มีการร่วมถ่ายทอดความรู้ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ได้ทันเวลาและทันเหตุการณ์จะส่งผลให้การปฏิบัติงานของคนในองค์กรมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างไรก็ตามพบว่า การดูแลยังพบปัญหาการควบคุมอุณหภูกายทารกแรกเกิดที่เกิดจากความเข้าใจที่อาจจะยังไม่ชัดเจน หอผู้ป่วยจึงตระหนักถึงความ สำคัญและมีความต้องการตามแนวปฏิบัติในการดูแล เพื่อให้มีความชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน หากพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างถูกต้องและครบถ้วน ผลของความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติหน้าที่น่าจะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาภายหลังจากการให้ข้อมูล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างก่อนกับหลัง การให้ข้อมูลแบบทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของพยาบาล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างก่อนกับหลัง การให้ข้อมูลแบบทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างก่อนกับหลัง การให้ข้อมูลแบบทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล
2. หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล
3. หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดของบลูม ได้จำแนกเรื่องการเรียนรู้ของบุคคลไว้ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้ (cognitive domain) ด้านทัศนคติ (affective domain) และด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) อธิบายได้ว่าการมีความรู้ไม่ได้ยืนยันว่าบุคคลจะสามารถปฏิบัติสิ่งที่ตนเองรู้ได้เสมอไป ทัศนคติจะเป็นตัวเชื่อมความรู้กับการปฏิบัติให้เกิดกระบวนการเชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอน ผ่านการสังเกตหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยมีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน หากทัศนคติที่เกิดขึ้นเป็นทัศนคติที่ดีจะทำให้บุคคล

นั้นตั้งใจปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งนั้นได้ดีขึ้น[20] 2) แนวคิดการให้ข้อมูลป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด[15] และ 3) แนวคิดเชิงระบบทางการพยาบาล[21] ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าพิจารณาคือกิจกรรมการส่งเสริมให้ความรู้ กระบวนการคือขั้นตอนดำเนินการ ได้แก่ การพัฒนาแบบประเมิน ตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเพื่อใช้ในการศึกษา และผลลัพธ์ที่ได้ คือ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลภายหลังการให้ข้อมูลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ หลังให้ข้อมูลทันที หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 กลุ่ม (time series design) ดำเนินการวัดซ้ำหรือทดสอบติดต่อเนื่องกันจำนวน 4 ครั้ง เริ่มจากก่อนให้ข้อมูล และหลังให้ข้อมูลทันที เว้นระยะห่างในการวัดซ้ำ คือ ภายหลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ เพื่อให้เห็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นค่าที่มีความเหมาะสม ระดับปานกลาง22 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 14 คน พร้อมชดเชยเพื่อความสมบูรณ์ของตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 15 คน

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กิจกรรมสำหรับดำเนินการให้ข้อมูล ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ การบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม การนำไปทดลองปฏิบัติ ร่วมอภิปรายผล และการร่วมประเมินผล ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบวัดการปฏิบัติ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน จำนวน 3 คน ประกอบด้วยบุคคลที่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและทารกแรกเกิดวิกฤต บุคคลที่ 2 อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก การดูแลเด็กและทารกแรกเกิด และภาวะโภชนาการในเด็ก และบุคคลที่ 3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (ทารกคลอดก่อนกำหนด) และได้ดำเนินการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา scale-validity index (S-CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติค่า และแบบวัดการปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 0.89, 0.93, 0.92 และ 0.99 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.81, 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งมีความเหมาะสมเป็นไป ตามเกณฑ์ของเครื่องมือวิจัย[23]

การเก็บข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ขอนแก่น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลมีขั้นตอนดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการส่งหนังสือที่ได้รับการอนุมัติจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาและรวบรวมข้อมูลวิจัยที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานบริการพยาบาล หัวหน้างานกุมารเวชกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับ จากการวิจัยครั้งนี้

3. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) ทำแบบทดสอบก่อนการเข้าร่วมโครงการ 2) ชมสื่อวีดิทัศน์เนื้อหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด 3) รับฟังการบรรยายสรุปจากผู้วิจัย 4) ทำกิจกรรมกลุ่มและฝึกปฏิบัติจริง 5) ร่วมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ อภิปรายผลและประเมินผล และ 6) ทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมโครงการทันที

4. ติดตามและดำเนินการทำแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโครงการรับข้อมูล 2 สัปดาห์ โดยวิธีการประเมินเหมือนกับช่วงเวลาภายหลังการให้ข้อมูลทันที ดำเนินการ จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง

5. ติดตามและดำเนินการทำแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโครงการรับข้อมูล 4 สัปดาห์ โดยวิธีการประเมินเหมือนกับช่วงเวลาภายหลังการให้ข้อมูลทันที ดำเนินการ จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง

6. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการภายในระยะเวลาที่กำหนด ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในส่วนของข้อมูลคุณลักษณะบุคคล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนให้ข้อมูล หลังให้ข้อมูลทันที หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ และหลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลในแต่ละช่วงเวลาก่อนและหลัง และต่อเนื่องตามช่วงเวลาที่กำหนดเพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่จริยธรรมหมายเลข HE 641534 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลด้วยการชี้แจงรายละเอียดตามหนังสือแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30-40 นาที ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค จำนวน 15 คน พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ประมาณเกือบครึ่ง หรือร้อยละ 46.7 มีอายุระหว่าง 20–30 ปี (อายุเฉลี่ย 34.5 ปี) ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 93.3 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 86.7 มีระดับตำแหน่งการปฏิบัติงานเป็นระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 33.3 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค อยู่ที่ 6-10 ปี (เฉลี่ย 8.32 ปี) ร้อยละ 60.0 เคยผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 60.0 เคยผ่านการอบรมเรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด และร้อยละ 53.3 มีส่วนร่วมระดับปานกลาง ในการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกคลอดก่อนกำหนด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค (N=15 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	15	100.0
ชาย	0	0
อายุ (ปี)		
20 – 30	7	46.7
31 – 40	5	33.3
41 ปีขึ้นไป	3	20.0
สถานภาพสมรส		
โสด	9	60.0
สมรส	6	40.0
ระดับการศึกษา		

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค (N=15 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	14	93.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.7
ระดับตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
ระดับปฏิบัติการ	13	86.7
ระดับชำนาญการ ขึ้นไป	2	13.3
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน		
ไม่เกิน 5 ปี	4	26.7
6 – 10	5	33.3
11 – 15	4	26.7
16 ปี ขึ้นไป	2	13.3
การอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด		
เคยผ่านการอบรม	9	60.0
ยังไม่เคยอบรม	6	40.0
การอบรมเรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ		
เคยผ่านการอบรม	9	60.0
ยังไม่เคยอบรม	6	40.0
ประวัติการมีส่วนร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ		
มีส่วนร่วมน้อยมาก	1	6.7
มีส่วนร่วมปานกลาง	8	53.3
มีส่วนร่วมค่อนข้างมาก	4	26.7
มีส่วนร่วมมากที่สุด	2	13.3

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาล (N=15 คน)

การให้ข้อมูล	M	SD	การแปลผล
ความรู้			
ก่อนการให้ข้อมูล	9.7	3.0	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูลทันที	15.5	2.2	สูง
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	15.3	1.8	สูง
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	13.2	1.6	ปานกลาง
ทัศนคติ			
ก่อนการให้ข้อมูล	71.8	3.6	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูลทันที	89.1	9.4	สูง
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	72.0	3.2	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	69.2	5.5	ปานกลาง

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาล (N=15 คน) (ต่อ)

การให้ข้อมูล	M	SD	การแปลผล
การปฏิบัติ			
ก่อนการให้ข้อมูล	25.9	5.9	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูลทันที	32.1	6.5	สูง
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	30.2	3.5	สูง
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	25.9	2.9	ปานกลาง

การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค ก่อนการให้ข้อมูล หลังให้ข้อมูลทันที หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ และหลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาเพื่อตอบสมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA รายละเอียดตามตารางที่ 3 ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)

สมมุติฐานที่ 2 หลังการให้ข้อมูลทันที พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)

สมมุติฐานที่ 3 หลังการให้ข้อมูลทันที พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบก่อนและหลังให้ข้อมูลความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาล (N=15 คน)

การให้ข้อมูล / ช่วงเวลา	ก่อนให้ข้อมูล	หลังให้ข้อมูลทันที	หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์
ความรู้				
ก่อนให้ข้อมูล	-	.00**	.00**	.01**
หลังให้ข้อมูลทันที	.00**	-	.75	.04*
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	.00**	.75	-	.03*
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	.01**	.04*	.03*	-
ทัศนคติ				
ก่อนให้ข้อมูล	-	.00**	.88	.10
หลังให้ข้อมูลทันที	.00**	-	.00*	.00*
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	.88	.00**	-	.05*
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	.10	.00**	.05*	
การปฏิบัติ				
ก่อนให้ข้อมูล	-	.00**	.24	1.00
หลังให้ข้อมูลทันที	.00**	-	.00**	.04*
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	.24	.00**	-	.00*
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	1.00	.04*	.00**	-

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

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการให้ข้อมูลทันที เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูงขึ้น เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สติปัญญา การใช้ความคิด ได้แก่ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า และหากมีการวัดผลในช่วงเวลาที่มีระยะห่างจากการให้ทันที เช่น ภายหลัง 4 สัปดาห์ ข้อจำกัดความจำของบุคคลเริ่มลดลง ผลการวัดความรู้อาจต่ำลงได้ อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับก่อนการให้ข้อมูล ในส่วนทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงภาย หลังการให้ข้อมูลทันทีเปรียบเทียบกับก่อนให้ข้อมูล แล้วก็ลดระดับภายใน 2 สัปดาห์ มาอยู่ระดับปานกลางเท่าเดิมก่อนให้ข้อมูล เนื่องจากเป็นพฤติกรรมด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ ยอมรับ การตอบสนองมีส่วนร่วม การสนับสนุน การตระหนัก และการสร้างนิสัยมีคุณธรรมจริยธรรม และส่วนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงภายหลังการให้ข้อมูลทันทีเปรียบเทียบกับก่อนให้ข้อมูล แล้วก็ลดระดับภายใน 4 สัปดาห์ มาอยู่ระดับปานกลางเท่าเดิมก่อนให้ข้อมูล เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่บ่งชี้ความสามารถการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ เช่น การเลียนแบบ ปฏิบัติตามคำสั่ง ทำเพื่อความถูกต้อง และทำอย่างสร้างสรรค์ต่อเนื่อง ซึ่งตัวชี้วัดระดับของการปฏิบัติคือเวลา อธิบายได้ว่าผลการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และเริ่มลดระดับลงหลังระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดพบว่า ระดับของความรู้ ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง[24] และสอดคล้องกับผลการศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ พบว่าพยาบาลควรมีความรู้ที่เพียงพอในการเพิ่มอุณหภูมิกายอย่างช้าหรือเร็วเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดได้เป็นอย่างดี[15] และผลการศึกษาการให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานมากขึ้นแนวโน้มจะมีความรู้ลดลง พิจารณาได้จากผลการให้ข้อมูลภายหลัง 2 สัปดาห์ มีความรู้ อยู่ในระดับสูง (M=15.3, SD=1.8) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการให้ข้อมูลภายหลัง 4 สัปดาห์ พบว่ามีความรู้ลดลง อยู่ในระดับปานกลาง (M=13.2, SD=1.6) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) หลังอบรมทันทีมีระดับสูงกว่าหลังอบรมภายหลัง 3 เดือน[25] และในส่วนของทัศนคติ เมื่อดูจากผลการศึกษาการให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ ก่อนให้ข้อมูลพยาบาลมีทัศนคติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด อยู่ในระดับปานกลาง (M=71.8, SD=3.6) เปรียบเทียบกับภายหลังให้ข้อมูลทันทีมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง (M=89.1, SD=9.4) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)[10] ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบของการเข้าร่วมโครงการ ในการให้ข้อมูลที่เน้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้จากการได้ปฏิบัติจริงในทุกขั้นตอน ผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายทอดทัศนคติที่ดี ประกอบกับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการยอมรับในความแตกต่างของแต่ละบุคคลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

ระดับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ หลังการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าอยู่ในระดับสูง[24] และผลการศึกษาก่อนให้ข้อมูลพยาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (M=25.9, SD=5.9) เปรียบเทียบกับภายหลังให้ข้อมูลทันที พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (M=32.1, SD=6.5) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลัง

การเข้าร่วมโครงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)[26] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโครงการพยาบาลกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 59.9 เป็นร้อยละ 68.9 และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเพียง ร้อยละ 46.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)[27]

จากผลการศึกษา การให้ข้อมูลแก่พยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดผ่านกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การใช้สื่อวิดิทัศน์ร่วมกับการบรรยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม และการร่วมอภิปรายกลุ่มในหลายขั้นตอน ช่วยเพิ่มความรู้ให้มีมากขึ้น ช่วยส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีและมีการปฏิบัติที่ดีมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่เมื่อระยะเวลาผ่านนานไป ซึ่งพิจารณาได้จากผลของ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พยาบาลมีแนวโน้มที่มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติลดลง ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติด้วยวิธีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมและน่าสนใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น สอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำของพยาบาล ในการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิกายอย่างช้าหรือเร็ว ควรต้องมีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ[15] และในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเร็วของเทคโนโลยีและนวัตกรรม ในส่วนของพยาบาลควรต้องมีความจำเป็นในการสร้างหรือนำนวัตกรรมทางด้านสุขภาพมาใช้ในการส่งเสริมให้สามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติให้มีความสะดวกและรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ให้มากขึ้น[28]

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการศึกษา

1. ควรมีนวัตกรรมที่ทันสมัยและน่าสนใจ สำหรับการใช้วิธีการที่หลากหลายและดำเนินการอย่างต่อเนื่องกับการให้ข้อมูลแก่พยาบาลเพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่เพิ่มสูงขึ้น
2. ควรให้ข้อมูลด้วยการผ่านสื่อออนไลน์ เช่น LINE Official account, facebook เป็นต้น เพื่อให้เหมาะกับยุคดิจิทัล และการแพร่ระบาดโรคโควิด-19
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการส่งเสริมที่หลากหลายวิธี เช่น การจัดอบรม การสนับสนุนอุปกรณ์ คู่มือผ่านออนไลน์ เป็นต้น รวมถึงควรมีการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและเพิ่มประสิทธิภาพในงานการพยาบาล
4. ควรขยายพื้นที่วิจัยเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเป็นการดำเนินการศึกษาขยายผลการเปรียบเทียบที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น
5. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรปรับปรุงหรือเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือเพิ่มเป็น 5 คนขึ้นไป เพื่อเพิ่มคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ส่งผลต่อผลการศึกษาให้เกิดประโยชน์มากที่สุด
6. เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปร และวัดผลหลายครั้งใช้ระยะเวลาในการศึกษาอาจทำให้มีปัจจัยอื่นที่ไม่ต้องการศึกษาเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับการตรวจเครื่องมือวิจัยทุกท่าน ขอบคุณที่ปรึกษาหลักและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะ จนสามารถดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

References

1. World Health Organization [WHO]. Preterm birth. [Internet]. Geneva: R&D Blueprint; 2018 [cited 2023 Jul 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact- sheets/detail/preterm-birth

2. Ruangnapa K, Wongchanchailert M. Basic pediatric procedure. Department of Pediatrics Faculty of Medicine Prince of Songkla University; 2017. (in Thai)

3. Wonnachot J. The control of newborn body temperature. JPNC 2012;23(1):81–93. (in Thai)

4. Kaenkasikran, N. Prevention of hypothermia in newborns. 4th Service Plan Sharing 2017. Exchange of knowledge and development of the health service system: Road to Service Plan 4.0. Public Health Administration Division. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health 2017:1–29. (in Thai)

5. Carolyn J. Physical examination and health assessment–canadian. 3rd ed. Saunders Canada; 2019:p-960.

6. Thaithumyanon P. Caring for low-birth-weight babies, premature babies in The Royal College of Thai Pediatrics, Newborn. Bangkok. The Royal College of Thai Pediatrics; 2018:p.37–48. (in Thai)

7. Cinar ND, Filiz TM. Neonatal thermoregulation. J Neonatal Nurs 2016;12(2):69–74.

8. Pengsa K, Siriwitchayakul S, Junthavanit P. Pediatric infectious diseases. Department of Tropical Pediatrics Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2015. (in Thai)

9. Knobel RB, Levy J, Katz L, Guenther B, Holditch-Davis D. A pilot study to examine maturation of body temperature control in preterm infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2013;42(5):562-74. doi:10.1111/1552-6909.12240.

10. Kongsriparn M, Osotsatien S, Rongmuang D. Effects of an evidence-based nursing practice program on knowledge, attitudes and practices of nurses: case study at the Cardiac Intensive Care Unit Surat Thani Hospital. Documents for the meeting presenting research results for graduate studies. 3rd Thammasat University. seminar building 1–2. Sukhothai Thammathirat University. 2013;.p.1–13. (in Thai)

11. Sangmanee W, Watanasit Y, Kaewvichit N. Knowledge, attitude and practice perceived by nurses toward Incident reporting in Songklanagarind Hospital. pnujr 2018;10(3):94–102. (in Thai)

12. Ministry of Public Health. premature baby statistics in 2022. [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2023 Jul 15]. Available from: https://moph.go.th/ (in Thai)

13. Srinagarind Hospital. History. [Internet]. Khon Kaen: Srinagarind hospital; 2023. [cite 2023 Jul 15]. Available from: https://srinagarind.md.kku.ac.th/post/1 (in Thai)

14. Intermediate Care and Special Care Nursery. Patient statistics in 2018-2020. Srinagarind Hospital Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2020. (in Thai)

15. Chaonarin P, Deawprasert T, Ariyaprana P, Keeratavanithsathian S. Prevention of hypothermia in the newborn. TJN 2021;70(4):52-59. (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

16. Thanomlikhit C, Kheawwan P. Nurse residency coordinator: An important role for professional nursing development. TJNMP 2018;5(2):96-110. (in Thai)

17. Sibounheuang S, Supamanee T, Thungjaroenkul P. Knowledge, attitude, and practice in nursing process among nurses, Lao people's democratic republic. Nursing J 2016; 43 (Suppl):141-50. (in Thai)

18. Sriampaiwaraporn A, Kunawat P, Kunpaibutr T. Knowledge, Attitude, and practice on classification of patients among nurses in UdonThani Cancer hospital. Nursing, Health, and Education Journal 2019;2(4):29-39. (in Thai)

19. Tomon S, Saneha C, Sriprasong S, Dumavibhat C. The influences of anxiety, attitudes, beliefs, and knowledge about symptoms on decision-making time in seeking treatment in patients with acute coronary syndrome. Nurs Sci J Thai 2019;37(2):60-77. (in Thai)

20. Bloom. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study; 2006 [Cited 2021 Aug 20]. Available from: http://www.researchgate.net/publication

21. Wonginchan A, Tangpukdee J, Phongam P, Suwannarach S. Sawatdikun N. System concept: How to prevent choosy eating (picky eating) in early childhood children. Journal of Nursing Science & Health 2021;44(3):84-97. (in Thai)

22. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(1):149-60.

23. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Development of an instrument for measuring health problem levels of school-aged children who have access to online media in the Thailand 4.0: IMHP-SaC. Journal of Nursing Science & Health 2022;45(1):99-101. (in Thai)

24. Prasanwon K, Patoomwan A, Pookboonmee R. Nurses' Knowledge, Attitude, and Nursing Practices for Pain Management for Postoperative Children. Rama Nurs J 2018;24(1):37-50. (in Thai)

25. Pothamuang W. Effects of the evidence-based practice promotion for acute pain management in neonates on knowledge, practices among nurses and effectiveness of pain management at Thammasat University Hospital. Unit Pediatric ward, Thammasat University Hospital; 2012. (in Thai)

26. Khangrang M, Soekphukhiao, P. The results of promoting a program of evidence-based practice in nursing practice for knowledge and the practice of nurses in acute pain management for the newborn. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences 2017;1(3):31–51. (in Thai)

27. Kongtan, A. Effect of information provision using video media on professional nurses' knowledge and practice in prevention of intravenous infusion related infections [Thesis]. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2010.

28. Hormniam N. Health care innovative leadership in the nursing profession. Udhhosmj 2020;28(2):244-53. (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด*

ดรุยาลักษม์ สายแวว พย.บ** อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด. (การพยาบาล)***

บทคัดย่อ

การส่งเสริมความรู้ในการกำกับตนเองของมารดา ในการทำหน้าที่และเตรียมพร้อมก่อนเข้าเยี่ยมหรือรับรู้กับสถานการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จำเป็นต้องวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือได้ วัตถุประสงค์บทความวิจัยนี้เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง ทั้งด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เครื่องมือนี้ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลทารกแรกเกิด จำนวน 3 คน และพยาบาลชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 2 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่วิจัย คือ แบบสอบถามวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนด แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การดำเนินการสร้างเครื่องมือ และ 2) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่น ผลการศึกษา พบว่าเพิ่มเติมรายละเอียดเนื้อหาบางประเด็นจากการทบทวนวรรรกรรม สร้างเครื่องมือและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะตามผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบคุณภาพ โดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI, S-CVI, และ ACP เท่ากับ .83, .91 และ .91 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .79 สรุปผลเนื้อหาเครื่องมือครอบคลุมความรู้ การกำกับตนเองของมารดาทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่ และการสนองตอบทางอารมณ์ และคุณภาพเครื่องมือมีค่าความตรง และความเชื่อมั่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้งานตามหัวข้อวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: การกำกับตนเอง การพัฒนาเครื่องมือ ความรู้ ทารกคลอดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

วันที่รับบทความ 31 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ตุลาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2566

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรกต่อความรู้และความเครียดของมารดาที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และรับทุนสนับสนุนมูลฐานมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน.

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล watcha@kku.ac.th

The development of the self-regulation knowledge instrument in relation to the functional and emotional responses of preterm mothers with infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit*

Daruyaluk Saiwaew B.N.S.** Atchariya Wonginchan Ph.D. (Nursing)***

Abstract

Promoting maternal self-regulation knowledge in performing tasks and preparing before visiting or acknowledging the situation of preterm infants requiring treatment in the neonatal intensive care unit (NICU) to be more effective. It is necessary to measure maternal self-regulation knowledge with reliable quality instruments. **Objective:** To develop of the self-regulation knowledge instrument in relation to the functional and emotional responses of preterm mothers with infants hospitalized in the NICU. **Method:** The quality of the instuments was evaluated by 5 experts with different expertise. The instrument was examined by these five different specialists, including three neonatal nurse practitioners and two neonatal intensive care nurses. Also, the sample group was ten premature mothers who were selected by purposive sampling. The research tool was the self-regulation knowledge instrument of preterm infants mothers. It can be divided into two steps: 1) creating instruments, and 2) checking the quality of the instrument. The data were analyzed for the Content Validity Index (CVI), and the reliability was based on the Kuder-Richardson 20 (KR-20). **Result:** Adding details to some content points from the literature reviews were done. After that, created instruments and improved them based on the expert recommendations. Moreover, the quality of the instrument was checked by analyzing content validity, CVI, S-CVI, and ACP were .83, .91, and .91, respectively, and KR-20 reliability was .79. **Conclusion:** The contents of the instrument covered knowledge about mothers' self-regulation in terms of performance and emotional response. Finally, the quality of the instruments has validity and reliability through standard criteria that could be suitable for further using according to the research topic.

keywords: self-regulation**;** knowledge; instrument development; preterm infants; neonatal intensive care unit

Received 31 July 2023 Revised 10 October 2023 Accepted 27 December 2023

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

*This article is part of the thesis: The effect of providing concrete objective information in the first visit on knowledge and stress of mothers whose premature infants admitted in neonatal intensive care unit. It was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University, which has received funding support from the National Science, Research and Innovation Fund (NSRF).

**A student of the Master of Nursing Science Program in Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kean University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; Corresponding author, E-mail: watcha@kku.ac.th

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เป็นปัญหาภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อมารดาและทารก ปัจจุบันสถิติสูงเพิ่มขึ้นทั่วโลก ข้อมูลในประเทศไทย พ.ศ. 2561-2565 พบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10.92, 9.92, 9.52, 9.87, และ 10.14 ตามลำดับ[1-2] ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ย่อมส่งผลให้ทารกมีแนวโน้มเจ็บป่วยในระยะวิกฤตได้ เนื่องจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายไม่สมบูรณ์ ปอดเจริญไม่สมบูรณ์ มีภาวะหายใจลำบาก มีปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท[3] ดังนั้น ทารกวิกฤตจึงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดทันที (neonatal intensive care unit: NICU) ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและซับซ้อน การพยาบาลต้องดูแลใกล้ชิดเฉพาะทาง การช่วยเหลือมีอุปกรณ์มากมาย เพื่อช่วยให้ทารกมีชีวิตรอดและปลอดภัย[4-5] การช่วยเหลือมีอุปกรณ์มากมาย ส่งผลให้มารดากับทารกจำเป็นต้องแยกจากกัน[6] อีกทั้ง ภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้เหมาะสมต่อการดูแลทารก ประกอบกับมีบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นจำนวนมาก หากมารดาคลอดก่อนกำหนดครั้งแรกไม่ได้รับข้อมูลหรือเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ก่อนอนุญาตให้เข้าเยี่ยมบุตรตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย ได้แก่ กฎระเบียบการเยี่ยม ช่วงเวลาหรือระยะเวลาการเข้าเยี่ยมบุตร การแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วยของทารก ความจำเป็นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยให้ทารกพ้นภาวะวิกฤต และการแจ้งข้อห้ามต่างๆ เมื่อเข้ามาภายในหอผู้ป่วย เป็นต้น นโยบาย เหล่านี้ ย่อมจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจและอารมณ์ของมารดาเป็นอย่างมาก ในการทำหน้าที่ดูแลทารก[7]

จากทบทวนวรรณกรรมมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ก่อนเข้าเยี่ยมทารกใน NICU ครั้งแรก จะส่งผลให้ลดความวิตกกังวลลงมากกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8] และมีผลการศึกษาความสามารถการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า ซึ่งส่งผลลดความวิตกกังวลของมารดาอยู่ในระดับต่ำได้ถึง ร้อยละ 75.50[9] ดังนั้น การส่งเสริมการให้ข้อมูลความรู้แก่มารดากลุ่มนี้จึงมีความสำคัญยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งการประเมินความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าเยี่ยมหรือรับรู้กับสถานการณ์จึงมีความจำเป็นเช่นกัน เพื่อความเหมาะสมกับประโยชน์ในการให้ความรู้แก่มารดาในแต่ละคนให้ตรงกับความสามารถหรือความต้องการที่แท้จริง เพราะมารดาบางคนหากได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหามากเกินไปหรือเนื้อหาที่ไม่ครอบคลุม มีการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์มากไป ข้อคำถามของแบบประเมินอาจมีความหมายกำกวม อาจทำให้มารดาแต่ละคนเข้าใจความหมายของข้อความไม่เหมือนกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความรู้และพฤติกรรมของมารดาจนทำให้มีผลกระทบต่อการกำกับตนเอง ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้[10]

การประเมินความรู้ในการกำกับตนเองให้สามารถปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์ที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการทำบทบาทหน้าที่ (regulation of functional responses) และการสนองตอบทางอารมณ์ตนเอง (regulation of emotional responses) จากการถูกคุกคามจากสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อให้ตนเองสามารถดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด[7] หากเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาในการวัดความรู้การกำกับตนเอง จะเพิ่มประสิทธิภาพในการวัดความรู้สูงขึ้น ได้แก่ ด้านการปฏิบัติหน้าที่ 1) มีความเข้าใจในการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกขั้นตอนอย่างละเอียดมากขึ้น 2) เกิดความต้องการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น มีหลักการ มีจุดมุ่งหมายเนื้อหาชัดเจน มีกระบวนการปฏิบัติ และสามารถวัดและประเมินผลได้ 3) พัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและการกำกับตนเองได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[11] และด้านการสนองตอบทางอารมณ์จะส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุน

ในการประเมินมีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน่าจะมีแนวโน้มดีขึ้น[12] ที่ผ่านมา มีการศึกษาเครื่องมือวัดความรู้ ได้แก่ แบบประเมินการแสดงบทบาทการเป็นมารดาและพฤติกรรมการดูแลบุตร[3,13] แบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด[14] แบบวัดความรู้เรื่องโรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด[15] แบบสอบถามความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อออกจากโรงพยาบาล[16] เป็นต้น

การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความรู้ในการกำกับตนเองจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความตรงของการวัดการกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการ ซึ่งมีหลักการ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การท่องจำ การเชื่อมโยงความรู้ การจัดระบบความรู้ และการกำกับความรู้ตนเอง 2) การกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการด้านแรงจูงใจ ได้แก่ การพูดกับตนเองเชิงเชี่ยวชาญ การเพิ่มพูนความรู้ด้วยการเชื่อมโยง การเพิ่มความน่าสนใจของเหตุการณ์ การพูดกับตนเองเชิงเปรียบเทียบ การพูดกับตนเองเพื่อสร้างแรงจูงใจภายนอก และการให้รางวัลตอบแทนตนเอง 3) การกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการด้านพฤติกรรม ได้แก่ กำกับพฤติกรรมด้วยความพยายาม กำกับเวลาและสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ และขวนขวายความช่วยเหลือ[17] ส่วนการพัฒนาเครื่องมือวัดและกำหนดคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิทยา โดยทั่วไปมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทบทวนวรรณกรรมและกำหนดนิยาม ซึ่งเป็นการค้นหาความหมายและองค์ประกอบความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จากการทบทวนวรรณกรรมหรือจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) กับกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกันและลดความซ้ำซ้อน 2) การพัฒนาข้อคำถามและวิเคราะห์ความตรง 3) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ 4) จัดโครงสร้างของข้อคำถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และ 5) ศึกษาคุณสมบัติในการวัดด้านความน่าเชื่อถือ ซึ่งคุณสมบัติที่ใช้พิจารณา ได้แก่ ค่าความเที่ยง (reliability) ความตรง (validity) ความยากง่ายและอำนาจการจำแนก (difficulty and discrimination) ความเป็นปรนัย (objective) ความมีประสิทธิภาพ (efficiency) ความไว (sensitivity) ความเป็นมิติเดียว (unidimensionality) และความง่ายต่อการนำไปใช้ (simplicity)[18]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทางการพยาบาลสามารถตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม (content validity index: CVI) ได้ตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในหลายประเด็น ได้แก่ ความครอบคลุม สอดคล้องกับนิยาม ความชัดเจนไม่กำกวม และมีรูปแบบที่เหมาะสมไม่ซ้ำซ้อน[19] เพื่อกำหนดขอบเขตให้เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item content validity index: I-CVI) จะช่วยเพิ่มความชัดเจนในการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญได้ง่ายและตรงประเด็นมากขึ้น[20] และการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับหรือแบบเห็นพร้อง (scale content validity index/universal agreement: S-CVI/UA) ประโยชน์เพื่อใช้สำหรับพิจารณาให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบตามแนวคิดทฤษฎีหรือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ[21] นอกจากนี้ สามารถใช้คะแนนค่าเฉลี่ยความสอดคล้องจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (average congruency percentage: ACP) ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัด[22] และในส่วนของการวัดความเชื่อมั่นเพื่อตรวจสอบระดับความสัมพันธ์ของเครื่องมือหรือแบบสอบถามโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20)[23]

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น การให้ข้อมูลแก่มารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง เพื่อให้มารดามีความรู้สำหรับเตรียมความพร้อมในการกำกับตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง และตอบสนองทางอารมณ์ของมารดาช่วยลดความวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น ในการให้ข้อมูลความรู้แก่มารดาแต่ละคนให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาควรต้องมีการตรวจสอบคุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างถูกต้องด้วยการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ ค่า CVI, I-CVI, S-CVI, APC และค่าความเชื่อมั่นคือ KR-20[20-23]

เพื่อประโยชน์ สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จะได้รับการดูแลที่ดีและถูกต้องจากมารดาภายหลังการเข้าเยี่ยม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดด้านความรู้ของมารดาที่ต้องเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด[24] เนื้อหาประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสภาพและพฤติกรรมของบุตร ด้านกิจกรรมรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ ด้านการสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ด้านจิตใจและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เพื่อใช้เป็นข้อมูลการออกแบบข้อคำถาม 2) แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (self regulation)[7] อธิบายกระบวนการกำกับตนเอง ด้านการตอบสนองการปฏิบัติหน้าที่ (functional responses) และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ขอบเขตเนื้อหาประกอบด้วย การลำดับเหตุการณ์เมื่อการเข้าเยี่ยมบุตร การรับรู้สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด การจัดการความรู้สึกวิตกกังวล และการทำความเข้าใจเหตุและผลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และ 3) แนวคิดการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง โดยใช้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์โดยใช้ค่า KR-20

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยผู้วิจัยสร้างและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง ทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์และสรุปประเด็นข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุง และทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงและแม่นยำในการนำไปใช้จริงต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจคุณภาพเครื่องมือจำนวน 5 คน และมารดาหลังคลอดบุตรก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ซึ่งบุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 10 คน[25] คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การเลือก ประกอบด้วย 1) มารดาอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดครรภ์แรกและบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด 3) มารดายังไม่เคยเข้าเยี่ยมบุตรมาก่อน 4) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด และ 5) มารดาไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินสำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีลักษณะดังนี้

1) แบบประเมินสำหรับหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) กำหนดการให้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในช่วงระหว่าง 1-4 คะแนน ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึงข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 2 คะแนน หมายถึงข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เล็กน้อย ควรปรับปรุงอย่างมาก 3 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ควรปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความเหมาะสมหรือสอดคล้อง

กับวัตถุประสงค์ การหาค่า CVI โดยนับจำนวนข้อคำถามที่ได้ระดับคะแนน 3 และ 4 คะแนน จากผู้เชี่ยวชาญทุกคน หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) จะต้องคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) คือ ค่าสัดส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยนำจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้คะแนน 3 และ 4 ในข้อนั้น ๆ หารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ซึ่งควรมีค่าไม่น้อยกว่า .70 หากมีข้อที่น้อยกว่าต้องได้รับการปรับปรุง จากนั้นนำค่า I-CVI ที่ได้มาคิดค่าเฉลี่ย และมีเกณฑ์คุณภาพที่ S-CVI ต้องไม่น้อยกว่า .90[21]

การหาค่าเฉลี่ยของสัดส่วนความสอดคล้อง (ACP) ทำได้โดยการหาค่าเฉลี่ยของสัดส่วนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นว่าสอดคล้อง ให้คะแนนระหว่าง 1-4 เช่นเดิม แล้วนำผลรวมของสัดส่วนข้อคำถามที่เห็นว่าสอดคล้องหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เกณฑ์คุณภาพที่ ACP ต้องไม่น้อยกว่า .90[22]

2) การหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตร KR-20 ซึ่งใช้เฉพาะกับแบบสอบถามที่เป็นแบบให้คะแนน 2 ค่า (dichotomous) เท่านั้น โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นรวบรวมข้อมูลและนำคะแนนมาแจกแจงและคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น พบว่าเครื่องมือนี้ ได้ค่า KR-20 ได้เท่ากับ .70 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์[23]

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการกำกับตนเอง

1) กำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างและตรวจสอบคุณสมบัติการวัด ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยการให้ความรู้แก่มารดาคลอดก่อนกำหนด แนวคิดการกำกับตนเอง และการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

2) สร้างข้อคำถามโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษากรอบแนวคิดการกำกับตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่มารดาคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งหมด 36 ข้อ จัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ ข้อคำถามรายด้าน 4 ด้านหลัก และข้อคำถามย่อย ด้านละ 9 ข้อ คือ 1) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับลำดับการเข้าเยี่ยมบุตร 2) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 3) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และ 4) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์เมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือมี จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 3 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ด้านทารกแรกเกิดวิกฤต 2 คน โดยพิจารณาและประเมินข้อคำถามแต่ละข้อมีความชัดเจนและสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและเมื่อนำข้อคำถามทุกข้อมารวมกันแล้ว ให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของแนวคิด ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเน้นพิจารณาจาก 2 คุณลักษณะ คือ ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เป็นการพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาหรือคำถาม (item content) กับแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร (domain content) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือวิจัยควรต้องมีค่า CVI มีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) คุณภาพของเครื่องมือวิจัยควรต้องมีค่า S-CVI ไม่น้อยกว่า .90 และค่าเฉลี่ยของสัดส่วนความสอดคล้อง (ACP) ซึ่งคำนวณได้จาก การหาค่าเฉลี่ยของสัดส่วนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นว่าสอดคล้องกัน มีสูตรคำนวณดังนี้ $ACP=\sum P/N$ เมื่อ $\sum P$ คือ ผลรวมของสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าสอดคล้องกัน และ N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่พิจารณาเกณฑ์ในการวัดคุณภาพของเครื่องมือวิจัย สำหรับค่า ACP ต้องมีค่ามากกว่า .90 ขึ้นไป[22]

2) การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นการหาค่าหาความเชื่อมั่น โดยจะพิจารณาความสอดคล้องภายในของ

เครื่องมือด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นจึงนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธี Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20 ซึ่งมักใช้เฉพาะกับแบบสอบถามหรือแบบวัดความรู้ที่เป็นแบบให้คะแนน 2 ค่า (dichotomous) เท่านั้น และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะต้องได้ ตั้งแต่ .07 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์[23]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม และจากข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และมีประสบการณ์การวิจัย โดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (self regulation) ของ Johnson จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 2 คน และ 3) พยาบาลชำนาญการมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 2 คน

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ความตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ (I-CVI) ความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) สัดส่วนความสอดคล้อง (ACP) และดำเนินปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลักให้ได้ค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยการวิเคราะห์ผลหาค่าความสอดคล้องภายใน KR-20 ภายหลังนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 10 คน

จริยธรรมการวิจัย

บทความวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรก ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642229 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 และผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัสโครงการ 100/64 C ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม ผลการพัฒนาเครื่องมือ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และผลการทดสอบเครื่องมือ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับเครื่องมือที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผลที่ปรากฏของเครื่องมือจำเป็นต้องเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนสภาพแวดล้อม ที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งผลทบทวนวรรณกรรม รายละเอียดดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษา	เครื่องมือ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นนำสู่การพัฒนาเครื่องมือ
Kelly MM, 2006	แบบประเมินการแสดงบทบาทการเป็นมารดาและพฤติกรรมการดูแลบุตร	ความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีสุขภาพแข็งแรง	วัดน้ำหนักเพิ่มขึ้น การกินอาหารทางปาก และรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในสภาวะสมดุล	- คุณลักษณะทั่วไปของทารกคลอดก่อนกำหนด
เดือนเพ็ญ บุญมาชู และคณะ, 2015	โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล	- แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง - แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทารก	- คุณลักษณะของมารดาและทารก - การเจริญเติบโตของทารก - ระดับภาวะสุขภาพของทารกภายหลังจำหน่าย	- คุณลักษณะทั่วไปของมารดา - การรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารก

ตารางที่ 1 สรุปผลเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้ศึกษา	เครื่องมือ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นนำสู่การพัฒนาเครื่องมือ
	ทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา	- แบบประเมินภาวะสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด	- ระดับพฤติกรรมการดูแลทารก - ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารก	- พฤติกรรมการดูแลทารก
Aldirawi A, et al., 2019	เครื่องมือวัดความรู้ของมารดาในการดูแลสุขภาพทารกคลอดก่อนกำหนดหลังออกจากหน่วยดูแลทารกแรกเกิด	แบบสอบถามความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อออกจากโรงพยาบาล	- คุณลักษณะทั่วไปของมารดา - การศึกษาและความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด	- คุณลักษณะทั่วไปของมารดา - ความรู้ของมารดาในการดูแลทารกในบางหัวข้อ เช่น คุณลักษณะทารกคลอดก่อนกำหนด
ภากร ชูพินิจรอบคอบ, 2022	โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	เปรียบเทียบความรู้พฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลอง

2. ผลการพัฒนาเครื่องมือ

ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนปัจจัยด้านความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พัฒนาข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การตรวจสอบเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนด ทั้ง 2 ด้านหลัก คือ การปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ และแบ่งเป็น 4 ด้านย่อย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านการปฏิบัติหน้าที่

1) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับลำดับการเข้าเยี่ยมทารก จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมทารก การล้างมือก่อนสัมผัสทารก ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมทารก พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ระดับ 1 และ 2 จำนวน 7 ข้อ จึงปรับแก้ไขและส่งตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 3 และ 4 ทั้งหมด หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

2) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย แสง สี เสียง ที่จะได้พบเห็นในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ระดับ 1 และ 2 จำนวน 8 ข้อ จึงปรับแก้ไขและส่งตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 3 และ 4 ทั้งหมด ยกเว้นผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2 ไม่ให้ผ่านเกิน 1 ข้อ หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

1.2 ด้านการสนองตอบทางอารมณ์

1) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ ทารกเกิดก่อนกำหนด การทำงานของเจ้าหน้าที่ แสง สี เสียง ที่จะได้พบเห็นในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ระดับ 1 และ 2 จำนวน 6 ข้อ

จึงปรับแก้ไขและส่งตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 4 ทุกข้อ หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

2) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์เมื่อเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุหรือเหตุผลของการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่เฉพาะกับทารก สาเหตุของการเกิดเสียง แสงที่เป็นสัญญาณแจ้งเตือน เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับทารก พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ในระดับ 1 และ 2 จำนวน 9 ข้อ จึงได้

ปรับแก้ไขและส่งตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2 ให้ไม่ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 2 จำนวน 5 ข้อ ทั้งนี้ มีผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ข้อ หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

เครื่องมือวัดความรู้ แบ่งเป็นทั้งหมด 4 ด้าน ด้านละ 9 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 36 ข้อคำถาม โดยมีประเด็นในการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ รายละเอียดดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญรายบุคคล

หัวข้อการประเมิน	ประเด็นเสนอแนะ	ประเด็นข้อคำถามที่ปรับปรุงแก้ไข
ด้านการปฏิบัติหน้าที่ ความรู้เกี่ยวกับลำดับการเข้าเยี่ยมทารก	- กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมทารก - การล้างมือก่อนสัมผัสทารก - ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมทารก	- การได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมทารก - ความจำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัย - การไม่ได้รับอนุญาตให้สัมผัสทารกได้ - การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยทารก - การถ่ายภาพหรือบันทึกวีดีโอทารก - การกดกริ่งที่อยู่ด้านหน้าหอผู้ป่วยฯ - การงดส่งเสียงรบกวนทารก
ความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	- อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ - การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ - แสง สี เสียงที่จะได้พบเห็น	- ช่วงเวลางดเยี่ยม - ตู้อบทารกมีลักษณะใส - การรบกวนจากเสียงสัญญาณแจ้งเตือน - ข้อควรระวังเกี่ยวกับอุปกรณ์ - การใช้แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ - เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแต่งกายด้วยชุดฟอร์ม - มีทารกคลอดก่อนกำหนดคนอื่นอยู่ร่วมด้วยในหอผู้ป่วย - ทารกตัวเล็กจะได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ
ด้านการสนองตอบทางอารมณ์ การรับรู้ทางประสาทสัมผัส	- ทารกเกิดก่อนกำหนด - การทำงานของเจ้าหน้าที่ - แสง สี เสียงที่จะได้พบเห็นในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	- อุณหภูมิที่เหมาะสมภายในหอผู้ป่วย - การสวมเสื้อผ้าของทารก - ความกังวลที่เห็นทารกตัวเล็ก - ความกังวลที่เห็นการใส่สายยางทางปากทารก - การได้เห็นทารกได้รับน้ำเกลือผ่านทางเส้นเลือด - การเห็นแสงไฟจากอุปกรณ์ทางการแพทย์
สาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ - สาเหตุของการเกิดเสียง แสงที่เป็นสัญญาณแจ้งเตือนเมื่อมีความผิดปกติทารก	- มีความรู้สึกเย็นเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วย - ทารกเกิดก่อนกำหนดจะนอนอยู่ในตู้อบ - ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ต้องได้รับนมทางสายยาง - แสงไฟสีฟ้ามาจากเครื่องส่องไฟรักษา - แสงไฟมืดสลัวในบางจุดของหอผู้ป่วย

3. ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ (I-CVI) และเป็นรายด้านหลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเห็นตรงกันของผู้เชี่ยวชาญ (ACP) และค่าสัดส่วนผลรวม

คำตอบทุกคน พบว่าด้านลำดับการเข้าเยี่ยมบุตรและด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าเท่ากับ 1.00 และด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าน้อยที่สุด เท่ากับ .91 ส่วนค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับของรายด้าน (S-CVI/UA) พบว่าด้านลำดับการเข้าเยี่ยมบุตรและด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าเท่ากับ 1.00 และด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ .44 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปผลวิเคราะห์ค่า I-CVI, ACP ค่าสัดส่วนผลรวมและ S-CVI/UA เป็นรายด้านของเครื่องมือ

ประเด็นคำถามรายด้าน	I-CVI เฉลี่ย	ACP	สัดส่วนผลรวม	S-CVI/UA
ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมทารก	1.00	1.00	1.00	1.00
ด้านสภาพแวดล้อม	.98	.98	.98	.89
ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	1.00	1.00	1.00	1.00
ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	.91	.91	.91	.44

3.2 รายละเอียดการวิเคราะห์ค่า เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ (I-CVI) ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเห็นตรงกันของผู้เชี่ยวชาญ (ACP) และค่าสัดส่วนผลรวมคำตอบทุกคน เพื่อความเข้าใจในรายละเอียดให้มากขึ้น โดยการยกตัวอย่างด้านที่มีข้อเสนอแนะและผลของการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่แตกต่างกันมากที่สุด คือ ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับของด้านนี้ (S-CVI/UA) มีค่าเท่ากับ .44 น้อยที่สุด รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายละเอียดการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส

ลำดับข้อ	**คนที่ 1**	**คนที่ 2**	**คนที่ 3**	**คนที่ 4**	**คนที่ 5**	**จำนวนคนที่เห็นตรงกัน**	**ค่า I-CVI**
1	/	/	/	/	/	5	1.00
2	/	x	/	/	/	4	.80
3	/	x	/	/	/	4	.80
4	/	/	/	/	/	5	1.00
5	/	/	/	/	/	5	1.00
6	/	/	/	/	/	5	1.00
7	/	x	/	/	/	4	.80
8	/	x	/	/	/	4	.80
9	/	/	/	/	/	5	1.00
สัดส่วนความเห็นแต่ละคน	1.00	.56	1.00	1.00	1.00	1): ค่าเฉลี่ย I-CVI= (1.00+.80+.80+1.00+1.00+1.00+.80+.80+1.00)/9=.91 2): ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเห็น (ACP)= (1.00+.56+1.00+1.00+1.00)/5=.91 3): สัดส่วนผลรวมคำตอบทุคน=41/45 = .91 4): ค่า S-CVI/UA 4/9=.44	

หมายเหตุ เครื่องหมาย/คือผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงกัน และ X คือเห็นไม่ตรงกัน

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

3.3 การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยรวม (CVI) ของเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด มีค่าเท่ากับ .83 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าค่า CVI ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมบุตร เท่ากับ 1.00 ด้านสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ .89 ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ 1.00 และด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์เมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ .44 และเมื่อนำทุกข้อคำถามของแต่ละด้านมารวมกัน มีจำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 30 ข้อ จากทั้งหมด 36 ข้อ นำไปคำนวณหาค่า CVI ของเครื่องมือวัดชุดนี้ ได้เท่ากับ .83

4. ผลการทดสอบเครื่องมือ

ภายหลังเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ขั้นตอนสุดท้ายนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 คน มีอายุระหว่าง 21-36 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 80 และมีสถานภาพครอบครัวอยู่ร่วมกัน ผลการทดสอบ ประเด็นคำถามความรู้ของมารดามีความเข้าใจถูกต้องน้อยที่สุด คือ ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมทารกถูกต้อง ร้อยละ 73.33 และมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสถูกต้อง ร้อยละ 90.00 รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปผลการใช้เครื่องมือกับกลุ่มทดลอง (n=10)

ประเด็นคำถามรายด้าน	% ความถูกต้อง	การปรับปรุงแก้ไข
ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมทารก	73.33	- ตัดข้อคำถามบางประเด็นที่มีความหมายคลุมเครือทิ้ง - เพิ่มข้อคำถามเพื่อขยายความเข้าใจให้มีความชัดเจนมากขึ้น - จัดเรียงลำดับข้อคำถามจากความเข้าใจง่ายไปหายาก
ด้านสภาพแวดล้อม	85.00	- จัดเรียงความซับซ้อนจากความเข้าใจง่ายไปหายาก เช่น ความรู้กฎกติกา ข้อเท็จจริง ข้อควรระวัง และตามด้วยข้อปฏิบัติ เป็นต้น
ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	90.00	- ปรับลดและเพิ่มเนื้อหาในบางข้อให้มีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางที่เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น
ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	75.00	- ปรับลดข้อความให้สั้นกระชับและชัดเจนมากขึ้น - จัดเรียงความซับซ้อนจากความเข้าใจง่ายไปหายาก

ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่พิสูจน์ได้ คือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ซึ่งในครั้งนี้ใช้ค่าความสอดคล้องภายในด้วยการวิเคราะห์ค่า KR-20 จากข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม กำหนดให้มารดาที่มีความเข้าใจในการตอบ หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แล้วนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนด พบว่าได้ค่า KR-20 เท่ากับ .79 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง ทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ถูกสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการกำกับตนเอง ครอบคลุมการวัดความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ ลำดับการเข้าเยี่ยมบุตร สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การรับรู้ความรู้สึกตนเองเมื่อเข้าเยี่ยมทารก และสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส โดยการพิจารณา

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับรายละเอียดเนื้อหาของข้อคำถามจากเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาในการดูแลสุขภาพทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งก่อนและหลังจำหน่ายออกจากหน่วยดูแลทารกแรกเกิด[3,13-16] สำหรับประกอบการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ และเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนของการรับรู้และสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสเพื่อเตรียมความพร้อมในการลดความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เพราะเชื่อว่าการเตรียมตัวในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลทารกให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการที่มารดาได้รับรู้ความรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหลังคลอดล่วงหน้าเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลทารกเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น[26] และสอดคล้องกับการศึกษา หากผลการประเมินความรู้ของมารดามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับสูง จะส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น[6,14]

เครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีความน่าเชื่อถือ เนื้อหาควรเป็นไปตามกรอบแนวคิดการกำกับตนเอง[7] แนวคิดการให้ความรู้มารดาคลอดก่อนกำหนด[24,27] และได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ก่อนทำการตรวจคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ .83 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการสร้างเครื่องมือใหม่ที่ควรมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าที่มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เป็นเครื่องมือวิจัยได้[18,28] แต่เครื่องมือโดยทั่วไปในบางงานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 คน ค่า CVI ที่ยอมรับได้ มีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3-5 คน ค่า CVI เท่ากับ 1.00 จำนวน 6-9 คน ค่า CVI ควรมีค่าตั้งแต่ .83 ขึ้นไป และจำนวนมากกว่า 9 คน ค่า CVI ควรมีค่าตั้งแต่ .78 ขึ้นไป[29] ทั้งนี้ หากปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้วได้ค่า CVI ไม่เหมาะสมเป็นไปตามเกณฑ์ สามารถปรับลดจำนวนผู้เชี่ยวชาญได้ เช่น ลดจาก จำนวน 5 คน เหลือ 4 คน โดยการตัดบุคคลที่ 2 ออก และเมื่อวิเคราะห์ผลค่า CVI ใหม่ มีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดตามแนวคิดของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดดังกล่าว[18]

ผลการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/UA) ซึ่งเป็นการอธิบายสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าข้อคำถามนั้นมีความเกี่ยวข้องมากหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด (universal agreement) พิจารณาตารางที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส จากข้อคำถามเฉพาะด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีจำนวน 9 ข้อ มีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าเกี่ยวข้องกัน จำนวน 4 ข้อ คำนวณค่า S-CVI/UA ได้เท่ากับ .44 ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจคุณสมบัติเครื่องมือ หากพิจารณาทั้งฉบับรวมทุกด้าน มีจำนวน 36 ข้อ มีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าเกี่ยวข้องกัน จำนวน 30 ข้อ คำนวณค่า S-CVI/UA ได้เท่ากับ .83 ถือว่าผ่านเกณฑ์การตรวจคุณสมบัติเครื่องมือ และหากดำเนินการลดจำนวนผู้เชี่ยวชาญจาก 5 คน เหลือ 4 คน หรือ 3 คน เมื่อนำมาวิเคราะห์ผลหาค่า S-CVI/UA อีกครั้งจะได้ค่าเพิ่มสูงขึ้น แต่ถ้าเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 5 คนขึ้นไป ค่า S-CVI/UA จะมีแนวโน้มลดลง[30] ดังนั้น ในการพิจารณาจำนวนผู้เชี่ยวชาญสำหรับตรวจสอบคุณสมบัติเครื่องมือควรต้องคำนึงถึงทั้งค่า S-CVI/UA และความน่าเชื่อถือของความแตกต่างที่หลากหลายในความเชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ และในการคำนวณค่าเฉลี่ยสัดส่วน (average proportion) หรือที่เรียกว่าค่าดัชนี S-CVI/Ave คือ ค่าที่หาจาก 3 วิธี ได้แก่ ค่าเฉลี่ย I-CVI ค่า ACP และค่าสัดส่วนผลรวมคำตอบทุกคน ซึ่งทั้ง 3 ค่านี้ จะเท่ากันเสมอ และเมื่อพิจารณาตามตารางที่ 4 ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ .91 และค่า S-CVI/Ave ควรต้องมีค่าตั้ง .90 ขึ้นไป ประโยชน์เพื่อใช้พิจารณาคุณสมบัติแทนค่า S-CVI/UA กรณีที่วิเคราะห์ผลได้ต่ำกว่าเกณฑ์[31] เช่น ตามตารางที่ 3 ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้ค่า S-CVI/UA เท่ากับ .44 ซึ่งเป็นค่าที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติของเครื่องมือวัดการกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนด

ผลการทดสอบเครื่องมือโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือมารดาคลอดก่อนกำหนดจำนวน 10 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ตอบคำถามแตกต่างจากกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ซึ่งในแต่ละด้านมีความคลาดเคลื่อนแตกต่างกันไป มีความถูกต้องประมาณ ร้อยละ 73.33-90.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ประโยชน์ของ

ความคลาดเคลื่อนใช้ในการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามเป็นไปตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ให้มีความกระชับชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น[32] และข้อมูลที่ได้จากการทดสอบสามารถนำไปตรวจสอบคุณภาพหาโดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) เนื่องจากเป็นวิธีที่ลดข้อจำกัดของข้อคำถามที่มีลำดับความเข้าใจยากง่ายแตกต่างกัน ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .79 ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือใหม่ที่กำหนดไว้ว่า ควรมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป[33] ถือเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือวัดที่มีความเหมาะสมและผ่านเกณฑ์ตามกำหนดก่อนนำไปใช้งานจริง

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการศึกษา

1. การส่งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นจำนวน 2 ครั้ง ต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เป็นการใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ควรปรับวิธีการให้สั้นกระชับมากขึ้นเพื่อความสะดวกในการศึกษา

2. ข้อจำกัดในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ข้อคำถามต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 20 ข้อ และเป็นแบบเลือกตอบแบบถูกหรือผิดเท่านั้น

3. ควรใช้เครื่องมือวัดความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อศึกษามารดาที่มีความรู้และมีประสบการณ์เปรียบเทียบกับกลุ่มมารดาที่ขาดความรู้และขาดประสบการณ์ เช่น ระหว่างกลุ่มมารดาที่คลอดครั้งแรกกับคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป เป็นต้น

4. ควรปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ของมารดา เพื่อใช้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาคลอดก่อนกำหนดกับกลุ่มมารดาคลอดครบกำหนด

References

1. World Health Organization. Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn [Internet]. Geneva; 2019 [cited 2023 May 10]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

2.Ministry of Public Health. Service plan low birth weight rate [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 10]. Available from: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr/index?year=2022. (in Thai)

3.Kelly MM. Primary care issues for the healthy premature infant. J Pediatr Health Care 2006;20(5):293-9.

4. Unsiam P. Maternal participation in caring for critically ill newborns, phatthalung hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;40(1):61-74. (in Thai)

5.Varma JR, Nimbalkar SM, Patel D, Phatak AG. The level and sources of stress in mothers of infants admitted in neonatal intensive care unit. Indian Journal of Psychological Medicine 2019;41(4):338–42.

6.Karuna P. Stress and coping mechanisms of mothers separated from their sick babies during postpartum period in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal 2018;1(2):67-77. (in Thai)

7.Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. Research In Nursing & Health 1999;22(6):435-48.

8.Watthanasereewetch T, Chaiyawa W. The effect of providing concrete-objective information before the first visit to pediatric patients in intensive care unit on maternal anxiety.

JRTAN 2017;18(3):91-9. (in Thai)

9.Sittipa K, Baosoung C, Sansiriphun N. Anxiety, social support, and postpartum functional status among first-time mothers. Nursing J 2017;44(3):30-40. (in Thai)

10. Kongroad S, Chirit C. Effectiveness of an education program on knowledge, attitude and practice of pregnant women with premature labour. JHS 2020;29(6):1055-61. (in Thai)

11. Norasan A, Gumjudpai S, Chamnankit P. A development of a knowledge management model through the integration of self-efficacy and self-regulation concepts to develop instructional ability of teachers in Nawa College, Nakhon Phanom University. Nakhon Phanom University Journal. 2016;6(1):106-14. (in Thai)

12. Tanwattnasere P, Boonyalongkorn T, Tingsabhat S. Effects of physical education learning management using self-regulation learning achievement and emotional quotient of secondary school students. Academic Journal of Thailand National Sports University 2022;14(3):224-40. (in Thai)

13. Bunmachu D, Theunnadee SK. Effects of promotion program on perceived self-efficacy preterm caring behaviors of mothers and health status. Journal of Nursing and Health Care. 2015;33(4):150-8. (in Thai)

14. Chupinijrobkob P. Effects of supportive-educative nursing system program on knowledge and caring behaviors among mothersof premature infants. Thammasat University Hospital Journal Online. 2022;7(1):18-32. (in Thai)

15. Chetchotsak Y, Sitiwongsa P, Wongwi P. Effects of information giving on anxiety, knowledge and practice among mothers of infants with retinopathy of prematurity. Srinagarind Med J 2013;28(2):155-62. (in Thai)

16. Aldirawi A, El-Khateeb A, Mustafa AA, Abuzerr S. Mothers' knowledge of health caring for premature infants after discharge from neonatal intensive care units in the gaza strip, palestine. Open Journal of Pediatrics 2019;9:239-52.

17. Wattananonsakul S. Validation of the measurement model of academic self-regulation Learning strategies among university students. JBSD 2017;23(2):43-60. (in Thai)

18. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Development of an instrument for measuring health problem levels of school-aged children who have access to online media in the Thailand 4.0: MHP-SaC. Journal of Nursing Science & Health 2022;45(1):99-111. (in Thai)

19. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 3rd ed. Newbury Park: Sage Publications. 2012.

20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams &Wilkins. 2012.

21. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

22. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. Journal of Nursing and Health Sciences 2017;11(2):105-11. (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

23. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 4th ed. Bangkok: U & I intermedia; 2007. (in Thai)

24. Miles MS, Carter MC, Riddl J, Hennessey J, Eberly TW. The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. Maternal Child Nursing Journal 1989;18(3):199-206.

25. Vanichbuncha K. Using SPSS for windows to analyze data. 27th ed. Banngkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)

26. Zavala QOM. Effect of nursing interventions for stress management. Hospice & Palliative Medicine International Journal 2018;2(2):99-105.

27. Somboon S, Rungamornrat S, Sangperm P. Factors associated with coping difficulty of mothers in transition period from neonatal intensive care unit to home. JFONUBUU 2019;27(4):32-41. (in Thai)

28. Yusoff MSB. ABC of content validation and content validity index calculation. Educ Med J 2019;11(2):49-54. doi:10.21315/eimj2019.11.2.6.

29. Yusoff MSB. A systematic review on validity evidence of medical student stressor questionnaire. Educ Med J 2017;9(1):1–16. doi.org/10.21315/eimj2017.9.1.1.

30. 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;29:489-97.

31. Waltz C, Strickland O, Lenz E. Measurement in nursing and health research. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2005.

32. Semho O, Wonginchan A. The development of maternal perceived self-efficacy in promoting preterm infant development assessment tool. Journal of Nursing Science & Health 2023; 46(3):14-26. (in Thai)

33. Hair JF, Hult GTM, Ringer CM. Primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). California, CA: Sage Publications; 2014.

FACULTY OF NURSING
KHON KAEN UNIVERSITY

ผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง*

ปรียาภรณ์ ศรีมะเริง พย.บ.** จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลต่อความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในช่วงเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 32 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แชทบอทเป็นแอปพลิเคชันสนทนาอัตโนมัติ ชื่อว่า“Feel My Feeling” 2) เว็บไซต์ https://www.lonelinessthesis.com/ เกี่ยวกับบทเรียนและกิจกรรมโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว 3) แบบประเมินความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวสามารถนำไปใช้ในการให้กิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งตามพัฒนาการตามวัยของผู้ป่วย รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล เพื่อให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคอื่น ๆ

คำสำคัญ: โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล

วันที่รับบทความ 27 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 13 มกราคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 13 มกราคม 2567

***งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจาก ทุนสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ทางการพยาบาล จากเงินกองทุนวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

****นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล jurtan@kku.ac.th**

Effects of a program to reduce loneliness via digital health platform on loneliness among adolescents with cancer*

Priyaporn Srimarueng B.N.S.* Juraporn Tangpukdee Ph.D.**

Abstract

This study aimed to determine the effects of programs to reduce loneliness via digital health platforms among adolescents with cancer. The samples consisted of all genders of adolescents aged 10-19 years old, who had been diagnosed with cancer outpatient, and treated at an outpatient department of a tertiary hospital. The study was selected by using a purposive sampling method, including 32 adolescents from April to June 2023. The research instrument is a program to reduce loneliness via a chatbot application (Feel My Feeling), a website (https://www.Lonelinessthesis.com/), and loneliness questionnaire in adolescents with cancer. Data were analyzed using descriptive statistics, The Parametric test is a Paired t-test.

The results showed that the loneliness score before receiving the program with after receiving the program statistically significant difference ($p<.05$). The study results recommended that nurses should use programs to reduce loneliness and promote nursing interventions for reducing loneliness in adolescents with cancer. And development. In addition, this program development guideline could be applied to create a digital health platform for nursing interventions of adolescents with other health problems.

keywords: program to reduce loneliness; adolescents with cancer; digital health platform

Received 27 August 2023 Revised 13 January 2024 Accepted 13 January 2023

*This research was funded by the Faculty of Nursing Khon Kean University

**A student to the master degree program in nursing science (pediatric nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kean University, Corresponding author, E-mail: jurtan@kku.ac.th

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเกิดขึ้นได้ในคนทุกวัย โดยการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมในเซลล์เติบโต เป็นก้อนหรือเนื้องอกลุกลามส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายและเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา สำหรับโรคมะเร็งในวัยเด็กส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด[1] สถิติในประเทศไทยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเด็ก คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง ตามลำดับ[2] กระบวนการรักษาโรคมะเร็งในเด็กปัจจุบัน ประกอบด้วย ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด รังสีรักษา การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การรักษาทางอิมมูโนวิทยาหรือสารชีวภาพ และการรักษาแบบมุ่งเป้า[3] ซึ่งวิธีที่นิยมนำมาใช้รักษาโรคมะเร็งในเด็ก ได้แก่ ยาเคมีบำบัด[2-3] เนื่องจากในเด็กมะเร็งจะพัฒนามาจาก เซลล์ตัวอ่อน (embryonal cell) เซลล์พาเรงคิมา (parenchymal cell) เซลล์ต้นกำเนิดจากไขกระดูก (bone marrow cell) อวัยวะส่วนใหญ่ในร่างกายของเด็กอยู่ในช่วงที่กำลังมีการเจริญเติบโต จึงมีเซลล์ที่อยู่ในระหว่างการแบ่งตัวมากกว่าในวัยผู้ใหญ่[4] และเซลล์ที่อยู่ในระยะการแบ่งตัวจะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูง[2,4] อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่องนำไปสู่ผลข้างเคียงจากการรักษาได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย[5]

ผลกระทบของการเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาโรคมะเร็งต่อร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา รูปร่างผอม ผิวคล้ำ ผมร่วง[3] ด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ไม่มั่นคง กังวล[3,6-7] รู้สึกอายที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง[3,7] กลัวเพื่อนไม่ยอมรับ กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน[8-9] รู้สึกขาดปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ในการอยู่ร่วมกับเพื่อน สูญเสียสูญเสียมิตรภาพระหว่างเพื่อน เพราะขาดเรียนบ่อย[9] รู้สึกเบื่อและเหงา เมื่อเข้ารับการรักษา[6-7] ความก้าวหน้าในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง ทำให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งมากขึ้น เกิดความโดดเดี่ยวหลังการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แสดงให้เห็นว่าความโดดเดี่ยวเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง การทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ช่วงหลังการรักษาในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดความโดดเดี่ยว โดยผู้ป่วยมักกล่าวว่าความโดดเดี่ยวเป็นสาเหตุสำคัญของความทุกข์[10] ซึ่งในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยของการค้นหาตัวเอง ชอบอยู่กับเพื่อนที่มีลักษณะเหมือนกัน หรือชอบอะไรที่เหมือน ๆ กัน เพื่อสร้างอัตลักษณ์และบุคลิกภาพผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ประสบการณ์และข้อมูลใหม่ ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น[11] การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงให้ความสนใจกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบที่ตามมามากขึ้น โดยเฉพาะด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม และความโดดเดี่ยว

ความโดดเดี่ยว คือ ความรู้สึกของการขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ครอบครัว รู้สึกไม่พึงพอใจมีความสัมพันธ์ที่ไม่ตรงตามความต้องการของตนเอง[12] หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับความโดดเดี่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายจะกระตุ้นกลไกทางระบบประสาทและพฤติกรรมส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ สำหรับระบบประสาท ส่งผลต่อระบบความคิด ความจำลดลง สมาธิสั้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนลดลง ทำให้ร่างกายหยุดชะงักและชีวิตแย่ลงเรื่อย ๆ และมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือคิดฆ่าตัวตายได้[13]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการความโดดเดี่ยวโดยมาซี่ (Masi)[14] ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะทางสังคม 2) เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม 3) การเพิ่มโอกาสในการติดต่อทางสังคม และ 4) การจัดการกับความรู้ความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม สอนการเผชิญ การปรับตัว การเผชิญความโดดเดี่ยวเป็นแนวทางการให้กิจกรรมเพื่อลดความโดดเดี่ยวสามารถช่วยลดความโดดเดี่ยวได้ มีการกระตุ้นเสริมแรงบวกเป็นของรางวัลในเกม มีประโยชน์สนุกสนานและยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น และรู้สึกผูกพันกับผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวลดลง[15] การสร้างสภาพแวดล้อมเสมือนจริงบนโลกออนไลน์ออกแบบให้

โปรแกรมติดต่อกับเด็กป่วย ให้เด็กสามารถเล่นเกม เรียนรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของตัวเอง หรือให้มีการพูดคุย สามารถลดความรู้สึกเหงา ความโดดเดี่ยว และช่วยให้เด็กป่วยถูกแยกออกจากสังคมน้อยลง[16]

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษายังไม่เพียงพอเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการจัดการความโดดเดี่ยว[14] มาพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล โดยเน้นการให้กิจกรรมทางออนไลน์มากขึ้นเพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยเด็ก[15] ส่งเสริมการทำกิจกรรมความเป็นอยู่ที่ดี สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความหมายของวัยรุ่น ผ่านการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน รวมถึงในปัจจุบันรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนมาอยู่ในแพลตฟอร์มดิจิทัล (digital health) มากขึ้น ซึ่งเป็นการยกระดับการให้บริการทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมตามการรับรู้และพัฒนาการตามวัยของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งและสอดคล้องกับสถานการณ์ในยุคปัจจุบัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมลดความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งตามแนวคิดการจัดกิจกรรมลดความโดดเดี่ยว[14] การจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ เพิ่มทักษะทางสังคม และเพิ่มทักษะด้านอารมณ์[17] แนวทางของการจัดกิจกรรม เพื่อลดความโดดเดี่ยว 4 ด้าน โดยมาซี่ (Masi)[14] ประกอบด้วย

1) การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยให้เกิดการสนทนาหรือการสื่อสารกับผู้อื่น เพื่อให้รู้สึกใกล้ชิด กล้าพูดคุย ทำความรู้จักกับบุคคลอื่น[8] ผู้วิจัยพัฒนาช่องทางการสื่อสารโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท ออบแบบให้แชทบอทเป็นเพื่อนใหม่สนทนากับผู้ป่วย ทำให้รู้สึกเหมือนมีเพื่อนพูดคุย สามารถตอบกลับเป็น ข้อความ รูปภาพ วีดีโอ หรือลิงก์เชื่อมไปโปรแกรมอื่นได้

2) เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม[8] เพิ่มการรับรู้ทักษะทางสังคมและทักษะด้านอารมณ์[17] ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยมีบทเรียนเกี่ยวกับวิธีสร้างสัมพันธภาพที่ดี บทเรียนแนะนำกิจกรรมลดความโดดเดี่ยวโดยการทำกิจกรรมเพื่อสัมพันธภาพที่ดีและรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งกับครอบครัวคนรอบข้าง วางแผนทำกิจกรรมในกิจกรรมท้ายบทเรียน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งกับเพื่อนและครอบครัว รู้สึกได้รับการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากคนรอบข้าง เมื่อทำกิจกรรมสำเร็จนำมาสะสมคะแนนในต้นไม้กิจกรรม

3) การเพิ่มโอกาสในการติดต่อกับผู้อื่น โดยสร้างช่องทางสำหรับติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น เสริมสร้างสัมพันธภาพ ออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับปรุงและพัฒนาปฏิสัมพันธ์ทางสังคม[8] จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยมี บทเรียนสอนเกี่ยวกับอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น บทเรียนเรื่องแนะนำกิจกรรมคลายความโดดเดี่ยว บทเรียนเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อออกไปทำกิจกรรม จากนั้นทำกิจกรรมท้ายบทเรียนในแต่ละบท เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง สามารถบันทึกรูปหน้าจอไดอารีในโปรแกรมโพสต์ในออนไลน์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการติดต่อกับเพื่อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการผู้ป่วย

4) การจัดการกับความรู้ความเข้าใจทางสังคมที่ไม่เหมาะสม มุ่งเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความโดดเดี่ยวและการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาด้านจิตใจโดยผู้เชี่ยวชาญ[8] ผู้วิจัยจัดทำบทเรียนสอนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและความโดดเดี่ยว ความเข้าใจการเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเจ็บป่วย เช่น ผมร่วง ผิวคล้ำ รูปร่างผอม รวมถึงวิธีจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจในการจัดการอาการและการดูแลตนเองทำให้มีความพร้อมในการออกไปพบเพื่อนหรือมีปฏิสัมพันธ์

กับผู้อื่น สามารถวางแผนเป้าหมายในชีวิตกับการเผชิญอาการเจ็บป่วยเรียนรู้ที่จะอยู่กับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมตามพัฒนาการตามวัยของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงทั้งจากการเจ็บป่วยและสถานการณ์ในยุคปัจจุบันได้ด้วยตนเองตามการรับรู้และพัฒนาการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

สมมุติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวมีความแตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำ (one group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นทุกเพศ มีอายุตั้งแต่ 10 ปี ไม่เกิน 19 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งคัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยทุกเพศ มีอายุตั้งแต่ 10 ปี ไม่เกิน 19 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด อย่างน้อย 6 เดือน 2) อยู่ระหว่างการรักษาหรือติดตามการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม 3) รู้สึกตัวดี ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ ไม่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงไม่มีภาวะช็อกหรือมีไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุ่นแรงต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของการรักษาแบบประคับประคอง 4) สามารถอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้เข้าใจ 5) มีโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้งานโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ทั้งอยู่ในระบบ android หรือระบบ ios โดยผ่านแอปพลิเคชันไลน์แชทบอทได้ และ 6) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมและในกลุ่มที่บรรลุนิติภาวะแล้ว ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีแนวโน้มเกิดผลกระทบด้านจิตใจ โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เกณฑ์การยุติการให้กิจกรรม (withdrawal criteria) ได้แก่ 1) ขณะที่เข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของโรคเปลี่ยนแปลงระหว่างอยู่ในโปรแกรม 2) ขณะที่เข้าร่วมการวิจัย มีแนวโน้มเกิดผลกระทบด้านจิตใจ รู้สึกแย่ลงโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้ม ที่จะเป็นโรคซึมเศร้า 3) ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนครบเวลา 4 สัปดาห์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณกรณีเป็นตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม สำหรับการหาค่าเฉลี่ยสองค่าเปรียบเทียบกัน ตัวแปรไม่เป็นอิสระต่อกัน เป็นการทดสอบทางเดียว (one tailed) โดยการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง[18] กำหนดค่า Z_{α}=1.65 ค่าความคาดเคลื่อน Z_{β}=0.84 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามและผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยในครั้งนี้[19] มีความแปรปรวนของตัวแปรตาม เท่ากับ 11.61 และผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม เท่ากับ 5.48 ได้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่าง 28 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมวิจัย ได้เท่ากับ 34 คน แต่เนื่องจากมีการสูญหายระหว่างทำการวิจัย 2 คน โดยใช้งานโปรแกรมลดความโดดเดี่ยวไม่ต่อเนื่องจนครบ 4 สัปดาห์ และไม่ตอบกลับแบบประเมิน (post-test) อยู่ในเกณฑ์การยุติการให้กิจกรรม ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ผลการวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวน 32 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าจำนวนที่คำนวนได้จริงตามสูตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แชทบอท ชื่อ “Feel My Feeling” ผู้วิจัยพัฒนาผ่านทางโปรแกรมบอทน้อยแชทบอท โดยเตรียมเนื้อหา เขียนแนวทางในการสร้างสื่อ (storyboard) ตัดต่อวีดีโอ จัดทำทั้งหมด 6 เมนู ได้แก่ 1) เมนูสนทนากับแชทบอท ออกแบบบทสนทนาให้สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งแบบข้อความ รูปภาพ วีดีโอ หรือลิงก์เชื่อมไปโปรมแกรมอื่น 2) เมนูเข้าโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ซึ่งเมนูลิงก์ไปที่หน้าเว็บไซต์โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว หน้าจอแสดงให้ผู้ป่วยกรอกรหัสผ่าน 3 ตัวที่ได้รับจากผู้วิจัย จากนั้นกดลงชื่อเข้าใช้เพื่อเข้าในเว็บไซต์โปรแกรม 3) เมนูวิธีใช้งานโปรแกรม 4) เมนูแนะนำกิจกรรม 5) เมนูติดต่อสอบถาม และ 6) เมนูแบบประเมินความโดดเดี่ยว 2) เว็บไซต์โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว ใช้แนวคิดเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับความรู้ความเข้าใจทางสังคมที่ไม่เหมาะสม[14] ผู้วิจัยออกแบบเนื้อหาบทเรียน กิจกรรมในโปรแกรม กำหนดแนวทางในการสร้างสื่อมัลติมีเดีย (storyboard) ตัดต่อวีดีโอบทเรียน วีดีโอแนะนำโปรแกรม เลือกใช้รูปภาพการ์ตูน เลือกตัวอักษรคล้ายกับลายมือ เลือกใช้สีหลากหลายในโทนสีพาสเทล พัฒนาเป็นเมนูในเว็บไซต์ 6 แถบรายการ ได้แก่ 1) แนะนำโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว 2) บทเรียน 3) กิจกรรมท้ายบทเรียน 4) เขียนสมุดบันทึก (diary) 5) สะสมคะแนนการทำกิจกรรม และ 6) ติดต่อสอบถาม ชื่อเว็บไซต์ คือ https://www.lonelinessthesis.com/

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา 3) แบบประเมินความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง จำนวน 50 ข้อ ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน 12 ข้อ ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว 12 ข้อ ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ 10 ข้อ และด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว 16 ข้อ โดยผู้ป่วยอ่านและตอบแบบสอบถาม (self-report) ตามการรับรู้ของตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (index of item objective congruence: IOC) แบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน พยาบาลชำนาญการ 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิกเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตัดข้อที่มีค่าต่ำกว่า 0.50 ซึ่งมีทั้งหมด 2 ข้อ รวมถึงผู้วิจัยแก้ไขส่วนอื่น ๆ เพิ่มข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ[20] แบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา เท่ากับ 0.9 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.9 โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์แชทบอทและเว็บไซต์ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทุกหัวข้อการประเมินอยู่ที่ระดับ

มากซึ่งเป็นระดับสูงสุด และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เกี่ยวกับการตอบกลับของแชทบอท การเพิ่มรูปภาพในโปรแกรม ผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมก่อนนำเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ขอเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอม อาสาสมัครที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมร่วมกับผู้ปกครอง

สัปดาห์ที่ 1 วันแรกผู้วิจัยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทำแบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งก่อนได้รับโปรแกรม ใช้เวลา 25-50 นาที ผู้วิจัยแนะนำและสาธิตวิธีการใช้โปรแกรมลดความโดดเดี่ยว โดยให้ผู้ป่วยสแกนคิวอาร์โค้ดเพิ่มเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยแนะนำทั้ง 6 เมนู ให้ทดลองใช้งาน จากนั้นสอนเข้าโปรแกรมในเว็บไซต์ กรอกรหัสผ่าน 3 หลัก ที่ได้รับจากผู้วิจัย ผู้วิจัยแนะนำแต่ละเมนูและสอนวิธีทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยทดลองใช้งาน เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยมอบการ์ดรหัสผ่านเข้าเว็บไซต์และวันที่เข้าใช้งานครบ 4 สัปดาห์ให้กับผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 1-4 ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเข้าใช้งานโปรแกรมต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ในการเข้าแต่ละครั้งสามารถเลือกทำกิจกรรมตามความสนใจได้ เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใช้งานโปรแกรม ผู้วิจัยทำหน้าที่แอดมินดูแลระบบจะส่งแจ้งเตือนทางแชทบอทเป็นอินโฟกราฟิกรูปหุ่นยนต์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใช้งาน ส่งแจ้งเตือน 2 ครั้งต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ทำแบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง หลังได้รับโปรแกรม โดยส่งให้ทางแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท เมื่อตอบแบบประเมินเสร็จ ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุด การวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือตลอดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยปิดรหัสการเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ shapiro-wilk test ผลการวิเคราะห์ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สถิติ paired t-test[21] โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรอง HE651547 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามหนังสือที่ อว. 660301.5.1.3.2/918 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองรับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองมีอิสระ ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 15.06 ปี (SD=2.41) มีอายุต่ำสุด 11 ปี และอายุสูงสุด 19 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.1) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.9) ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 2 (ร้อยละ 34.4) ระดับชั้นที่กำลังศึกษาในปัจจุบันอยู่ชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 65.6) ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท 1-2 คน (ร้อยละ 43.8) และติดต่อสื่อสารกับเพื่อนทางไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 100)

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ร้อยละ 34.4) รองลงมา คือ มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 28.1) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ร้อยละ 21.9) ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย 1 ปี-2 ปี (ร้อยละ 40.6) รองลงมา น้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 3 ปี มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 21.9) การรักษาที่ได้รับ ได้แก่ ยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ ฉายแสง/รังสีรักษา และผ่าตัด มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 31.3) อาการผิดปกติใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 42.9) อาการที่พบรองลงมา ได้แก่ เหนื่อยล้า (ร้อยละ 31.3) และความปวด (ร้อยละ 21.9) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	11	34.4
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	7	21.9
มะเร็งต่อมไร้ท่อ	1	3.1
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ	9	28.1
มะเร็งเซลล์สืบพันธุ์	4	12.5
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	7	21.9
1- 2 ปี	13	40.6
2 ปีขึ้นไป - 3 ปี	5	15.6
มากกว่า 3 ปี	7	21.9
3. การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยาเคมีบำบัด	32	100.0
ฉายแสง/รังสีรักษา	10	31.3
ผ่าตัด	10	31.3
4. จำนวนครั้งที่หนูมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (รวมการนอนรักษาและมาตรวจตามนัด)		
จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ	10	31.3
≤2 ครั้ง	5	15.5
3-5 ครั้ง	2	6.3
6-10 ครั้ง	3	9.4
มากกว่า 10 ครั้ง	12	37.5

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ท่านมีอาการผิดปกติใดบ้าง (ตอบได้มากว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีอาการผิดปกติ	21	65.6
อาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย ท้องผูก	6	18.8
ไข้	2	6.3
ซีด	3	9.4
ปวด	7	21.9
เหนื่อยล้า	10	31.3

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว ผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=32)

ความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง	$\bar{X}$	SD	t	P - value
ก่อนการทดลอง	121.94	15.74	12.06	< .001*
หลังการทดลอง	100.75	16.94		

*p<0.05

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้าน ของการประเมินความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) 2) ด้านการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value=.011) 3) ด้านความ ไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) 4) ด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการประเมินความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (n=32)

ความโดดเดี่ยวรายด้านของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง	$\bar{X}$	SD	t	P-value
1. ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน				
ก่อนการทดลอง	29.06	6.53	4.55	<.001*
หลังการทดลอง	24.41	4.79		
2. ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว				
ก่อนการทดลอง	29.84	4.54	2.70	.011*
หลังการทดลอง	27.66	5.68		
3. ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์				
ก่อนการทดลอง	24.22	4.35	4.15	<.001*
หลังการทดลอง	20.00	5.68		
4. ด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว				
ก่อนการทดลอง	38.81	6.57	6.42	<.001*
หลังการทดลอง	29.72	7.82		

*=p<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการประเมินความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) 2) ด้านการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value=.011) 3) ด้านความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) 4) ด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) อธิบายได้ว่า

โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีการจัดรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมให้ความรู้เรื่องวิธีการรับมือและการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว ตามแนวคิดการให้กิจกรรมเพื่อลดความโดดเดี่ยว [14] ซึ่งในช่วงนี้เป็นวัยของการเรียนรู้บทบาทของตนเองในสังคม ค้นหาคุณค่าของตนเองพัฒนากระบวนการสร้างอัตลักษณ์จากประสบการณ์ ความเชื่อ ความทรงจำและความสัมพันธ์ หากไม่มีกลุ่มเพื่อน ไม่ชอบเข้าสังคม ซึ่งอาจจะมาจากความรู้สึกด้อยต่าง ๆ จะทำให้ยากที่จะค้นหาอัตลักษณ์ของตนเอง เกิดความสับสนในบทบาท รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ[11] เนื้อหาในบทเรียนจึงครอบคลุมตั้งแต่การเข้าใจธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น อารมณ์ความ

โดดเดี่ยว วิธีจัดการความโดดเดี่ยว การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บทเรียนมีเนื้อหากระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ความหมายชัดเจน ผ่านการใช้สื่อการ์ตูน รูปภาพอินโฟกราฟิก 6 บท และวีดีโอ 3 บท จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการเพิ่มรับรู้ เพิ่มทักษะทางสังคม เพิ่มทักษะด้านอารมณ์ ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อภาพลักษณ์ และวางแผนกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์[17] โดยเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมท้ายบท ทั้ง 7 กิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การบันทึกความรู้สึก การวางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มุมมองต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา และการให้กำลังใจผู้อื่น รวมถึงกิจกรรมการเขียนสมุดบันทึก (diary) บันทึกเรื่องราวความรู้สึก และมีการกระตุ้นเสริมแรงบวกเป็นของรางวัลในโปรแกรม[15] เพื่อให้เด็กรู้จักวางแผนทำกิจกรรมเมื่ออยู่คนเดียว หรือออกไปทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น เพื่อนำมาสะสมคะแนนการทำกิจกรรมในแต่ละวันบนต้นไม้กิจกรรมของตนเอง เมื่อทำกิจกรรมครบตามจำนวนที่กำหนดผู้วิจัยให้ใบประกาศแสดงความชื่นชมยินดี นอกจากนี้ เมนูการสนทนาในแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมบนโลกออนไลน์เพื่อให้ติดต่อกับผู้อื่น[16] แชทบอทสามารถเป็นเพื่อนพูดคุยในการสนทนาทั่วไป การให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็ง รวมทั้งการให้กำลังใจผู้ป่วย โดยมีรูปแบบการตอบกลับทั้งแบบข้อความ รูปภาพ และการ์ตูน

กิจกรรมในโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าใจความหมาย ปัจจัยที่ทำให้เกิดความโดดเดี่ยวในแต่ละด้าน เข้าใจการเผชิญกับอาการเจ็บป่วย การจัดการกับความโดดเดี่ยวตามการรับรู้พัฒนาการตามวัยของวัยรุ่น ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ที่มีอยู่รอบข้าง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเผชิญกับความโดดเดี่ยวจึงสามารถจัดการและปรับตัวต่อความโดดเดี่ยวได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Battles และคณะ[16] พัฒนาโปรแกรมสนทนาบนโลกออนไลน์ โดยให้เรียนรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของตัวเอง ให้มีการพูดคุยกับเด็กป่วยเรื้อรังคนอื่น ๆ ทำให้ความโดดเดี่ยวลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim และคณะ[19] พัฒนาโปรแกรมการเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นของวัยรุ่น ในรูปแบบแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ทำให้ความโดดเดี่ยวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้ตระหนักถึงแนวคิดและการจัดการความโดดเดี่ยว เพื่อส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง และแนวทางการพัฒนาการให้กิจกรรมการพยาบาลผ่านทางออนไลน์

2. ด้านการบริการทางสาธารณสุข โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวสามารถนำไปใช้ในห้องตรวจกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง หากพยาบาลประเมินและไม่มีข้อจำกัดในการใช้โปรแกรม และมีผู้รับผิดชอบทำหน้าที่แอดมินดูแลระบบ พยาบาลสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยการประเมินความโดดเดี่ยว และการลดความโดดเดี่ยว สอนวิธีใช้งานและให้ผู้ป่วยกลับไปใช้งานต่อที่บ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่นอนรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการใช้โปรแกรมนี้สำหรับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความโดดเดี่ยว

References

1. World Health Organization. Cure all framework: WHO global initiative for childhood cancer: Increasing access, advancing quality saving lives [Internet]. Geneva: WHO;2019 [cited 2022 Aug 25]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370

2. Anurathapan U. Children's cancer is dangerous but it can be cured if you recognize it early and treat it early [Internet]. Bangkok: Rama channel; 2020 [cited 2022 Sep 21]. Available from: https://kku.world/h7615 (in Thai)

3. Niyomkar S. Basic knowledge and nursing care for pediatric with cancer. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2021. (in Thai)

4. Vasudevan V, Cheung MC, Yang R, Zhuge Y, Fischer AC, Koniaris LG, et al. Pediatric solid tumors and second malignancies: Characteristics and survival outcomes. J Surg Res 2010;160:184-9.

5. American Cancer Society. The American cancer society medical and editorial content team. Treating children with cancer childhood cancer treatment [Internet]. Atlanta (GA): The Society; 2019 [cited 2022 Aug 21]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/cancer-inchildren/how-are-childhood-cancers-treated.html

6. Attharos T, Chaiyaratana C. Experiences of school-age children with cancer receiving chemotherapy. Journal of Nursing Science & Health 2017;40(4):12-8. (in Thai)

7. Samphan R, Treenai S. Experiences of returning to school during chemotherapy of adolescents with cancer. Nursing Journal CMU 2022;40(4):330-4. (in Thai)

8. Winterling J, Jervaeus A, Af Sandeberg M, Johansson E, Wettergren L. Perceptions of school among childhood cancer survivors: A comparison with peers. J Pediatr Oncol Nurs 2015;32(4):201-8.

9. Chien CH, Chang YY, Huang XY. The lived experiences of adolescents with cancer: A phenomenological study. Clin Nurs Res 2020;29(4):217–25.

10. Deckx L, Van den akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. Eur J Oncol Nurs 2014;18(5):466-77.

11. Kendra C. Identity vs. Role confusion in psychosocial development [Internet]. New York: Verywell;2022 [cited 2023 Nov 17]. Available from: https://www.verywellmind.com /identity-versus-confusion-2795735

12. Perlman D, Peplau LA. Loneliness. Encyclopedia of mental health 1998;2:571-81.

13. Department of Mental Health. Decode loneliness! When Thai society is full of people feeling lonely [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020 [cited 2022 Sep 21]. Available from: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29723 (in Thai)

14. Masi CM, Chen HY, Hawkley LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. Pers Soc Psychol Rev 2011;15(3):219-66.

15. Canter KS, Christofferson J, Scialla MA, Kazak AE. Technology-focused family interventions in pediatric chronic illness: A systematic review. J Clin Psychol Med Settings 2019;26(1):68-87.

16. Battles, Haven B, Lori S. Wiener. STARBRIGHT world: Effects of an electronic network on the social environment of children with life-threatening illnesses. Children's Health Care 2015;31(1):47-68.

17. Hickin N, Kall A, Shafran R, Sutcliffe S, Manzotti G, Langan D. The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2021;88:102066.

18. Chirawatkul A. Statistics for health science. 4th ed. Bangkok: Wittayaphat;2016. (in Thai)

19. Lim MH, Rodebaugh TL, Eres R, Long KM, Penn DL, Gleeson JFM. A pilot digital intervention targeting loneliness in youth mental health. Front Psychiatry 2019;10:604.

20. Ongiem A, Vichitvejpaisa p. Validation of the tests. Thai J Anesthesiol 2018;44(1):36-42. (in Thai)

21. Johnson RB, Christensen L. Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches, 7th ed. California: SAGE Publications; 2020.

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

ผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

เชษฐาภรณ์ จันทร์เลิศฤทธิ์ พย.บ.*
วาสนา รวยสูงเนิน ปร.ด.** มะลิวรรณ ศิลารัตน์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบประยุกต์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นกรอบแนวคิด โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จำนวน 20 ราย เป็นสัดส่วนเท่ากันกับจำนวนพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการส่งเสริมความยึดมั่นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0, 0.97 และ 1.0 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการสังเกตการณ์ปฏิบัติ เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติก่อนและหลังการส่งเสริมความยึดมั่น โดยใช้สถิติ McNemar's test

ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความยึดมั่นทำให้พยาบาลมีความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น 9 ข้อจาก 14 ข้อ เป็นผลจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาล คะแนนระดับความยึดมั่นโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางคลินิกภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงและปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.0143$ และ $p<.0253$ ตามลำดับ)

ในขณะเดียวกัน สำหรับประสิทธิภาพการทำงานของไต พบว่าค่าเฉลี่ยครีเอตินินในเลือด สัดส่วนการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงและสัดส่วนการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.0001$, $p<.0082$ และ $p<.0455$ ตามลำดับ) จากผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่า การส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถลดการเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อได้ โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่มี ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

คำสำคัญ: ความยึดมั่นของพยาบาล ช็อกจากการติดเชื้อ ไตบาดเจ็บเฉียบพลัน แนวปฏิบัติการพยาบาล

วันที่รับบทความ 31 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 ตุลาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 31 ตุลาคม 2566

***นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**
****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล waskir@kku.ac.th**
*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

Effects of promoting nurses' adherence to nursing practice guideline to prevent acute kidney injury in septic shock patients

Chetthaporn Chanlertrit B.N.S.*
Wasana Ruaisungnoen Ph.D.** Maliwan Silarat Ph.D.***

Abstract

The purpose of this applied action research was to study the effect of promoting nurses' adherence to the use of nursing practice guideline to prevent acute kidney injury in patients with septic shock. The theory of change was employed as a conceptual framework for this study. The study participants were 20 registered nurses working in medical intensive care units 1 and 2 at Khon Kaen Hospital; and 20 patients diagnosed with septic shock, who were admitted at Khon Kaen Hospital between August and November 2022, which was an equal proportion to number of nurses participating in the study.

The research instruments consisted of the nurse's adherence to the use of nursing practice guideline assessment form, clinical outcomes of acute kidney injury in patients with septic shock evaluation form, and the nurse satisfaction on nursing practice guideline adherence promotion questionnaire. These instruments yielded the content validity index of 1.0, 0.97, and 1.0, respectively. The interrater reliability between the researcher and the research assistants was 0.90. The comparison between guideline adherence scores before and after adherence promotion was analyzed using McNemar's test.

The findings of this study showed that the intervention improved nurses' adherence to 9 out of a total of 14 nursing practice guideline items. This could be the outcome of the theory of change application that altered nurses' behavior regarding adherence to recommendations. After the intervention, the overall nurse adherence score significantly improved ($p<.001$). In addition, number of patients with improved mean arterial pressure and urine output were significantly ($p <.0143$ and $p<.0253$, respectively) increased, demonstrating the better clinical outcomes of acute kidney injury.

Regarding renal function, the mean serum creatinine, the proportion of hyperkalemia, and the proportion of acidosis significantly decreased ($p<.0001$, $p<.0082$, and $p<.0455$, respectively). According to the study's findings, it can be concluded that promoting nurses' adherence to nursing practice guideline can reduce acute kidney injury in patients with septic shock, by modifying the nurses' behavior according to the guideline. This contributed to improve outcomes in patients with septic shock, particularly the absence of acute kidney injury.

keywords: nurses' adherence; septic shock; acute kidney injury; nursing practice guideline

Received 31 July 2023 Revised 28 October 2023 Accepted 31 October 2023

*A student of the Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kean University
**Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kean University, Corresponding author,
E-mail: waskir@kku.ac.th
***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kean University

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

บทนำ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงตอบ สนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome: SIRS) ระบบไหลเวียนเลือดสูญเสียหน้าที่ ปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจลดลงทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงระดับความดันโลหิตลดต่ำผิดปกติ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และไตทำงานล้มเหลว[1] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (acute kidney injury: AKI) สูงถึงร้อยละ 65[2] ซึ่งภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากไตสูญเสียหน้าที่ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง เกิดการควบคุมของกรดด่างและเกลือแร่ในร่างกาย ไม่สมดุล มีภาวะน้ำเกินและของเสียคั่งในร่างกาย เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ส่งผลให้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต[3] โดยจะพบการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ตั้งแต่ช่วงแรกที่ร่างกายเกิดการติดเชื้อรุนแรงร่วมกับมีภาวะช็อกภายใน 48-72 ชั่วโมง หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ภายในเวลา 7-90 วัน จะส่งผลกระทบให้การทำงานของไตลดลงแบบเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลันเข้าสู่ระยะ acute kidney disease[4]

จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน จำนวน 2,268, 2,758, 3,073 และ 3,340 รายตามลำดับ และพบว่าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 มีผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันอยู่ที่ ร้อยละ 36.29, 40.5, 41.01 และ 43.02 ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 27.3, 30.1, 31.7 และ 39.20 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ทั้งแบบ hemodialysis และ continuous renal replacement therapy (CRRT) คิดเป็นร้อยละ 3.2, 3.3, 3.8 และ 4.9 ตามลำดับ อัตราการครองเตียงเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 96.2, 96.71, 98.2 และ 98.81 ตามลำดับ[5] ส่งผลให้ระยะการนอนรักษา ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนานขึ้น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล[6] ได้แก่ จำนวนวันนอน อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลและอัตราการตายเพิ่มขึ้นในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จึงได้มีการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อก จากการติดเชื้อตามมาตรฐานการพยาบาล ในปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน โดยมีรูปแบบการทำงานเป็นระบบพี่เลี้ยง คือ การจัดอัตรากำลังของพยาบาลที่มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี ทำงานควบคู่กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ในแต่ละช่วงเวลาเพื่อให้คำปรึกษา และฝึกทักษะให้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดอัตรากำลังคนที่ไม่เพียงพอ ประกอบกับ พยาบาลที่มีการปฏิบัติหน้าที่แตกต่างกัน ทำให้ตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ปี พ.ศ. 2565 ของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งส่งผลต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันยังคงมีปริมาณผู้ป่วยไม่ลดลง โดยพบจำนวน 243 ราย ในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 51.4 ทำให้อัตราการครองเตียงและการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 38.3 รวมไปถึงยังพบอีกว่า โดยสาเหตุร่วมจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันนั้น เกิดจากการมีภาวะแทรกซ้อนแล้วอยู่ในช่วงระยะเวลา 7 วัน หลังเกิดภาวะช็อก[7]

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์พยาบาล 7 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าพยาบาลทุกคนรับทราบว่ามีแนวปฏิบัติฯ ในการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน แต่การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการพยาบาลยังไม่ครบถ้วนในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่ใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงฯ ในผู้ป่วยบางราย เนื่องจากมีความเห็นว่าไม่จำเป็นต้องทำ เพราะซ้ำซ้อนกับการซักประวัติจากแพทย์ 2) ไม่ติดตามประเมินความรุนแรงของการเกิด

ไตบาดเจ็บเฉียบพลันจากระดับ BUN creatinine ในเลือดและปริมาณปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก เพราะเข้าใจว่าเป็นบทบาทของแพทย์ 3) การขาดความสม่ำเสมอ ในการใช้แบบประเมินการบาดเจ็บรุนแรง NEWS ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วย เนื่องจากการมีภาระค่อนข้างมาก 4) ขาดความสม่ำเสมอในการติดตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน, uremia, hyperkalemia, hypokalemia, acidosis และขาดการบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจาก คิดว่าให้ประโยชน์ไม่แตกต่างจากการบันทึกทุก 8 ชั่วโมง และ 5) ขาดการติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 7 วัน เนื่องจากคิดว่ามีความยุ่งยาก ประเมินแต่ละเวรทุก 8 ชั่วโมง ก็เพียงพอแล้ว จากผลการสัมภาษณ์ พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี มีความยึดมั่นในแนวทางปฏิบัติไม่ครบทุกข้อ เนื่องจากคิดว่าเป็นข้อปฏิบัติที่ไม่สำคัญในการลดอุบัติการณ์การเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ทำให้ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี มีความยึดมั่นในแนวทางปฏิบัติไม่ครบทุกข้อเช่นเดียวกัน เนื่องจากขาดการติดตามการใช้แนวปฏิบัติจากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่ารวมทั้งไม่รู้เหตุผลของการใช้ปฏิบัติการพยาบาลฯ และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้ไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลไม่เป็นตามมาตรฐานการพยาบาล และทำให้ผลลัพธ์ในด้านตัวชี้วัดการพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้ ได้มีการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin[8] ทั้ง 3 ระยะ มาใช้ในการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยมีสมมติฐานว่า การเพิ่มความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน และช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

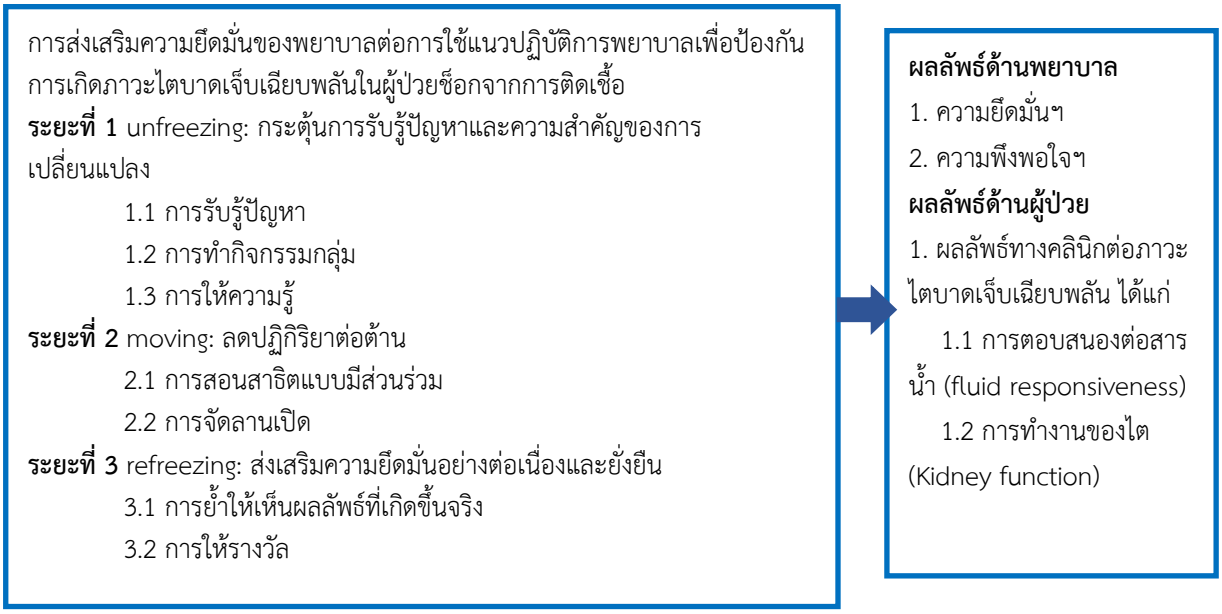
เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาล ต่อความยึดมั่นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน และผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อหลังการส่งเสริมความยึดมั่น

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและอยู่ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ซึ่งยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin[8] เป็นกรอบแนวคิด แบ่งกลยุทธ์ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง โดยอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรให้เกิดพลังเชิงบวกและขับเคลื่อนไปทิศทางเดียวกัน อาศัยกลยุทธ์ต่างๆใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 unfreezing เป็นระยะของการวางแผน กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงต่อการปฏิบัติ โดยเป็นการแสดงให้เห็นถึงปัญหา สร้างความตระหนักให้เห็นถึงความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 moving เป็นระยะส่งเสริมให้เกิดการยึดมั่นต่อวิธีการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยการลดปฏิกิริยาต่อต้าน ส่งเสริมแรงกระตุ้น และระยะที่ 3 refreezing เป็นการส่งเสริมให้เกิดความยึดมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยทำให้ความยึดมั่นต่อการปฏิบัติปลูกฝัง ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัยตามวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Lewin (applied action research)[9] เพื่อศึกษาการส่งเสริมความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพอาสาสมัครและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคือ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี ผ่านการอบรมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตของโรงพยาบาลขอนแก่น หรืออบรม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีทั้งหมด จำนวน 20 คน ยินดีเข้าร่วมการศึกษาทุกคน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ไม่รวมหัวหน้าตึก

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ตามเกณฑ์วินิจฉัย 2022-10-CM R65.21 และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยสมัครใจ มีเกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่าง คือ มีระยะเวลาวันนอนรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 น้อยกว่า 7 วัน เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่รักษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใช้สัดส่วนเดียวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาล คือ จำนวน 20 คน ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าดังระบุเบื้องต้น ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเข้าสู่การวิจัยด้วยติดประกาศเชิญชวนในหอผู้ป่วยและเชื้อเชิญหลังการรับ-ส่งเวรในแต่ละวัน โดยอธิบายรายละเอียดวิจัยและแจ้งสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และเชิญเข้าร่วมการวิจัย

โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย และการเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดูแลที่ได้รับ อาสาสมัครทั้งกลุ่มพยาบาลและผู้ป่วยหรือญาติลงนามให้ความยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้เครื่องมือดัดแปลงจากแบบประเมินความสม่ำเสมอในการปฏิบัติการพยาบาล ของอรทัย สืบกินร[10] จากการศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โดยดัดแปลงข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ โดยเริ่มใช้แบบประเมินความยึดมั่นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าได้รับการรักษาพยาบาลและประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานวิจัยในขั้นปฏิบัติระยะที่ 2 ของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง โดยลงบันทึกเครื่องหมาย √ หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และลงบันทึกเครื่องหมาย X หมายถึง ไม่ปฏิบัติการพยาบาล ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 fluid responsiveness การประเมินการตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย จะประกอบด้วย 1) การประเมินค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP โดยบันทึก maintain ค่าเฉลี่ยแรงดันในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม. ปรอท ภายใน 6 ชั่วโมง และ 2) ปริมาณปัสสาวะ (urine output) ในแต่ละชั่วโมงของผู้ป่วย โดยประเมินปริมาณปัสสาวะตามเกณฑ์ 0.5 มล./กก./ชม. เพื่อประเมินการทำงานของไตและเพื่อประเมินการตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกายที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมง และติดตามบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อเป็นการพยุงให้เพิ่มการทำงานของไต

ด้านที่ 2 kidney function โดยบันทึกการติดตามการทำงานของไต จากเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยใช้ KDIGO criteria บันทึกติดตามการทำงานของไตจากการเฝ้าระวังการทำงานของไตภายใน 72 ชั่วโมง หรือ 3 วัน และในวันที่ 4-7 ประเมินการทำงานของไตต่อ เนื่องจากปริมาณปัสสาวะ (urine output) และอาการแสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นการติดตามการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้เครื่องมือดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการสารน้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากการศึกษาของอัมพร ระวังดี[11] มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ตัวเลือกเป็นคำตอบแบบระดับ (rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาและปรับปรุง ทั้ง 2 ชุด ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) โดยชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ 1.0 ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ได้ค่าเท่ากับ 0.97 ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ 1.0 จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในชุดที่ 1 ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการ

พยาบาล และส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ การวิจัยครั้งนี้ จำเป็นต้องใช้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ในการสังเกตการปฏิบัติแบบไม่มีส่วนร่วมเพื่อสามารถสังเกตการปฏิบัติได้ครบตลอดระยะเวลาการผลัดเปลี่ยนเวรของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตการณ์ (interrater reliability: IRR) ในพยาบาลและผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 5 ราย โดยได้ค่า IRR เท่ากับ 0.90 และ 0.90 ตามลำดับ เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นภายใน ทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0. 92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ตามทฤษฎีของ Lewin ดังนี้

ระยะที่ 1 unfreezing เป็นระยะให้เกิดการกระตุ้นการรับรู้ปัญหาและความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ สัปดาห์ที่ 2 การวางแผนในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง สัปดาห์ที่ 3 การสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลง และสัปดาห์ที่ 4 การสังเกตการณ์และประเมินความยึดมั่น

ระยะที่ 2 moving เป็นระยะลงสู่การปฏิบัติ เกิดการขับเคลื่อนเพื่อลดปฏิกิริยาต่อต้านและส่งเสริมแรงทางด้านบวก โดยผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ 3 ครั้ง ซึ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสาธิตแบบมีส่วนร่วม การสาธิตย้อนกลับ ทบทวนหลัง และสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาการดำเนินตามขั้นการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์

ระยะที่ 3 refreezing เป็นระยะส่งเสริมความยึดมั่นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเน้นย้ำให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง การให้รางวัล ซึ่งเป็นขั้นตอนสรุปผลของการดำเนินการวิจัย โดยการประชุมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสะท้อนการใช้แนวปฏิบัติจากการประเมินผลความยึดมั่น ความพึงพอใจของพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้ระยะเวลาการดำเนินตามขั้นการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652104 และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEMOU65022 และก่อนดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ได้รับชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการวิจัย การเก็บความลับและสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในการบอกเลิกการวิจัยจนเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วม โดยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่น การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. เปรียบเทียบความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย ผลการทำงานของไต (BUN และ creatinine) และการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ระหว่างระยะก่อนส่งเสริมความยึดมั่น (unfreezing) และหลังส่งเสริมความยึดมั่น (refreezing) โดยใช้สถิติ McNemar test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

(ร้อยละ 80) ส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี (อายุเฉลี่ย 27.5 ปี) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 3-5 ปี (ร้อยละ 70) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน (ร้อยละ 100) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 55) อายุตั้งแต่ 50–79 ปี (อายุเฉลี่ย 65 ปี)

2. ผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จากการเปรียบเทียบความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ระยะ unfreezing และระยะ refreezing โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-16 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing

ความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	ระยะ unfreezing (n=20)		ระยะ refreezing (n=20)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย	2	10.00	18	90.00	<0.001*
2. ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันตาม KDIGO criteria โดยประเมินจาก ระดับ Cr. ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 72 ชั่วโมง หรือ จนกว่าแพทย์พิจารณาว่าไม่มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน	2	10.00	17	85.00	<0.001*
3. ใช้แบบประเมิน NEWS score เพื่อประเมินตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และประเมินต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีคะแนนมากกว่า 5 ให้รายงานแพทย์	11	55.00	18	90.00	0.0196*
4. ประเมินปริมาณสารน้ำในร่างกายโดยประเมิน CVP ก่อนและหลังให้สารน้ำ Keep 8-12 mmHg. หรือ PPV pulse pressure variation (PPV) ไม่ควรเกินที่ 13% (ค่า PPV ประเมินในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและไม่มีภาวะ cardiac arrhythmia เช่น AF)	3	15.00	19	95.00	<0.001*
5. บันทึกสัญญาณชีพก่อนและหลังได้รับสารน้ำ ทุก 15 นาที ต่อเนื่องจนครบ 6 ชั่วโมง Keep MAP≥75 mmHg (ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม HT ให้ Keep MAP≥80-85 mmHg)	17	85.00	18	90.00	0.6547
6. กรณีผู้ป่วยได้รับยา vasopressor หรือ inotrope บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ถึง ทุก 30 นาที จนกว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง	15	75.00	20	100.00	0.0253*
7. รายงาน serum lactate level ทุก 6 ชั่วโมง Keep ≤4 mmol/L หรือมีระดับค่าลดลงจากเดิม เพื่อประเมิน Tissue perfusion	15	75.00	19	95.00	0.1025

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing (ต่อ)

ความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	ระยะ unfreezing (n=20)		ระยะ refreezing (n=20)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
8. บันทึก intake output ทุก 1 ชั่วโมงติดต่อกันใน 6 ชั่วโมงแรกที่มีภาวะ septic shock keep urine output≥0.5 มล./กก./ชม	2	10.00	18	90.00	<0.001*
9. ติดตามสัญญาณชีพ Keep BT. 36.5-37.4 C ทุก 4 ชั่วโมงหลังจากหมดภาวะ septic shock (หากยังมีไข้แสดงถึงร่างกายมีภาวะ Sepsis สามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลันได้)	19	95.00	20	100.00	0.3173
10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum Na, K^+, CO_2 Cl., BUN, Cr.	19	95.00	20	100.00	0.3173
11. รายงานระดับ GFR ให้อยู่ระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min/1.73 m_2	2	10.00	18	90.00	<0.001*
12. Record urine output ทุก 4 ชั่วโมงต่อเนื่องหลังจากครบ 6 ชั่วโมง ติดต่อกัน 7 วัน เพื่อติดตามการทำงานของไต (Keep 0.5 มล./กก./ชม.)	0	0.00	17	85.00	<0.001*
13. ประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน, Sign Uremia, Hyperkalemia, Hypokalemia, Hypernatremia, Hyponatremia, Acidosis	13	65.00	20	100.00	0.0082*
14. รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ภาวะไตสูญเสียหน้าที่และเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน, Sign Uremia, Hyperkalemia, Hypokalemia, Hypernatremia, Hyponatremia และ Acidosis	17	85.00	20	100.00	0.0833
รวม	137	48.92	262	93.57	<0.001*

*p-value<.05

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย และส่วนที่ 2 การทำงานของไต และผลวิเคราะห์การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย ได้แก่ 1) ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท ก่อนและหลังการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ก่อนการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มีจำนวนผู้ป่วย 14 ราย จากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ70) และหลังการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท เพิ่มขึ้นเป็น 20 รายจากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 100) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0253) 2) ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะ (urine output) มากกว่า 0.5 มล./กก./ชม.

ก่อนและหลังการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าก่อนการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มีจำนวนผู้ป่วย 15 ราย จากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ75) และหลังการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะมากกว่ามล./กก./ชม. เพิ่มขึ้นเป็น 20 รายจากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 100) พบว่า มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=0.0253) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการทำงานของไต ประเมินจากระดับค่า BUN และ creatinine ที่เปลี่ยนแปลง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า BUN ในวันแรก และวันที่ 3 ของการส่งเสริมความยึดมั่นฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p=1.000) สำหรับจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า creatinine ในวันแรก และวันที่ 3 ของการส่งเสริมความยึดมั่นฯ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing

การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย	ระยะ unfreezing		ระยะ refreezing		p-value
	ตอบสนอง	ไม่ตอบสนอง	ตอบสนอง	ไม่ตอบสนอง	
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	
1. จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยแรงดันในหลอดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม. ปรอท	14	6	20	0	0.0143*
2. จำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะตามเกณฑ์ 0.5 มล./กก./ชม.	15	5	20	0	0.0253*

*p-value<.05

4. การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ในระยะ unfreezing และระยะ refreezing ของการส่งเสริมความยึดมั่นฯ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในระยะ unfreezing และระยะ refreezing มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0143*) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันใน ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing

การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน	ระยะ unfreezing (n=20)		ระยะ refreezing (n=20)		p-value
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด	
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	
การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน	6	14	0	20	0.0143*

*p-value<.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคต่างๆ ในแต่ละระยะตามทฤษฎี มีการเปลี่ยนแปลงความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อมีผลทั้งแตกต่างกันและไม่แตกต่างกัน ซึ่งอภิปรายได้ว่าการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทำให้พยาบาลมีการติดตามเฝ้าระวังอาการของภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อการรายงานแพทย์ที่ทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Porter และคณะ[12] ที่ใช้ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อมีผู้ป่วยเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ซึ่งในระบบการแจ้งเตือนนี้จะส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและทันท่วงทียิ่งขึ้น

การส่งเสริมความยึดมั่นฯ เป็นกลยุทธ์ที่เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัศมี สาที[13] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านฝาง พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน แสดงถึงระดับความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ถึงร้อยละ 95.33 ในการศึกษาเชิงคุณภาพ โดย Valiee และคณะ[14] ที่ศึกษาอุปสรรคและความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ส่งผลให้เกิดเป็นมาตรฐานการพยาบาลจะต้องมีความยึดมั่นและมีความต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะสามารถป้องกันผลลัพธ์การดูแลในเชิงลบสำหรับผู้ป่วยได้

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อดีขึ้น สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น มีการตอบสนองต่อสารน้ำที่เพียงพอ (fluid responsiveness) โดยจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยแรงดันในหลอดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท และจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะตามเกณฑ์ 0.5 มล./กก./ชม. ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาและวันที่ 3 ของการรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Vijayan และคณะ[15] ใน clinical use of the urine biomarker for acute kidney injury risk assessment เป็นการประเมินสารน้ำ เพื่อติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 72 ชั่วโมงหรือ 3 วัน และติดต่อกันเป็นระยะเวลา 7 วันขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินการทำงานของไตจากค่า mean arterial pressure, MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท และระดับปริมาณปัสสาวะ มากกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่แสดงถึงผู้ป่วยมีการไหลเวียนเลือดหรือมีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพียงพอ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันได้

สำหรับในด้านการทำงานของไตพบว่าการทำงานของไตดีขึ้น โดยดูจากผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับค่า BUN และ creatinine ที่ปกติ ในวันแรกที่เข้ารับการรักษา และวันที่ 3 ของการรักษา มีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัศมี สาที[13] ที่พบระดับ creatinine ลดลงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงการทำงานของไตดีขึ้นและการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในวันแรกที่เข้ารับการรักษา และวันที่ 3 ของการรักษามีจำนวนผู้ป่วยทีเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันลดลง นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย สืบกินร[10] ที่พบว่าผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้สัดส่วนการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทั้ง 2 การศึกษาใช้เกณฑ์ KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury 2012 ในการเฝ้าระวังและประเมินการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันเช่นเดียวกับการศึกษานี้ ในการศึกษานี้ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin[8] ทำให้ความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้ แนวปฏิบัติของพยาบาลฯ และเกิดความพึงพอใจนำมาสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ โดยในการศึกษานี้ ได้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลฯ ได้แก่

ปัจจัยในแต่ละบุคคล ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกัน รวมไปถึงในเรื่องของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ความตระหนักถึงความ สำคัญต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันไตบาดเจ็บเฉียบพลันฯ ปัจจัยในด้านขององค์กรและปัจจัยในด้านบรรยากาศสภาพแวดล้อมความพร้อมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนรวมให้เกิดการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ซึ่งความสอดคล้องกับการศึกษาของกุหลาบ ศรีโฮมจันทร์ และคณะ[16] ที่ทำการศึกษาปัจจัยเชิงเหตุผลของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมในการพัฒนาแปลงแปลงในงาน ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานส่งผลให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ดังนั้น การส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลฯเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและถาวรในองค์กรต้องมีการเสริมสร้างสัมพันธภาพ สร้างแรงจูงใจ เสริมพลังอำนาจ จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากร เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งทำให้เกิดความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

สรุปได้ว่า ในการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin ส่งผลให้เกิดความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เพิ่มขึ้นและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันลดลงและมีผลทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกการทำงานของไตดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยมุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ การทดสอบผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเป็นเพียงการทดสอบผลเบื้องต้น (feasibility test) เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน ว่าความยึดมั่นของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการป้องกันไตบาดเจ็บ ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของความยึดมั่นของพยาบาลต่ออุบัติการณ์ไตบาดเจ็บเฉียบพลันต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการนำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องในการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาล ดังนั้น หน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยหนักควรให้ความสนใจในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในหน่วยงานผู้ป่วยหนักให้มีความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและเสริมสร้างความสามารถในการนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางในการส่งเสริมความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอื่นๆ

2. หอผู้ป่วยหนักหรือหน่วยบริการควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตาม การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและการเฝ้าระวังผลกระทบจากการภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย

3. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เพื่อให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความยึดมั่นต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยการอบรมความรู้ ทักษะการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน และสร้างสัมพันธภาพในองค์กร

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย บุคลากรประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

Reference

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). Journal of the American Medical Association 2016;315(8):3227-337.

2. Yende S, Austin S, Rhodes A, Finfer S, Opal S, Thompson T, et al. Long-term quality of life among survivors of severe sepsis: Analyses of two international trials. Crit Care Med 2016; 44(8):1461-7.

3. Bellomo R, Kellum JA, Ronco C. Acute kidney injury. Lancet 2012;380(9843):756-66. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61454-2. Epub 2012 May 21. PMID: 22617274.

4. Neyra JA, Li X, Canepa-Escaro F, Adams-Huet B, Toto RD, Yee J, et al. Cumulative fluid balance and mortality in septic patients with or without acute kidney injury and chronic kidney disease. Crit Care Med 2016;44(10):1891-900.

5. Khonkaen Hospital data and statistics of acute kidney injury in 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 6]. Available from: https://www.kkh.go.th/nurse_category/data-static/

6. Nie S, Feng Z, Xia L, Bai J, Xiao F, Liu J, et al. Risk factors of prognosis after acute kidney injury in hospitalized patients. Frontiers of Medicine 2017;11(3):393-402.

7. KhonKaen Hospital data and statistics of patients admitted in the medical intensive care unit 1 and 2 years 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 6]. Available from: https://www. kkh.go.th/ nurse_category/data-static/

8. Lewin K. Resolving social conflicts and field theory in social science. Resolving social conflicts and field theory in social science; 2004.

9. Williamson K, Johanson G. Chapter 8-action research: Theory and practice.” In research methods: Information, systems, and contexts, 209–24. Cambridge, MA: Elsevier, Chandos Publishing, an imprint of Elsevier [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 6]. Available from: https://doi.org/10.1016/B978 -0-08-102220-7.00008-X

10. Suebkinorn O, Methakanjanasak N. Effects of clinical nursing practice guideline to prevent acute kidney injury among critically ill trauma patients in Khon Kaen hospital. Journal of Nursing and Health Care 2019;37(2):208-17. (in Thai)

11 . Rawangdee A, Methakanjanasak N. Effects of fluid management clinical nursing practice guideline (CNPG) on selected outcomes in patients with sepsis at emergency department, Chum Phae Hospital. Journal of Nursing and Health Care 2020;38(1):32-41. (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

12 . Porter CJ, Juurlink I, Bisset LH, Bavakunji R, Mehta RL, Devonald MA. A real-time electronic alert to improve detection of acute kidney injury in a large teaching hospital. Nephrology Dialysis Transplantation 2014;29(10):1888-93.

13. Satee A. The development of clinical nursing practice guideline in patients with acute kidney injury at inpatient services Ban Fang hospital. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office 2021;3(2):177-91. (in Thai)

14. Valiee S, Salehnejad G. Barriers to and facilitators of nurses' adherence to clinical practice guidelines: A qualitative study. Creative Nursing 2020;26(1):1-7.

15. Vijayan A, Faubel S, Askenazi DJ, Cerda J, Fissell WH, Heung M, et al. Clinical use of the urine biomarker [TIMP-2]×[IGFBP7] for acute kidney injury risk assessment. American Journal of Kidney Diseases 2016;68(1):19-28.

16. Srihomjun K, Jitpanya C, Oumtanee A. Antecedent variables of organizational commitment of professional nurses: A meta–analysis. RTNNMDjournal 2018;45(2):216-34. (in Thai)

FACULTY OF NURSING
KHON KAEN UNIVERSITY
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

สุคิด วงเวียน พย.บ.* อัญสุรีย์ ศิริโสภณ วท.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลไทรงาม และพักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 383 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และ 5) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้แรงสนับสนุนจากสื่อ การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 23 ($p<0.01$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนควรนำแนวคิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปพัฒนาเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้ โดยการพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในระดับชุมชนและท้องถิ่น ให้มีการสนับสนุนการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงพฤติกรรมป้องกันโรค สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคหลอดเลือดสมอง

วันที่รับบทความ 10 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2566

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร**

****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก**

ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล ansuree@bcnsprnw.ac.th

Factors predicting stroke prevention behaviors of hypertensive patients in Saingam District, Kamphaeng Phet Province

Sukhid Wongwian B.N.S.* Ansuree Sirisophon M.Sc.**

Abstract

The purposes of this research were to investigate stroke prevention behaviors and study factors predicting stroke prevention behavior of hypertensive patients im Saingam District, Kamphaeng Phet Province. The sample included 383 hypertension patients aged 35 and over who were registered for treatment at Sai Ngam Hospital and lived in the Sai Ngam district of Kamphaeng Phet province. Stratified random sampling was used to recruit the sample. A questionnaire was used as the research tool which comprised five sections: 1) demographic data, 2) stroke knowledge, 3) stroke perception based on the health belief model, 4) perceived social support, and 5) stroke prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The findings revealed that 1) the majority of hypertension patients had a high degree of stroke knowledge, and 2) stroke perception was based on the health belief model at moderate. They had a low level of perceived social support, while stroke prevention behavior was moderate level. Factors predicting hypertensive patients' stroke prevention behaviors included stroke knowledge, perceived barriers to prevention behavior, perceived media social support, perceived family social support, and neighbors' social support. The factors accounted for 23.9% of the variance of stroke prevention behaviors ($p<0.01$).

Recommendations from this research suggested that health promotion agencies should integrate perceived social support and health belief model to develop programs or activities for families or neighbors in community to support education and create awareness of disease prevention behaviors for hypertensive patients and the general public.

keywords: hypertensive patient; prevention behavior; stroke

Received 10 October 2023 Revised 18 December 2023 Accepted 27 December 2023

*Registered nurse, Saingam Hospital, Kamphaeng Phet Province

**Lecturer, Baromarajonani College of Nursing Sawanpacharak Nakornsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok, Corresponding author, E-mail ansuree@bcnsprnw.ac.th

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติโดยรวม ซึ่งโรคนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดความพิการเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตหรือมีอันตรายถึงชีวิตได้ โดยที่องค์การอัมพาตโลก (world stroke organization: WSO) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.6 ล้านคน และยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากโรคมะเร็ง[1]

สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่มีการตายอันดับต้น ๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 47.8, 47.1, 53.0 และ 52.8 นอกจากนี้ ยังปรากฏอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทย อายุระหว่าง 30-69 ปีต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 44.60, 44.30,4 8.90, 49.20 ตามลำดับ ในขณะที่ เขตสุขภาพที่ 3 พบอัตราอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 58.40, 58.30, 66.90 และ 64.50 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงเช่นกัน โดยเฉพาะจังหวัดกำแพงเพชร ที่พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อายุระหว่าง 30-69 ปีต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 44.60, 44.30, 48.90, 49.20 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญในการสูญเสียทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอันดับต้นด้วย[2]

สภาพปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียชีวิตและเกิดความพิการ สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการที่หัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย เป็นสาเหตุให้หลอดเลือดสมองแตก หากว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า และความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าด้วย[3]

อนึ่ง จังหวัดกำแพงเพชรมีผู้ป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 1,245.32, 1,204.34 และ 1,238.46 ตามลำดับซึ่งเป็นอัตราที่สูง ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีในจังหวัดกำแพงเพชรระหว่าง ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 63.26, 64.92 และ 61.40 ตามลำดับ ส่วนอำเภอไทรงามมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2562-2564 ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 1,245.32, 1,204.34 และ 1,238.46 ตามลำดับ และยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ76.45, 74.75 และ 65.75 ถือว่าเป็นจำนวนที่มีแนวโน้มลดลง[4] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้ม โอกาส และความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนที่อาจเพิ่มขึ้นได้

ดังที่กล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัจจัยที่สามารถจะช่วยลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเอง การรับรู้ในความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการตัดสินใจสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และยังเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุม ดูแลและรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ ให้สอดคล้องสภาพปัญหาที่แท้จริงให้เกิดผลอย่างเป็น

รูปธรรมแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกัน ลดโอกาสและความเสี่ยงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

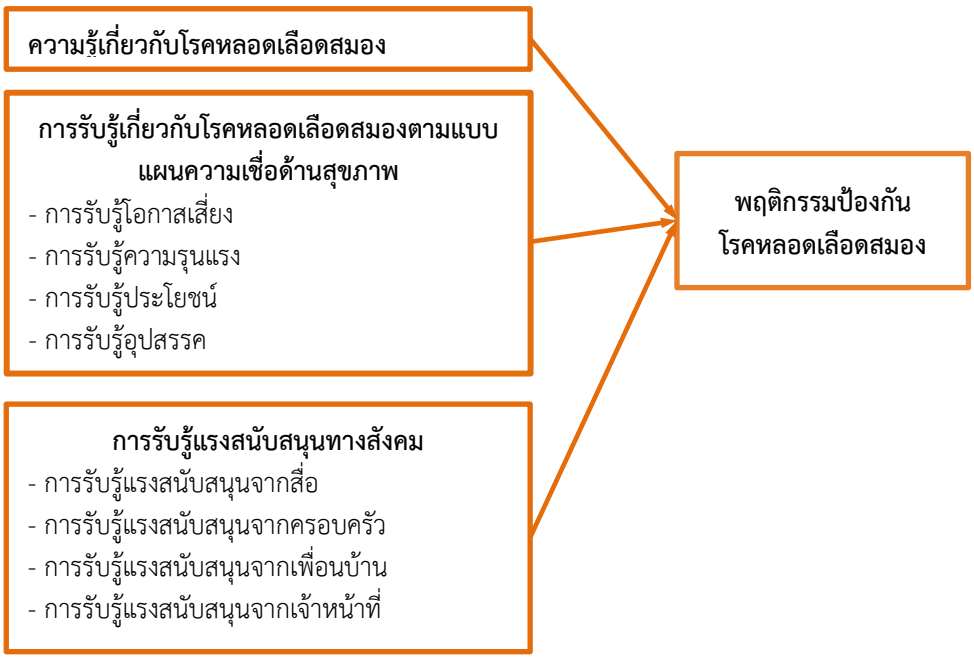
กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (health belief model) จากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง[5-6] กล่าวถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลเพื่อแสวงหาการรักษาโรค กล่าวได้ว่าก่อนที่บุคคลใดจะยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองนั้น จะต้องรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (susceptibility) รับรู้ในความรุนแรงของโรค (severity) รับรู้ประโยชน์ และผลที่จะเกิดตามมามีผลดีมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพ (benefits) โดยปราศจากอุปสรรค ผลข้างเคียง หรือความยุ่งยากใด ๆ (barriers) โดยมีปัจจัยร่วมอื่นร่วมด้วย (factors) เช่น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา หรือปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งสิ่งกระตุ้นในที่นี้ หมายถึง การรับรู้สภาวะร่างกาย และผลรวมของการแสดงออกเมื่อได้รับคำแนะนำ

ในขณะที่การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (perceived social support) สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง[7] โดยการใช้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยผ่านทางการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลให้ถูกต้องและเหมาะสม สู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดีได้

จากดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพร่วมกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ดังแสดงใน รูปภาพที่ 1

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงบรรยาย (cross-sectional descriptive) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาไว้กับโรงพยาบาลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 6,124 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณแบบสัดส่วนที่ ทราบจำนวน ประชากร[8] เท่ากับ 383 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (stratified random sampling) ด้วยการแบ่งจำนวน ประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอไทรงาม ทั้ง 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลไทรงาม ตำบลหนองคล้า ตำบลหนองทอง ตำบลหนองไม้กอง ตำบลมหาชัย ตำบลพานทอง และตำบลหนองแม่แตง แล้วนำมาคำนวณ สัดส่วนของ ประชากรในแต่ละหมู่บ้านเทียบกับประชากรทั้งหมด และใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล รวม 383 คน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) กำหนดให้ 1.1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลไทรงาม และพักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับประเมินระดับความดันโลหิต พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (systolic blood pressure: SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค (diastolic blood pressure: DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 1.2) เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1.3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร ภาษาไทยได้ดีและไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 1.4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

2. เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) กำหนดให้ 2.1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2.2) เป็นผู้ที่มีความต้องการยกเลิกระหว่างเข้าร่วมดำเนินการวิจัย และ 2.3) เป็นผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด (close ended form) แบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติโรคหลอดเลือดสมองของคนในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์จากวาสนา เหมือนมี[9] ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (multiple choice) แบบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 12 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 3 ระดับ คือ 0-4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย 5-8 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ 9-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์ จากวาสนา เหมือนมี[9] ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 1.00-1.50 รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์จาก ปรารถนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย[10] ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 1.00-1.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 1.00-1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อพิจารณาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (item-objective congruence: IOC index) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าเท่ากับ 0.97

2. การวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูล (try-out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อพิจารณาค่าดัชนีความยากง่าย (index of difficult) ของแบบสอบถามในตอนที่ 2 ได้ค่าเท่ากับ 0.870 และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach’s alpha coefficient) ของแบบสอบถามในตอนที่ 3, 4 และ 5 ได้ค่าเท่ากับ 0.810, 0.804 และ 0.812 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อขออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร พร้อมจัดทำแบบสอบถาม จำนวน 383 ฉบับ และดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมกับตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา พบว่ามีความสมบูรณ์ทั้ง 383 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและการทดสอบการแจกแจงข้อมูลตัวแปรการวิจัยด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) ค่าความเบ้ (Sk) และค่าความโด่ง (Ku) ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 26

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 26

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 35 03 65 ลงวันที่ 14 กันยายน 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและเก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและการคุ้มครองสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับในการยินดีตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.10) มีอายุระหว่าง52-29 ปี (ร้อยละ 52.50) สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.00) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 61.10) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001-6,800 บาท (ร้อยละ 57.40) โดยครอบครัวหรือญาติสายตรงส่วนใหญ่ ไม่พบว่าเคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 94.78) รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.99) มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยคำตอบถูก เท่ากับ 10.54 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน (ร้อยละ 87.73)

2. ผลการวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัวแปร รวมจำนวนตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 14 ตัวแปร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยทั้งหมดในระดับน้อยถึงมากที่สุดอยู่ระหว่าง 1.92-4.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.25-0.78 ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายอยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.11-24.80 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดนี้ มีความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การกระจายต่ำเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย

เมื่อพิจารณาค่ากำลังสองของความเบ้อยู่ระหว่าง 0.01-5.85 และค่ากำลังสองของความโด่งอยู่ระหว่าง 0.01-3.45 ซึ่งมีค่ากำลังสองของความโด่ง มีค่าน้อยกว่า 6.00^{11} แสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงใกล้เคียงกับโค้งปกติ (normality) ดังนั้น จึงสามารถนำตัวแปรการทั้งหมดนี้ มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลของตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรการวิจัย	$\bar{X}$	SD	ระดับ	C.V. (%)	Sk	Ku
การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.71	0.45	มาก	12.08%	0.53	3.45
การรับรู้ความรุนแรง	4.24	0.41	มาก	9.59%	0.80	1.71
การรับรู้ประโยชน์	3.77	0.37	มาก	9.76%	0.06	0.01
การรับรู้อุปสรรค	2.29	0.34	น้อย	14.90%	0.01	0.01
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม						
การรับรู้แรงสนับสนุนจากสื่อ	1.92	0.41	น้อย	21.15%	0.33	1.25
การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว	2.18	0.33	น้อย	15.25%	0.11	0.03
การรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	1.95	0.48	น้อย	24.80%	0.10	0.84
การรับรู้แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	2.69	0.47	ปานกลาง	17.63%	1.45	0.19
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
การรับประทานยา	3.05	0.37	ปานกลาง	12.29%	4.70	0.17
การออกกำลังกาย	2.97	0.44	ปานกลาง	14.80%	0.18	0.17
การควบคุมอาหาร	2.80	0.29	ปานกลาง	10.39%	0.37	0.01
ความเครียด	2.99	0.42	ปานกลาง	14.12%	0.12	0.68
การดื่มแอลกอฮอล์	4.37	0.78	มาก	17.81%	0.95	0.01
การสูบบุหรี่	4.93	0.25	มากที่สุด	5.11%	5.85	0.90

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.47, SD=0.30) เมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละด้านของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้การในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองใน ระดับมาก ($\bar{X}$=4.24, SD=0.41) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$=3.77, SD=0.37) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$=3.71, SD=0.45) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.29, SD=0.34) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.18, SD=0.29) เมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละด้านของการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.96, SD=0.40) รองลงมา คือ รับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.18, SD=0.33) รับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ($\bar{X}$=1.95, SD=0.48) และรับรู้แรงสนับสนุนจากสื่อ ($\bar{X}$=1.92, SD=0.41) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.15, SD=0.23) เมื่อพิจารณาจำแนกแต่ละกิจกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.93, SD=0.25) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.37, SD=0.78) รองลงมา คือ การรับประทานยา ($\bar{X}$=3.05, SD=0.37) การจัดการความเครียด ($\bar{X}$=2.99, SD=0.42) การออกกำลังกาย ($\bar{X}$=2.97, SD=0.44) และการควบคุมอาหาร ($\bar{X}$=2.80, SD=0.31) ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณแบบขั้นตอน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณแบบขั้นตอน

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	beta	t	p	*Zero-order*	Tolerance	VIF
ค่าคงที่	3.56	0.13	-	28.15	0.00	-	-	-
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-0.54	0.08	-0.29	6.44**	0.00	-0.29	1.00	1.00
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค	-0.13	0.03	-0.18	3.92**	0.00	-0.25	0.93	1.07
แรงสนับสนุนจากสื่อ	-0.23	0.08	-0.40	2.79*	0.01	0.25	0.10	9.89
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.13	0.05	0.18	2.41*	0.01	0.28	0.36	2.80
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	0.24	0.07	0.50	3.54**	0.00	0.31	0.10	9.75

$R=0.84$, $R^2=0.23$, Adjusted $R^2=.022$, $F=23.04$, $^{**}p<0.01$, $^{*}p<0.05$

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณแบบขั้นตอน ปรากฏว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรค แรงสนับสนุนจากสื่อ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

ทั้งนี้ สามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปของคะแนนดิบ

$$Y_{พฤติกรรม} = 3.56 - 0.54X_A - 0.13X_B - 0.23X_C + 0.13X_D + 0.24X_E$$

สมการทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{พฤติกรรม} = - 0.29Z_A - 0.18Z_B - 0.40Z_C + 0.18Z_D + 0.50Z_E$$

เมื่อกำหนดให้

X_A , Z_A คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

X_B, Z_B คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

X_C, Z_C คือ แรงสนับสนุนจากสื่อ

X_D, Z_D คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว

X_E, Z_E คือ แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ 5-6 ว่าบุคคลมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงผลกระทบทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผลเสีย สำหรับผลการศึกษานี้ปรากฏว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

และรับประทานยา ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการดูสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง[12] พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการควบคุม ความดันโลหิต เป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการรับรู้ที่เกิดจากกระบวนการทางความคิดที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ สู่แสดงพฤติกรรมในการดูสุขภาพและตอบสนองต่อโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมนั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีจนเกิดความตระหนักสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน[13] พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงพิศิษฐ์ ปาละเขียว และคณะ[14] ได้สรุปผลการศึกษาว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนผุสดี ก่อเจดีย์ และคณะ[15] พบว่ากลุ่มคนที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ในระดับสูง

2. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าการได้รับกระตุ้นจากบุคคลภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน การเตือน และให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดทั้งสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้านจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนและการเฝ้าระวัง รวมทั้งการกำกับติดตามในการรักษาอย่างต่อเนื่องจาก สมาชิกในครอบครัว รวมถึงเพื่อนบ้าน ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขในการเตือนหรือการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของสุภัทรา ผิวขาว และคณะ[16] และสุปราณี พรหมสุขันธ์ และคณะ[17] พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวคอยสนับสนุนส่งเสริมและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้มีกำลังใจและสามารถจัดการกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งสามารถปรับทุกข์และมีความพึงพอใจในชีวิต เช่นเดียวกับที่กัญจน์ณิชา เรืองชัยทวีสุข และคณะ[18] กล่าวว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ[19] พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับ ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรธน์ และคณะ[20] ได้แสดงทัศนะว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตั้งแต่บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดอัตราป่วย อัตราตาย และลดภาวะเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้

อนึ่ง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติและแสดงพฤติกรรมการสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามทัศนะของศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ และคณะ[21] รวมถึงอณัญญา ลาลุน และคณะ[22] กล่าวว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริม (reinforcing factors) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค แรงสนับสนุนจากสื่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชรได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้แรงสนุนทางสังคมทั้งข้อมูลสารสนเทศจากสื่อ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรนำไปพัฒนาเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้ โดยการพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อมุ่งเน้นให้เพิ่มการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ เช่น การพัฒนากิจกรรมสำหรับครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในระดับชุมชนและท้องถิ่นให้มีการสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น

นอกจากนี้ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่ม ตลอดจนครอบครัวผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผ่านกิจกรรมการสอน การอบรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ หรือการสร้างความตระหนักในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการศึกษาไปยังปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมให้ครอบคุมมากขึ้น เช่น ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางอารมณ์ หรือปัจจัยสภาพแวดล้อม เพื่อเข้าใจถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในแนวกว้างมากขึ้น หรือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้น

2. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้องรังอื่น ซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

References

1. World Stroke Organization. The WSO annual report for 2021 [Internet]. World Stroke Organization; 2021 [cited 2022 Sep 2]. Available from: https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-annual-report-for-2021

2.Division of Non Communicable Diseases. Annual report 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021.

3.Division of Non Communicable Diseases. Annual report 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2020.

4. KPHO. Health data center (HDC) [Internet]. KPHO; 2022. [cited 2022 Jul 12]. Available from: https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64cb2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b

5. Limbu YB, Gautam RK. How well the constructs of health belief model predict vaccination intention: A systematic review on COVID-19 primary series and booster vaccines. MPDI 2023;11(816):1-21.

6. Zhang L, Shu Y, Han C, Liu J. Correlation between family functioning and health beliefs in patients with stroke in beijing, China. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2023;16:1067-74.

7. Yamanie N, Lamuri A, Felistia Y, Soedirham O, Purnomo W, Sjaaf AC, et al. Importance of social support for Indonesian stroke patients with depression. F1000 Research 2022;11:1484.

8. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. NJ: John Wily & Sons;2010.

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

9. Muanmee W. Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among people with chronic disease in Chon Buri [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2012.

10. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors influencing preventive behavior among stoke-risk patients in Songkhla province. SCNJ 2017;4(1):217-33. (in Thai)

11.Rex BK. Principles and practice of structural equation modeling. 3rded. New York: Guilford Publications; 2011.

12. Watboonleang W. Factors predicting self-card behaviors of hypertension patients in Phayuha Khiri district, Nakhon Sawan province [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)

13. Klinsakorn C, Saetan S. Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang district, Suphanburi province. JCCPH 2020;2(2):62-77. (in Thai)

14. Palakheaw P, Yanachai J, Phanphop S. Effects of stroke prevention program among hypertension patients Ban Donkhaew sub district health promotion hospital Thoen district, Lampang Province. Journal of Hospital and Community Health Research 2023;1(1):15-25. (in Thai)

15.Korjedee P, Kittiboonthawal P, Namdej N, Namdej J. Predictive factors of knowledge about stroke risk factors and warning signs of people in Saraburi community. NJPH 2022;32(2):65-77. (in Thai)

16.Phikhao S, Jitpanya C, Preechawong S, Relationships among coping, social support, perceived self-efficacy and health related-quality of life in first-time stroke patients. HCU Journal 2019;21(41):123-36. (in Thai)

17.Promsukhan S, Nanthamongkolchai S, Yodmai K, Munsawaengsub C, Taechaboonsemsak P. The effect of the family-supported stroke prevention program among high risk stroke elderly in community. JHNR 2021;13(1):77-87. (in Thai)

18.Ruangchaithaweesuk K, Wongpiriyayothar A, Wongpanarak N. Factors predicting stroke prevention behaviors in patients at risk of stroke. TRC Nurs J 2021;14(1):213-25. (in Thai)

19.Nawsuwan K, Singhasem P, Yimyearn Y. Relationship and the predictive power of social support on the practice of hypertensive patients. BCNUT J Nurs 2021;8(1):1-13. (in Thai)

20.Ruchirawat S, Loengubol J, Wannaprapan B. Application of health belief model with social support for health behavior modi cation to stroke prevention in elderly patients with hypertension in Nongkatum sub-district health promotion hospital, Juntuk sub-district, Pakchong district, Nakhon Ratchasima province. DPC 9 J 2017;23(2):55-63. (in Thai)

21.Homkaenchan S, Numkham L. Factors related to stroke prevention behaviors in people with hypertension in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang province. JPHRI 2021;1(2):14-24. (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

22. Lalun A, Vutiso P. Factors predicting stroke preventive behaviors of hypertensive patients at Na Fai sub-district health promoting hospital in Chang Wat Chaiyaphum. TJN 2021;70(2):27-36. (in Thai)

FACULTY OF NURSING
KHON KAEN UNIVERSITY

ผลของการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเว็บไซต์ต่อการรับรู้ความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง*

กนกพรรณ พรหมทอง พย.ม.** วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ พย.ม.***
ศุณี ไชยมล ส.บ.**** พิมพ์พิมล สุวรรณ์ ส.ม*****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดัน โลหิตสูงด้วยเว็บไซต์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 18 ราย เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ (3) แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และ (4) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ independent และdependent t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี และสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ในเลือดลดลงอยู่เกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลอง และยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้เว็บไซต์สามารถช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เว็บไซต์การคัดกรอง ความเสี่ยงทางสุขภาพ

วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 มกราคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 21 มกราคม 2567

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

***ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มูลนิธิสถาบันพระบรมราชชนก**
****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล Kanokpun@bcnt.ac.th**
*****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง**
******ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง จังหวัดตรัง**
*******พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง จังหวัดตรัง**

Effects of web-based diabetes and hypertension screening on health belief perception, preventive behavior, blood pressure, and blood sugar among individuals who are at risk*

Kanokpun Promtong M.N.S.** Wararat Tiparat M.N.S.***
Sunee Chaimon B.P.H.**** Pimpimon Suwan M.P.H.*****

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the pre-and post-diabetes and hypertension screening website on people with pre-diabetes and/or pre-hypertension. Participants who met the inclusion criteria were assigned to the experimental or control group, eighteen in each group. The experiment and data collection were in eight weeks. The study tools two parts: 1) The tool used in the experiment, which was developed website for screening of diabetes, and hypertension conditions. And 2) The study tool for collecting data which consisted of (1) demographic characteristics questionnaire, (2) health status records, (3) health belief model perception questionnaire, and (4) diabetes and hypertension preventive behavior questionnaire. The demographic data were analyzed using descriptive statistics and compared the means in the group using the independent and between groups using the dependent t-test.

Findings showed that the experimental group had higher scores on perception and preventive behaviors than the control group. Moreover, the blood sugar mean scores at the end of the study among the experimental group were lower than before the study. In addition, systolic and diastolic blood pressure of all participants was increased before the study but was still probable to be hypertension. Therefore, the research results revealed that using the developed website could help to promote awareness of people health beliefs and behaviors to prevent diabetes and hypertension conditions.

keywords: perceptions of health belief pattern; prevention behaviors; diabetes and hypertension; electronic health website for risk screening; health risks

Received 13 November 2023 Revised 19 January 2024 Accepted 21 January 2024

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

*Research funding provided by the Praboromarajchanok Institute Foundations
**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Trang, Corresponding author, E-mail: Kanokpun@bcnt.ac.th
***Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Trang
****Director, Natalung Health Promoting Hospital, Trang province
*****Registered nurse, A professional level, Natalung Health Promoting Hospital, Trang province

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases [NCDs]) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และเป็นสาเหตุการตาย ร้อยละ 74 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การมีกิจกรรมทางกายน้อย การสูบบุหรี่ และการมีความเครียดสะสม[1] โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน ในประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงก็มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2557 และพ.ศ. 2562 ตามลำดับ โดยร้อยละ 30.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน อีกทั้งผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.8[2] จากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าวทำให้เห็นถึงความสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยง ลดการเกิดโรค โดยกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้มีการพัฒนาระบบการจัดการที่มุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงสามารถทำได้ด้วยการจัดการกับภาวะอ้วนลงพุงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสม ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขที่ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM) มากำหนดเป็นแนวทางในการดำเนินงานจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตั้งแต่ปี 2545 มาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงแล้วก็ตาม แต่ผลการดำเนินงานดังกล่าวพบว่ามีการคัดกรอง ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น การควบคุมและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอาศัยการดำเนินงานในหลายๆด้าน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สื่อสารให้ประชาชนมีความเชื่อและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง[3] และได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้ และการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและหากกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ที่ถูกต้องก็จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสมเช่นกันโดย[4] ปัจจุบันมีการพัฒนาแอปพลิเคชันคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถวิเคราะห์ผลคัดกรองและรับข้อมูลคำแนะนำการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และติดตามรายงานแนวโน้มของผลการตรวจร่างกายเพื่อติดตามความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและเฝ้าระวังอาการได้ด้วยตนเอง[5] โดยมีการศึกษาพบว่า การใช้เว็บไซต์สุขภาพ (Electronic health: e health) สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)[6] สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการนำแนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มาใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายในการสร้างการมีส่วนร่วม และสร้างความตระหนักรายบุคคล ให้เป็นวิถีชีวิต โดยที่มุ่งเน้นเฝ้าระวัง คัดกรองแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย แบ่งระดับความรุนแรงด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ที่นำมาเป็นเครื่องมือในการกำหนดหลักการและมาตรการในการดำเนินงานและมีการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 3 ลด ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน โดยบูรณาการกับบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถลดโรคได้[5-6] จากการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และผลของโปรแกรมเสริมพบว่าผลการวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารซึ่งส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ใน 8 สัปดาห์[7-8] และในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) เป็นวิธีการที่สำคัญในการลดการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้การสื่อสารและการดูแล โดยให้กลุ่มเสี่ยงมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการดูแล เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์และการปรับการดำเนินชีวิต ในรูปแบบใหม่ (new

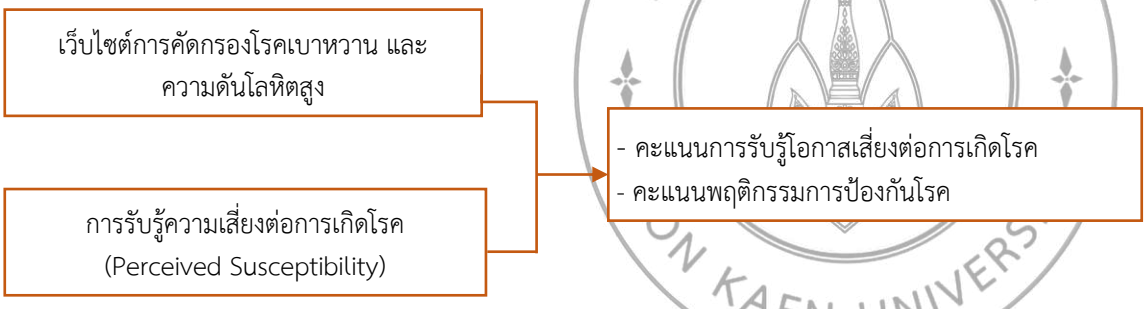
normal) และจากการสื่อสารในภาวะวิกฤตของเว็บไซต์ และแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย ซึ่งพบว่าการใช้เว็บไซต์สุขภาพ (e health) สามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการคัดกรอง และจัดการกับภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วและเชื่อถือได้ข้อมูลมีความทันสมัย ในปัจจุบันพบว่าการดูแลการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ หรือสื่อมัลติมีเดียต่างๆ มีผลต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[6,11-12] และจากข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ยังเป็นการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และมีการแจ้งผลโดยการให้กลุ่มเสี่ยงมาร่วมกิจกรรมการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ แต่ยังขาดการแจ้งผลเป็นรายบุคคล และการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกทั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผ่านมายังมีการลดการทำกิจกรรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นการป้องกันหรือชะลอเวลาไม่ให้กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยในอนาคต อีกทั้งยังทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้เว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้เว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นให้เกิดรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงผ่านการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) เท่ากับ 100–125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท ที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลนาตาล่วง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power โดย test family เลือก t-tests, statistical test เลือก Mean: Difference between two independent means (two groups) และกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size)=0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha)=0.5 และค่าpower=.80 ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน (match pair) ด้วยเพศ ช่วงอายุ ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประเภทเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนของการศึกษา โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. อายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีความเสี่ยง และมีความชุกของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มสูง
2. มีน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) เท่ากับ 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท จากการคัดกรองโรคเบาหวาน ประจำปี 2565 โดย อสม. และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน
3. ไม่มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง
4. มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และสามารถใช้งานเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงผ่านระบบอินเตอร์เน็ตได้
5. สามารถสื่อสารโดยการเขียน และพูดภาษาไทยได้
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอาการ และอาการแสดงของโรคเบาหวานระหว่างทำการศึกษา เช่น กินจุ หิวบ่อย น้ำหนักลดร่วมกับมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีการงดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หรือมีอาการอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น ตาพร่า ร่วมกับการมีค่าความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงระหว่างทำการศึกษา
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการทดลองได้ทุกกิจกรรม
4. ขอถอนตัวจากการกลุ่มตัวอย่างในวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรับบริการจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มอย่าง ได้แก่ ชื่อ-สกุล ที่อยู่ เพศ และอายุ

2) ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด

3) ผลการประเมินภาวะสุขภาพ ที่มีการแปลผลตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งแปลผลความเสี่ยงตามผลการคัดกรองของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

4) คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. ลด ตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ปัจจุบัน

2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต

3) แบบสอบถามที่ดัดแปลงข้อคำถามจากการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตำบลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่[9] ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จำนวน 23 ข้อ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient)=0.89 โดยลักษณะคำตอบจะมีให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.00-4.00 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.00-2.99 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.99 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

4) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามหลัก 3อ. ได้แก่ 3 อ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 3 ลด ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน จำนวน 20 ข้อ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient)=0.94 ตามลำดับ โดยลักษณะคำตอบจะมีให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง แทบไม่เคยปฏิบัติเลย โดยแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.00-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.00-2.99 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีการวัดแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (two group pretest–posttest design) ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของเว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และได้รับการดูแลตามปกติซึ่งเป็นการคัดกรองโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และมีการแจ้งผลแก่

กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย โดยการเชิญชวนเข้าร่วมจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางการดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ (2565) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุปผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ
    1) เตรียมและพัฒนาเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
    2) เตรียมการฝึกทักษะการใช้เว็บไซต์การคัดกรองแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
    3) รวบรวมรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงจากผลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่บันทึกในฐานข้อมูลของสถานบริการ และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
    4) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
2. ขั้นดำเนินการกลุ่มควบคุม
    1) กลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
    2) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับระดับน้ำตาล และความดันโลหิต พร้อมทั้งการทำแบบสอบถามรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8
    3) แจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อเป็นการชดเชยกิจกรรมการทดลองแก่กลุ่มควบคุม
3. ขั้นดำเนินการกลุ่มทดลอง
    1) กลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
    2) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับระดับน้ำตาล และความดันโลหิต พร้อมทั้งการทำแบบสอบถามรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
    3) จัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 3ลด ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยมีประชุมกลุ่ม ติดตาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ. 3ลด ในสัปดาห์ที่ 4 ด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
    4) แลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม โดยผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถส่งข้อความ ภาพนิ่ง วิดีโอตามหลัก 3อ. 3ลด ที่เป็นการกระตุ้นเสริมแรง ให้กำลังใจ ความรู้ และให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันทุกวัน ตลอดกิจกรรมการทดลอง
4. ขั้นประเมินผล

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 มีการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และนอกจากนี้ยังเป็นการประเมินผล

โดยการให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เว็บไซต์ ประโยชน์ที่ได้รับและให้ข้อเสนอแนะในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรม SPSS version 23 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1) ข้อมูลระดับนามมาตรา (nominal scale) ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และน้ำหนัก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ด้วยจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

2) ข้อมูลระดับอัตราส่วน (ratio scale) ประกอบด้วย ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ด้วยจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

1) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test)

2) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคก่อนและหลัง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีคู่ (paired t–test)

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยโครงร่างการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง หนังสือเลขที่ 24/2564 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565 และผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวมรวบข้อมูล การเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตัดสินใจโดยอิสระในการตอบรับการเข้าร่วม วิจัย โดย ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อให้บริการใด ๆ จากเจ้าหน้าที่ และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะทำการดำเนินกิจกรรมการแจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน โดยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทอดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) และได้ทำการทดสอบข้อตกลง

เบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที (t-test) และผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 56.97 ปี (SD=10.06) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.20 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.70 มีรายได้เฉลี่ย 10,215.56 บาท/เดือน (SD=9,702.60) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.00 กิโลกรัม/ตารางเมตร (SD=4.25) รอบเอวเฉลี่ย 83.78 เซนติเมตร (SD=11.05) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 129.22 มิลลิเมตรปรอท (SD=13.96) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 74.75 มิลลิเมตรปรอท (SD=12.54) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 102.28 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=9.92)

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติทีคู่ (N=36)

ตัวแปร	ก่อน (n=18)		หลัง (n=18)		t-statistics	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.161	0.254	3.350	0.304	-3.910	0.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.858	0.227	3.975	0.243	-4.173	0.001*
ระดับความดันโลหิต						
- ซิสโตลิก	132.667	13.560	130.444	16.041	1.007	0.328
- ไดแอสโตลิก	79.444	10.387	77.500	12.650	1.490	0.154
ระดับน้ำตาลในเลือด	104.722	9.467	99.167	10.279	-2.538	0.021*

*ระดับนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 1 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.910 และ 4.173, p<.05) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังการทดลองอยู่เกณฑ์ปกติ และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.538, p>.05) และค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่ลดลงกว่าก่อนการทดลองและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.007 และ 1.490, p>.05)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (N=36)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		t-Statistics	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.350	0.304	3.1498	.40792	2.165	0.026*
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.975	0.243	3.7889	.33102	2.332	0.037*
ระดับความดันโลหิต						
- ซิสโตลิก	130.444	16.041	128.00	11.867	0.520	0.607
- ไดแอสโตลิก	77.500	12.650	72.00	12.161	1.330	0.192
ระดับน้ำตาลในเลือด	99.167	10.279	99.83	10.007	1.506	0.141

*ระดับนัยสำคัญที่ .05

KHON KAEN UNIVERSITY

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.165 และ2.332, p<.05) ค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และพบว่ากลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=0.5200 และ 1.330, p>.05) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองบางรายยังมีค่าระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง อีกจำนวน 5 คน แต่กลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียง 2 คน นอกจากนี้ ยังพบว่าทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองอยู่เกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.506, p>.05)

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 และเพศชาย ร้อยละ 25 มีอายุเฉลี่ย 56.97 ปี ซึ่งความสอดคล้องกับความชุกต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในประชาชนไทย 15 ปีขึ้นไป โดยพบว่าเพศหญิงมีความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานที่สูงกว่าเพศชาย โดยในปี พ.ศ. 2557 มีความชุกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29 จากปี พ.ศ. 2552 ที่พบเพียงร้อยละ 8.9 แต่ความชุกและอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง พบในโดยเพศชายได้มากกว่าในเพศหญิง โดยพบความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.7 จากร้อยละ 15 ในปีพ.ศ.2562[3] และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่มีการแบ่งกลุ่มผลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี โดยแบ่งผลการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย โดยพบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 12.7 โดยในกลุ่มเสี่ยงของทั้งสองโรค จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[10] กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 25.00 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะอ้วน (BMI≥25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกันโดยเพิ่มจาก ร้อยละ 34.7 เป็นร้อยละ 37.5 และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเนือยนิ่งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ที่ทำให้คนส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายลดลง มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 7-8 ชั่วโมง ร่วมกับการมีรอบเอวเกณฑ์เกินมาตรฐาน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome)[11]

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี และสูงกว่าก่อนการทดลอง อีกทั้ง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดีและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชั่นอาหารลดความดันโลหิตสูงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น และการใช้เว็บไซต์สุขภาพ(e health) สามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการคัดกรอง และจัดการกับภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ชนบท ในปัจจุบันพบว่าการดูแล การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ หรือสื่อมัลติเดียต่างๆ มีผลต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[12,16] เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและ ครอบครัวอย่างครอบคลุมปัญหาในทุกมิติสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาผลของการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงผ่านอุปกรณ์สมาร์ทโฟน โดยมีการให้ความรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านแอพลิเคชั่นของกลุ่มทดลองมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เว็บไซต์และแอปพลิเคชั่นที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และได้รับความนิยมในชีวิตประจำวันที่ใช้กับสมาร์ทโฟนสามารถส่งเสริมการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่มีแบบแผน มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงบางองค์ประกอบ เช่น แรงจูงใจ การวางแผน และการควบคุมตนเอง โดยพบว่าวิธีดังกล่าวมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับลดน้ำหนัก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และมีการประเมินผลการศึกษาส่วนใหญ่ด้วยการการวัดผล หรือการรายงานผลด้วยตนเองเนื่องจากประหยัด และในการติดตามกิจกรรมทางกายมีการบันทึกข้อมูลทางภูมิศาสตร์ การบันทึกตามระบบโดยการสวมใส่อุปกรณ์ ส่วนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีการการถ่ายภาพอาหาร และการชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งอิเล็กทรอนิกส์จึงทำให้มีความแม่นยำในการรวบรวมข้อมูล[17] และหลังจากการศึกษาเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่เกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลอง แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และพบว่ากลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมยังมีค่าระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์สงสัยป่วย อีกจำนวน 5 คน และ 2 คน ซึ่งจากการศึกษาการลดระดับความดันโลหิตนั้นสามารถทำได้ โดยการให้ความรู้เรื่องการลดปริมาณเกลือโซเดียม และต้องทำร่วมกับการติดตามค่าระดับความดันโลหิตที่บ้าน (home blood pressure monitoring) จึงจะสามารถลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18] แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ ยังมีเพียงการให้ความรู้เรื่องการลดอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูงผ่านเครื่องวัดความเค็มเท่านั้น จึงยังเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ และเมื่อศึกษาข้อมูลของกลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้นการศึกษา พบว่ากลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ฝึกปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวด้วยการประเมินครอบครัวด้วย หลัก INHOMESSS ร่วมกับการดูแลครอบครัวด้วย กระบวนการพยาบาลครอบครัวในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งการที่ครอบครัวที่ได้รับการดูแลด้วยการประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวที่เฉพาะเจาะจง และมีการแก้ปัญหาสุขภาพที่ตรงกับพฤติกรรมที่ส่งผลการลดระดับความดันโลหิตตามบริบทของครอบครัวนั้นๆ จึงทำให้กลุ่มควบคุมสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินปัญหาหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี ที่แสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตประจำวันและสภาพสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[19]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ คือ กิจกรรมการวิจัยยังไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจึงทำให้ค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลอง แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาและนำเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในกลุ่มสงสัยป่วยในการรับการวินิจฉัยและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ในการติดตามภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษาได้เพื่อสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: World Health Organization [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 28]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

2. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Health surveys statistics technical report [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 28]. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425

3. Kanjanapibulwong A, Kamwangsanga P, Kaewta S. NCD disease situation report: Diabetes, hypertension and related risk factors 2019 [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2023 Jun 28]. Available from: http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13865&tid=&gid=1-015-005 (in Thai)

4. Buapom S. Knowledge, health perception, health care behaviors among diabetic risk groups aged 35 years and over in Sukhothai Thani Town Municipality, Sukhothai province. HSCR [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 28];37:83-95. Available from: https://he02.tcithaijo.org/index.php/hscr/article/view/257014/178078 (in Thai)

5. Maneelert C. Development of an application for screening diabetes and hypertension risk groups. Rajabhat Chiang Mai Research Journal [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 15];22:109-25. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/cmruresearch/article/view/249153/173181 (in Thai)

6. Mangal S, Baig VN, Gupta K, Mangal D, Panwa RB, Gupta R. e Health initiatives for screening and management of hypertension in Rural Rajasthan. Journal of family medicine and primary care [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 15];10:4553–57. Available from: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_848_21

7. Promtong K, Buapetch A. Jittanoon P. The development of a community-based program for promoting food consumption behaviors in pre-diabetes groups. Journal of Health and Nursing Education [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 15];26:141-60. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/248486/168971 (in Thai)

8. Promtong K. Effects of a community empowerment program on food consumption behaviors and blood sugar levels in pre-diabetes risk group. [dissertation]. Prince of Songkla University; 2019.

9. Jamjumroon P, Phatisena T. Using the 7 colors diabetes mellitus self-awareness evaluation project in preventing and controlling diabetes in subdistrict health promotion hospitals in Nakhon Ratchasima. Ratchaphruek Journal [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 28];15:125-34. Available from: https://so05.tcithaijo.org/index.php/Ratchaphruekjournal/article/view/124393/94313 (in Thai)

10. AYoh N, Sittisart V, Na Wichian S. The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae sub-district, Mueang district, Phitsanulok province [Internet]. 2022 [cite 2023 Jun 28];5(2):129-39. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260549/177959 (in Thai)

11. Rumyakul P. Crisis communication of website and application developed for COVID-19 pandemic situation in Thailand. Siam Communication Review [Internet]. 2020 [cite 2023 Jul 3];19:231-47. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/commartsreviewsiamu/article/view/248339 (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

12. Duan Y, Shang B, Liang W, Du G, Yang M, Rhodes R. Effects of eHealth-based multiple health behavior change interventions on physical activity, healthy diet, and weight in people with noncommunicable diseases: Systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res [Internet]. 2021 [cite 2023 Jul 3];23:1-13. Available from: https://www.jmir.org/2021/2/e23786

13. Singkharothi A. Effect of health promotion program in hroups at risk of high blood pressure by spplication of health belief model, Khaopanom sub-district, Khaopanom district, Krabi province [Internet]. 2017 [cite 2020 Jun 10];5:259-79. Available from: https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=236&lang=th (in Thai)

14. Ar-yuwat S, Poonsup A, Meethip N. Screening for hypertension and diabetes among Thai teenagers and adults in Muang district of Phitsanulok province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4:131-46. (in Thai)

15. Olfah Y, Surijati KA, Siswati T. Sedentary life style and risk of metabolic syndrome during the COVID-19 pandemic. Age (th) 2022;30(30):20-3.

16. Samranbua A, Thamcharoentrakul B. The effects of relieving hypertension dietapplication on health belief among patients with hypertension. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2021;32(1):228-42. (in Thai)

17. Duan Y, Shang B, Liang W, Du G, Yang M, Rhodes R. Effects of eHealth-based multiple health behavior change interventions on physical activity, healthy diet, and weight in people with noncommunicable diseases: Systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res 2021;23(2):e23786.

18. Trinnawoottipong K, Rachagrai T, Tumala P, Nasa-arn S. Effects of a salty reduction program in the suspected hypertensive patients in health area 7 . The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima Journal 2021;27(3):43-52. (in Thai)

19. Sarnjanthuk S. Evaluation of drug use problems and self-care behavior of patients suffering from chronic diseases through INHOMESSS home visit under health service networks of Wangmuang district, Saraburi. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 2];7(2):233-47. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/25308616 (in Thai)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

จุฑามาศ จันทรักษ์ พย.บ.* สุทาพร ซองศิริ ส.บ**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ประเมินผลลัพธ์การดูแลและศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ มี 4 ขั้นตอน 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกต 4) ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 91 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วัดผลหลังการดูแล 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งใช้แบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแล **“โฮมแฮงเมิ่งแญง ฮักแพง ไทวาปีบ่ถิ่มกัน”** โดยใช้หลัก **WAPI Model** ในการดำเนินงาน มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันดูแล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังให้การดูแลพบว่าค่าเฉลี่ย ADL ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นจาก 10.04 (±0.72) เป็น 10.39 (±0.79) กลุ่มที่ 2 เพิ่มขึ้นจาก 9.83 (±0.75) เป็น 10.00 (±1.41) กลุ่มที่ 3 เพิ่มขึ้นจาก 1.83 (±1.83) เป็น 2.20 (±2.68) ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ทั้งหมด 91 คน เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.79 ค่าคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมหลังให้การดูแลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.11±0.49 คะแนน) โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลด้วยความ เต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม ผู้จัดการการดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

วันที่รับบทความ 18 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2566

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวาปีปทุม ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล sugus1880@gmail.com**

****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลวาปีปทุม**

Participatory care for dependent people of the center for elderly quality of life development at Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province

Jutamat Jantarak B.N.S* Suthaporn Songsiri B.P.H**

Abstract

The objective of this research was to study a model for participatory care for dependent people, evaluate care outcomes, and measure satisfaction of dependent people or their relatives. The study was divided into three phases: 1. preparatory phase; 2. implementation phase, which was divided into four steps: 1) planning stage 2) action stage 3) observation stage 4) performance reflection stage; and 3. evaluation phase. The sample group consisted of 91 dependent people, who were purposively selected. Data collection was carried out from February 1, 2022 to February 29, 2023. Results were measured after 9 months of care. Data were collected through group discussion, in-depth interview, and participatory observation. The ADL assessment from and satisfaction assessment from were also used. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that taking care of dependent people in a participatory manner results in the care model **'Home Hang, Mueng Ngang, Hug Phang, Thai Wapi Bau Thim Kan,'** using the principles of WAPI Model in operation work. There was a multidisciplinary team, including physician, pharmacists, nurses, physical therapists, Thai traditional medicine, public health academics, nutritionists, and related network partners. When comparing the average of ADL before and after providing care, it was found that average ADL of the elderly in group 1 increased from 10.04 (±0.72) to 10.39 (±0.79), group 2 increased from 9.83 (±0.75) to 10.00 (±1.41), and group 3 increased from 1.83 (±1.83) to 2.20 (±2.68). Eight out of 91 people in the dependent group changed to be in the active group, accounting for 8.79%. The overall satisfaction score after providing care was at a high level (mean 4.11±0.49 points). The aspect with the greatest satisfaction was elderly caregivers who provided care with willingness, happy and enthusiastic. Therefore, participatory care for dependent elderly people can provide all dimensions of care and enhance quality of life for the elderly in the community to live life happily.

keywords: participation; care manager; dependent persons; caregivers; elderly; quality of life development center

Received 18 October 2023 Revised 21 December 2023 Accepted 22 December 2023

*Registered nurse, A professional level, Wapi Pathum Hospital, Corresponding author, E-mail: sugus1880@gmail.com

**Public health practitioner, Wapi Pathum Hospital

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบันปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนราว 1 ใน 6 ของประชากรไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ นอกจากนี้ ประเทศไทยก็ถูกคาดการณ์ว่าจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวนการเกิดเพียงประมาณ 6 แสนคนต่อปี ซึ่งหากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไปแล้วนอกจากจำนวนประชากรไทยโดยรวมจะเริ่มลดลงแล้วประเทศไทยจะขยับขึ้นเป็นสังคมสูงอายุแบบสุดยอด (hyper aged society) ซึ่งมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2584[1] ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรไทยโดยรวมมีอัตราเพิ่มติดลบ (ประชากรลดลง) แต่ประชากรสูงอายุกลับกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน[2] ซึ่งมีความสอดคล้องกับจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบเทศบาลตำบลวาปีปทุม ปี พ.ศ. 2565 จำนวน ประชากร 5,541 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,312 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.67 ของประชากรผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ลดลง[3] ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีผู้ดูแลช่วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนไหว ลุก นั่ง เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลตนเอง (dependent care) ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลมีนโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน ติดเตียง จะได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล[4]

จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุมทั้งหมดในปี พ.ศ.2565 (รายงาน HDC สสจ.มหาสารคาม : 2565)[5] แยกตามความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าจากประชากรสูงอายุ ทั้งหมด 5,541 คน แบ่งเป็นติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 5,456 คน, 85 คน และ 6 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 98.40, 1.53 และ 0.10) และตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. จำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[6] จำนวน 91 ราย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกลืนหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 79 ราย กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 6 ราย กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรืออาการมีเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 6 ราย และกลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 0 ราย ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม ลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง บุตรหลานส่วนมากมีอาชีพรับราชการลูกจ้างหรือค้าขายทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุฯ เห็นถึงความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ขาดผู้ดูแลในตอนกลางวัน จำนวน 7 คน และยังมีผู้สูงอายุบางคนอยู่ตามลำพังสามี ภรรยา จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้

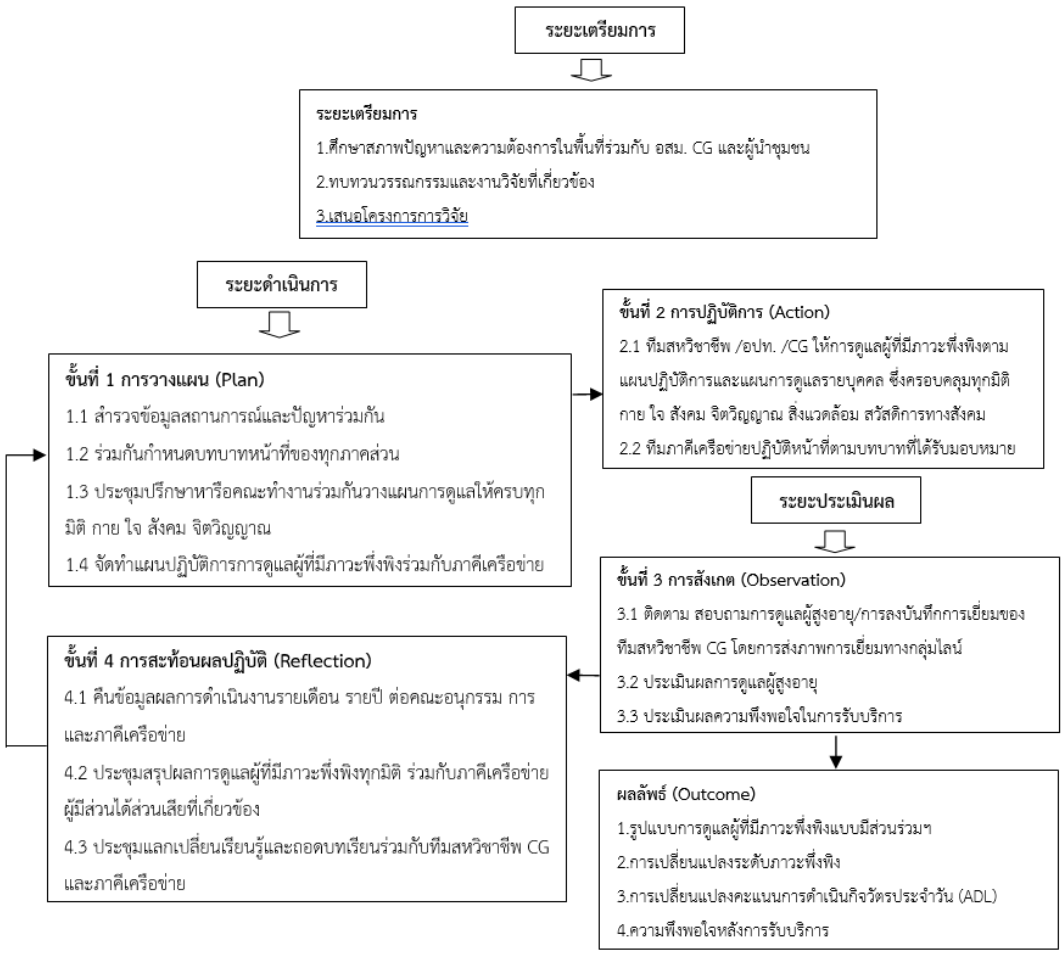
ง่าย เช่น หยิบยาผิด ลื่นหกล้ม พลัดตกหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สำลักอาหาร เมื่อเกิดแล้วอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น กระดูกต้นขา ข้อสะโพก หรือกระดูกสันหลังหัก เลือดคั่งในสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงเรื่องเศรษฐานะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สวัสดิการทางสังคม

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีแบบยั่งยืนของคนในชุมชนและสังคม ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวาปีปทุม จัดตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาพยาบาล และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน และสถานที่อื่นในเขตพื้นที่ ภายใต้การส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรทั้งในและนอกพื้นที่เทศบาล (คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวาปีปทุม เลขที่คำสั่ง 3/2559) ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะมีการศึกษาการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน โดยอาศัยกระบวนการดูแลอย่างเหมาะสม มีบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลพร้อมทั้งสามารถจัดการปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างตรงประเด็นครอบคลุมทุกมิติ มีการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงด้านร่างกายจิตใจ[7] เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการขาดผู้ดูแล ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแล
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติภายหลังการดูแล

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart[8] เป็นการวิจัย 3 ระยะ ร่วมกับวงจรปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน PAOR คือ การวางแผน (planning-p) การปฏิบัติตามแผน (action-a) การตรวจสอบ (observation-o) และการสะท้อนผลปฏิบัติ (reflection-r) ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 ประชุมระดมสมอง โดยทีมสหวิชาชีพ อาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (caregiver : CG) ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในชุมชน ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

1.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 เสนอโครงการการวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมฯ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (plan)

1.1 สำรวจข้อมูลสถานการณ์และปัญหาร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) อสม. ญาติ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากร

ด้านสาธารณสุข ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย รวม 30 คน เก็บรวบรวมโดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 ชม. จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 พบว่าปัญหาเบื้องต้นของผู้สูงอายุคือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และเนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมืองบุตรหลานส่วนมากมีอาชีพรับราชการ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้สูงอายุบางคนอยู่ คนเดียว บางคนอยู่ตามลำพังสามี ภรรยา

1.2 ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วนโดยการประชุมกลุ่มย่อยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อร่วมกันพิจารณาให้ข้อคิดเห็นต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนี้

บทบาทหน้าที่ care manager

1) จัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ค้นหาการคัดกรอง ประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ CG/อสม.

2) บริหารจัดการการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) กำกับดูแล และสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติงานของ CG ให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล

4) รายงานผลการดูแล รายเดือน รายปี สรุปผลการปฏิบัติงาน

บทบาทหน้าที่ care giver

1) ค้นหา คัดกรอง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ CM/อสม.

2) ร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

3) ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล เช่น ดูแลการทำกิจวัตรส่วนบุคคล (การอาบน้ำ การสระผม แปรงฟัน การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย ดูแลช่วยเหลืองานบ้าน) ตัวอย่างบทสนทนา “เริ่มแรกจะมีปัญหาตรงที่ว่าเขาจะไม่ยอมรับ CG เราก็แก้ปัญหาโดยการออกเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่ CM และอธิบายให้เขาฟังว่าครั้งต่อไปจะให้ CG เป็นผู้ดูแล เมื่อคุ้นเคยกันประกอบกับคนในชุมชนก็เป็นคนรู้จักอยู่แล้ว เขาก็จะเข้าใจว่าคนนี้เป็นใคร มาทำอะไร สำหรับบางคนที่เขามีความรู้ มีประสบการณ์ พวกนี้เขาจะบอกเลยว่าไม่ต้องการการดูแล เขาดูแลได้ เราก็จะทำการพูดคุยกัน”

บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ

1) แพทย์ ให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน หรือภาวะวิกฤติ เข้าเยี่ยมบ้านและตรวจ รักษาผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ ได้รับการรายงานจาก CG ผ่าน CM

2) เภสัชกร ให้การดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาการใช้ยา ใช้ยาหลายตัว

3) นักกายภาพบำบัด ให้การดูแลในรายที่ต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

4) นักวิชาการสาธารณสุข ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

5) แพทย์แผนไทย ให้บริการนวด ประคบ การใช้สมุนไพร

6) นักโภชนากร ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเฉพาะโรค และผู้ที่มีปัญหาด้านโภชนาการ

บทบาทหน้าที่โรงพยาบาลวาปีปทุม

1) บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการด้านการพยาบาล เช่น ทำแผล การให้อาหารทางสายยาง สายสวนปัสสาวะ บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มต่างๆ ทั้งกลุ่มติดสังคม/กลุ่มพึ่งพิง/ระยะสุดท้าย จัดหาอุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจรักษาโรคทั่วไปในผู้สูงอายุ/กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ ที่คลินิกผู้สูงอายุ/แพทย์แผนไทย ตัวอย่างบทสนทนาของเจ้าหน้าที่ห้องฟัน “ในกรณีที่มีปัญหา เช่น เรื่องฟัน หมอฟันจะออกมาดูที่บ้าน” “มีบริการตรวจฟันให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่บ้าน”

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) กองช่าง ให้บริการปรับสภาพบ้าน เช่น ราวจับ ทางเดิน ทางลาด บันได ห้องน้ำ และจัดทำกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น รอกกายภาพ ราวฝึกเดิน เก้าอี้นั่งอุจจาระ

2) กองสวัสดิการสังคม ช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคม ถุงยังชีพ การจัดหางาน เบี้ยผู้สูงอายุ ผู้พิการ ตัวอย่างบทสนทนา “การปรับสภาพบ้านเกิดขึ้นเมื่อจนท.ท้องถิ่นลงเยี่ยมผู้ป่วยและนำถุงยังชีพไปมอบให้ ก็จะเห็นสภาพบ้าน สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทางท้องถิ่นก็จะช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ และช่างจากเทศบาลมาปรับสภาพบ้านให้ผู้สูงอายุ บางบ้านเราก็เราไปทำราวฝึกเดิน รอกกายภาพให้”

3) กองสาธารณสุข ที่ปรึกษาในการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุ (long term care: LTC)

บทบาทหน้าที่กศน.ร่วมกับโรงพยาบาลวาปีปทุม

1) จัดอบรม CG หลักสูตร 70 ชม.ทั้งอำเภอวาปีปทุม โดย กศน. สนับสนุนงบประมาณ 20,000 บาท

บทบาทหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

1) ที่ปรึกษาในเรื่อง LTC และเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและกองทุน LTC

บทบาทหน้าที่กลุ่ม องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1) อสม.ร่วมกับ CM, CG ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้าน สร้างเสริม ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขอนามัยเชิงรุก ประสานงานกับทีมหมอครอบครัว เมื่อพบผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ

2) ชมรมผู้สูงอายุออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุด้อยโอกาส เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและมีการทำฌาปนกิจของชมรม

3) ผู้นำชุมชน ดูแลการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการต่างๆ

4) กองทุนวันละบาท ดูแลเรื่องสวัสดิการเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย เสียชีวิต

1.3 ประชุมปรึกษาหารือคณะทำงานร่วมกันวางแผนการดูแลให้ครบทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยยึดหลักการทำงานแบบ WAPI model กล่าวคือ W: working team/network คือทำงานเป็นทีม สร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และอื่นๆ A: attitude คือ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมและภาคีเครือข่าย P: patient center คือ การดูแลที่เน้น ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการและให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ I: integrated คือการบูรณาการสติปัญญา ทรัพยากร งาน คน เงิน ของร่วมกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรค วางแผนการดูแลการทบทวนก่อนหลัง ซึ่งกระบวนการทำงานร่วมกันต่าง ๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อที่จะสามารถสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.4 จัดทำแผนปฏิบัติการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (action)

2.1 ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนปฏิบัติการและแผนการดูแลรายบุคคลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่าย CG ซึ่งครอบคลุมทุกมิติกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม สวัสดิการทางสังคม

เริ่มดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565-ตุลาคม พ.ศ. 2565 รายละเอียดการดูแลแบ่งตามกลุ่มภาวะพึ่งพิง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การทรงตัว การดูแลด้านอาหารที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เยี่ยม 2 ครั้ง/เดือน

กลุ่มที่ 2 ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพสมอง ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ฟื้นฟูความจำ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 ฟื้นฟูสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน/ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล/ดูแลการได้รับอาหาร สารอาหารอย่างเพียงพอ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์

กลุ่มที่ 4 ดูแลแบบประคับประคองเยี่ยม 2 ครั้ง/สัปดาห์

2.2 ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านญาติ อสม. CG เมื่อต้องการคำปรึกษา ไม่สะดวกมาพบแพทย์ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยโควิด

ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation)

3.1 CM ติดตาม สอบถามการดูแลผู้สูงอายุของ CG การลงบันทึกการเยี่ยมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG และทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจสอบรายงานการเยี่ยมประจำเดือน และรูปภาพการดูแลที่ออกเยี่ยมตามแผนปฏิบัติการผ่านกลุ่มไลน์ มีช่องทางด่วนในการติดต่อสื่อสารระหว่าง CG และทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ผ่านกลุ่มไลน์เมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา

3.2 ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุเมื่อดูแลครบ 9 เดือน โดย CG, CM ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมิน

3.3 ประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ เพื่อนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขการดูแลปีต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลปฏิบัติ (reflection)

4.1 คืนข้อมูลผลการดำเนินงานรายเดือน รายปี ต่อคณะอนุกรรมการและภาคีเครือข่าย

4.2 ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

4.3 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ CG และภาคีเครือข่าย

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ดำเนินการในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. ประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม จำนวน 5,541 คน

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน 8 คน

3. ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลวาปีปทุม ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย โภชนากร จำนวน 15 คน

4. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลวาปีปทุม จำนวน 10 คน

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุมที่มีค่า barthel activities of daily living: ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน จำนวน 91 คน ประเมินก่อนการเข้าร่วมโครงการ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวาปีปทุม เลขที่ 4/2564 วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ โดยไม่มีข้อผูกมัดและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น และได้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ก่อนการเข้าร่วมโครงการทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living: ADL) โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager) ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เป็นผู้ร่วมประเมินผล โดยนำผลการประเมินก่อนและหลังรายบุคคลทำการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการเปลี่ยนกลุ่มภาวะพึ่งพิงภายหลังการประเมิน

2. แบบบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของ care giver รายละเอียดในการบันทึกได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การรับประทานยา ข้อมูลสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด การพยาบาล/กิจกรรมที่ดูแล

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แบ่งเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจเป็น 5 ระดับตามเทคนิคของ ลิเคิร์ท (Likert technique)[9] การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.9

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีตำราที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเหมาะสมยิ่งขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดย ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565-29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสนทนากลุ่ม (group discussion) ระหว่างผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager/CM)

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver/CG) อสม. ญาติ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย รวม 30 คน

2) การสังเกต (observation) เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์ ใช้วิธีสังเกตการมีส่วนร่วม บันทึกรายงานการประชุม

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายเทศบาลตำบลวาปีปทุมให้การสนับสนุนดำเนินงานด้วยกระบวนการที่เป็นระบบและมีแบบแผนในการดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม

รูปแบบ/กิจกรรม	การวางแผนการปฏิบัติ	กิจกรรมการดูแล	สรุปผล	การดูแลต่อเนื่อง
การเยี่ยมบ้านทั่วไป (เดิม)	- จัดทำแผนออกเยี่ยมตามสภาพปัญหารายบุคคล - ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคล	ออกเยี่ยมตามแผนหรือคำสั่งแพทย์	บันทึกการเยี่ยมในแบบฟอร์มการดูแลของทีมสหวิชาชีพ	ไม่มี
WAPI MODEL	**plan-P (โฮมแฮง)**	**action-A (เมิ่งแญง)**	**observation-O (ฮักแพง)**	**reflection-R (ไทวาปี บ่ถิ่มกัน)**
W : Working team A : Attitude P : Patient center I: Integrated	- สำรวจข้อมูลสถานการณ์และปัญหาร่วมกัน - ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน โดยการประชุมกลุ่มย่อยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	- ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย CG ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม สวัสดิการทางสังคม ราย ละเอียดการดูแลแบ่งตามกลุ่มภาวะพึ่งพิงดังนี้	- CM ติดตามสอบถามการดูแลผู้สูงอายุของ CG - ตรวจสอบรายงานการเยี่ยมประจำเดือนและรูปภาพการออกเยี่ยม - ใช้ช่องทางด่วนในการติดต่อ สื่อสารระหว่าง CG และทีมสหวิชาชีพ	- คืนข้อมูลผลการดำเนินงานรายเดือน รายปี ต่อคณะอนุกรรมการและภาคีเครือข่าย - ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มี

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น

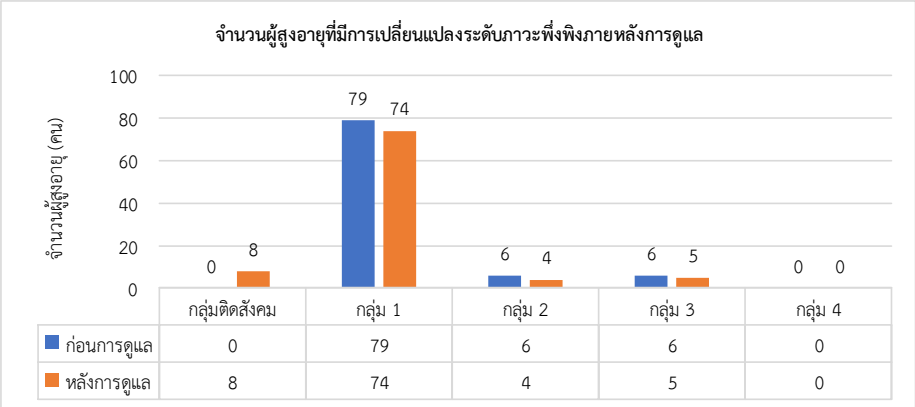
ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม (ต่อ)

รูปแบบ/กิจกรรม	การวางแผนการปฏิบัติ	กิจกรรมการดูแล	สรุปผล	การดูแลต่อเนื่อง
	- ประชุมปรึกษาหารือคณะทำงานร่วมกันวางแผนการดูแลให้ครบทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ - จัดทำแผนปฏิบัติการ/แผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับภาคีเครือข่าย	**กลุ่ม 1** ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การทรงตัว ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เยี่ยม 2 ครั้ง/เดือน **กลุ่ม 2** ฟื้นฟูสภาพสมองป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมฟื้นฟูความจำ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ **กลุ่ม 3** ฟื้นฟูสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน /ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล / ดูแลการได้รับอาหารสารอาหารอย่างเพียงพอเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ **กลุ่ม 4** ดูแลแบบประคับประคองเยี่ยม 2 ครั้ง / สัปดาห์	ผ่านกลุ่มไลน์โทรศัพท์ - ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุเมื่อดูแลครบ 9 เดือน โดย CG CM ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมิน - ประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ เพื่อนำผลการประเมินและข้อเสนอ แนะไปปรับปรุงแก้ไขการดูแลปีต่อไป	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ CG และภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

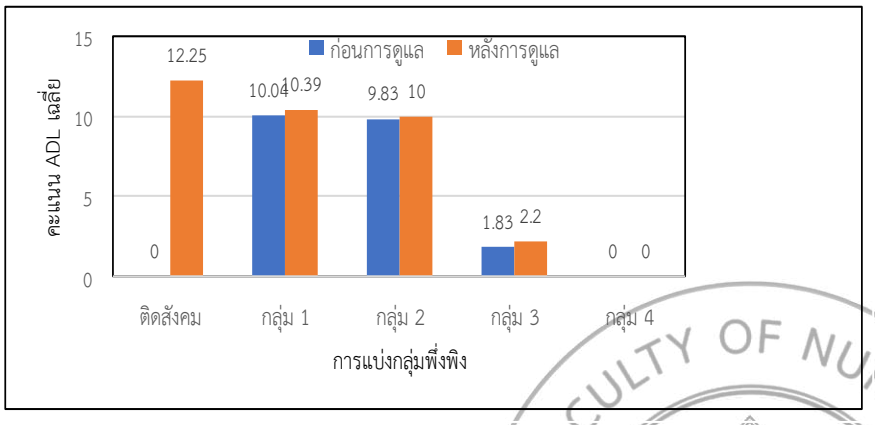
การเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิง (ADL) ภายหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลวาปีปทุม ทั้งหมด 1,312 คน คิดเป็นร้อยละ 23.67 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมด 91 คน คิดเป็นร้อยละ 6.93 โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 86.81 มีค่าเฉลี่ย ADL 11.18 คะแนน กลุ่มที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 ค่าเฉลี่ย ADL 10 คะแนน กลุ่ม 3 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 ค่าเฉลี่ย ADL 10 คะแนน กลุ่ม 4 จำนวน 0 คน หลังการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพของศูนย์พัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ กลุ่มพึ่งพิง 91 คน เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8.79 ค่าเฉลี่ย ADL 12.25 คะแนน กลุ่ม 1 จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 81.32 ค่าเฉลี่ย ADL 11.39 คะแนน กลุ่ม 2 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.39 ค่าเฉลี่ย ADL 11.50 คะแนน กลุ่ม 3 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.49 ค่าเฉลี่ย ADL 5.49 คะแนน เปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังให้การดูแล พบว่าภายหลังให้การดูแลมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือมีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น 8 คน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 2 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 1 และกลุ่ม 3 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 2 (ดังรูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิง

ผลการเปรียบเทียบคะแนน ADL ก่อนและหลังให้การดูแลพบว่า หลังให้การดูแลมีการเพิ่มขึ้นของค่า ADL ในแต่ละรายบุคคล โดยมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ย ADL ในกลุ่มที่ 1,2 และ 3 (รูปภาพที่ 3)



รูปภาพที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ

ระดับความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ/ผู้ดูแล ภายหลังการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม ผลการตอบแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่าหัวข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ 3 อันดับแรก คือ หัวข้อให้การดูแลด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น 4.71 คะแนน การให้การดูแลด้วยอัธยาศัยที่ดีสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส 4.57 คะแนน และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4.51 คะแนน ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจภายหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

หัวข้อประเมินความพึงพอใจ	จำนวน (91 คน)		
	ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1.ให้การดูแลด้วยอัธยาศัยที่ดี สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	4.57	0.62	มากที่สุด
2.ให้การดูแลด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.71	0.58	มากที่สุด
3.มีการโทรนัดหมายก่อนการดูแล	3.36	0.95	ปานกลาง
4.ระยะเวลาในการดูแลต่อครั้ง	4.18	0.85	มาก
5.จำนวนครั้งของการดูแลต่อเดือน	3.93	0.98	มาก
6.ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย	4.04	0.82	มาก
7.สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแลผู้สูงอายุได้	3.91	0.9	มาก
8.ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน	4.45	0.89	มาก
9.ได้รับความสะดวกในการยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน	3.51	0.94	มาก
10.มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.51	0.58	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจ	4.11	0.49	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

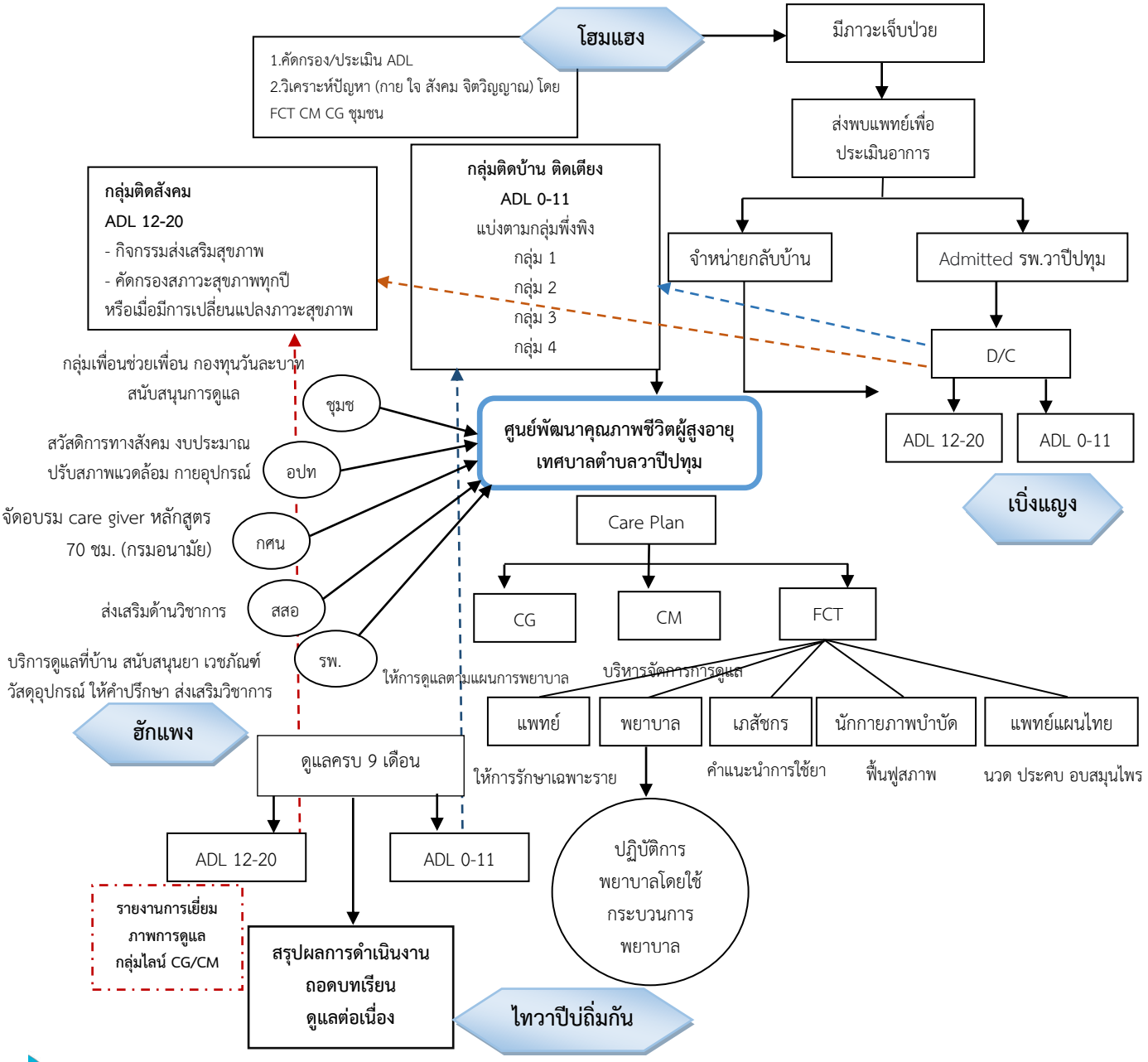
ผู้ให้ข้อมูล	การสนทนากลุ่ม	WAPI MODEL
	ขั้นตอนการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ร่วมกันระหว่าง CM/CG ผู้ดูแล/ญาติ อสม. ผู้นำชุมชน ทำให้เห็นปัญหาการไม่ยอมรับ CG	Plan โฮมแฮง
CG1	“เริ่มแรกจะมีปัญหาตรงที่ว่าเขาจะไม่ยอมรับ CG เราก็แก้ปัญหาโดยการออกเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่ CM และอธิบายให้เขาฟังว่าครั้งต่อไปจะให้ CG เป็นผู้ดูแล เมื่อคุ้นเคยกันประกอบกับคนในชุมชนก็เป็นคนรู้จักอยู่แล้ว เขาก็จะเข้าใจว่าคนนี้เป็นใคร มาทำอะไร สำหรับบางคนที่เขามีความรู้ มีประสบการณ์ พวกนี้เขาจะบอกเลยว่าไม่ต้องการการดูแลเขาดูแลได้เราก็จะทำการพูดคุยกัน” ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน	
CG2	“CG มีอยู่ทุกชุมชนอยู่แล้ว หลังจากสำรวจผู้สูงอายุประเมิน ADL แล้วให้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตัวเองก่อน ประมาณ 10-12 คน”	
CM1	“CM ร่วมประเมิน ADL เข้าเกณฑ์เสนอขอรับงบประมาณ”	
CM2	“CM เป็นคนแบ่งเคสให้ CG ดูแล วางแผนการดูแลร่วมกัน”	
CG3	“CG ส่วนมากเป็น อสม.อยู่แล้ว ทำงานเป็นจิตอาสา ไม่ได้หวังค่าตอบแทนเป็นรายได้หลัก ได้ดูแลผู้สูงอายุก็เหมือนดูแลญาติผู้ใหญ่ ได้บุญได้กุศล”	
อปท.1	“เทศบาลสนับสนุนเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุ อยากให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการดูแลเข้าโครงการทุกการเน้นย้ำ CM ให้สำรวจให้ดีอย่าให้มีคนตกหล่น”	
อปท.2	“ถ้างบประมาณไม่เพียงพอให้ CM เขียนของบจากเทศบาลเพื่อซื้อแพมเพิส”	Action (เมิงแญง)
	ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย CG ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล	

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	การสนทนากลุ่ม	WAPI MODEL
CM1	“CM CG ประเมิน ADL ทุกเดือน หากมีการเปลี่ยนกลุ่มต้องมีการปรับแผนการดูแล และถ้าพบเคสใหม่ CG ต้องรายงานทันที”	
CM2	“CG 2 คนให้ไปเยี่ยมผู้สูงอายุพร้อมกัน เพื่อความปลอดภัยของ CG โดยเฉพาะส่วนมากเป็นผู้หญิงและจะได้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ ไม่หนักจนเกินไป” “ถ้า CG มีปัญหาการดูแลหรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม ให้ปรึกษา CM หรือหมอครอบครัว โดยการส่งไลน์ในกลุ่ม หรือโทรศัพท์สายตรง”	
CG4	“ผู้สูงอายุบางคนพวกเราก็ไปตัดผม สระผม นวด หรือช่วยทำงานบ้าน เช่น นึ่งข้าว ล้างจานกวาดบ้านถึงไม่ใช่หน้าที่หลักแต่เห็นแล้วก็สงสารอยากช่วยทำถ้าไม่ได้ไปเยี่ยมนานๆผู้สูงอายุก็ถามหา โทรตาม”	
CG5	“ผู้ป่วยติดเตียงที่ยังหนุ่มอยู่เป็นอัมพาต นอนอยู่บ้านคนเดียวตอนกลางวัน ภรรยาไปขายของ ผมก็เอาวิทยุไปให้ฟัง บ้านอยู่ใกล้ๆกันก็เทียวไปดู และขอแรงชาวบ้านไปช่วยทำรอกกายภาพให้”	
CM2	“หากพบภาวะฉุกเฉินโทรตามรถพยาบาล 1669 หรือ 043-799486 ได้ตลอด 24 ชม.”	
นักกายภาพ	“ผู้พิการถ้าขึ้นทะเบียนแล้วสามารถเบิกรถเข็นนั่ง ไม้เท้า ให้ CG หรือญาติไปเบิกได้ที่รพ. ส่วนรายที่ดูแล 6 เดือนแล้วไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้หมอจะออกไปประเมินและออกใบรับรองความพิการให้ถึงบ้านไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล”	
อปท.	“เทศบาลมีอุปกรณ์ เช่น วอร์กเกอร์ ไม้เท้า รถเข็น สำหรับคนในพื้นที่”	
เภสัช	“เภสัชจะช่วยดูในเรื่องยาของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้ยาหลาย เช่น จัดยาให้หยิบง่ายขึ้น สอนการกินยาให้ถูกวิธี”	Observation
แพทย์	“ถ้าการดูแลเกินศักยภาพสามารถปรึกษาแพทย์ได้ตลอดเวลา ทั้งทางไลน์ ทางโทรศัพท์”	**ฮักแพง**
	การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุจากการสังเกต สอบถามข้อมูลจาก CG	
CM1	“ให้ CG/FCT ส่งรายงานการดูแลพร้อมรูปถ่ายทุกสิ้นเดือน รูปถ่ายให้เห็นกิจกรรมการดูแลอื่นๆ นอกเหนือจากรูปวัดความดันด้วย และให้เห็นรูป CG คู่กับผู้สูงอายุ”	
CM2	“การส่งรูปผู้สูงอายุในไลน์กลุ่มให้ระบุชื่อ-สกุลผู้สูงอายุไว้ใต้ภาพทุกครั้ง”	
CM3	“ให้ CG ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเคสที่ดูแล”	
ญาติ	“ดีใจที่มีหมอออกไปเปลี่ยนสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะให้ถึงบ้าน ไม่ต้องให้คนไข้เข้ามาโรงพยาบาล เสียทั้งค่ารถ เสียทั้งเวลา เคลื่อนย้ายก็ลำบาก และหมอยังมีเตียงนอน ที่นอนลม แพมเพิส ก็มีไข้ บ้านฉันฐานะยากจนก็ช่วยแบ่งเบาภาระได้เยอะ ถ้าไม่มีโครงการนี้ครอบครัวฉันก็ลำบาก”	
	คืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติ	
อปท	“งบประมาณที่เหลือในโครงการปีนี้ให้นำมาใช้ต่อในโครงการปีถัดไป”	Reflection
นำชุมชน	“โครงการนี้เป็นโครงการที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส อยากให้มีการดำเนินการต่อไป”	ไทวาปีบ่ถิ่มกัน
CM1	“ขอบคุณภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่สนับสนุนช่วยดูแลผู้สูงอายุ”	

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุมจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ WAPI MODEL (โฮมแฮง เบิ่งแญง ฮักแพง ไทวาปีบ่ถิ่มกัน) สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังรูปภาพที่ 2

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY มหาวิทยาลัยขอนแก่น



รูปภาพที่ 2 WAPI MODEL

อภิปรายผลการวิจัย

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุมจังหวัดมหาสารคามนั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์การดูแล ตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น โดยอาศัยการดูแลหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager) และทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเทศบาลตำบลวาปีปทุม เช่น ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการทำงาน WAPI model กล่าวคือ W: Working team/network คือทำงานเป็นทีม สร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และอื่นๆ A: Attitude คือ มีทัศนคติที่ดีในการดูแล

ผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมและภาคีเครือข่าย P: Patient center คือ การดูแลที่เน้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการและให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ I: Integrated คือการบูรณาการสติปัญญา ทรัพยากร งาน คน เงิน ของร่วมกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค วางแผนการดูแลการทบทวนก่อน หลัง ซึ่งกระบวนการทำงานร่วมกันต่างๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ ได้แก่ กางเกงผ้าอ้อม ลูกบอลบริหารนิ้วมือ ถังปั่นหรรษา ยางยืดออกกำลังกาย ก้านตาลดัดเท้า และใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านญาติ อสม. CG เมื่อต้องการคำปรึกษา ไม่สะดวกมาพบแพทย์ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยโควิด (ค่านิยมองค์กร: core values) ของโรงพยาบาลวาปีปทุม ปี พ.ศ. 2565) (แผนยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพวาปีปทุม: 2565) **เกิดรูปแบบวาปีโมเดล โฮมแฮง เมิงแญง ฮักแพง ไทวาปี บ่ถิ่มกัน** กล่าวคือ **โฮมแฮง** คือ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม สร้างเครือข่ายในการดูแล **เมิงแญง** คือการดูแลตามสภาพปัญหารายบุคคลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฮักแพง ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ที่ส่งมอบผ่านการดูแล โดยหลักการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปรียบเสมือนญาติ พี่น้อง คนในครอบครัว **ไทวาปี บ่ถิ่มกัน** คือการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดการ ลดปัญหาการขาดผู้ดูแล สร้างเครือข่ายการดูแลตนเองในชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี[10] ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนเพราะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคมหลายประเด็น ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล หนึ่งในประเด็นที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพัง สามี-ภรรยา มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวการณ์เจ็บป่วยที่รุนแรงและผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องมีกระบวนการหรือรูปแบบในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่พร้อมให้การสนับสนุน รวมทั้งต้องมีการดูแลจากสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม ตรงประเด็นตามรายบุคคล

ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชม. ของกรมอนามัย (care giver) มีทีมสหวิชาชีพให้การดูแล ในรายที่จำเป็นต้องใช้ทักษะพิเศษในการดูแล ซึ่งเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของการทำงานในชุมชนอย่างแท้จริง และจากผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าหลังให้การดูแลมีการเพิ่มขึ้นของ ADL ในแต่ละรายบุคคล โดยมีการเพิ่มขึ้นของ ADL ในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ภายหลังการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น 8 คน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 2 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 1 และกลุ่ม 3 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 2 นอกจากนั้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 1 รายและมีทักษะการนวดแผนไทยเมื่อเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมยังสามารถช่วยนวดผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุติดบ้าน และมีรายได้เสริมจากการนวดแผนไทยที่บ้าน อีก 1 รายกลายเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอปท.ได้สนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านสวัสดิการสังคม ได้แก่ ถุงยังชีพ 20 ราย การปรับสภาพบ้าน 4 ราย สร้างห้องน้ำ 1 ราย การปรับเดินทางลาดชัน 3 ราย ทำราวฝึกเดิน รอกกายภาพ 5 ราย ได้รับรถเข็นนั่ง ไม้เท้า จำนวน 7 ราย ด้านการ

สนับสนุนทางการแพทย์ ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 3 ได้รับการสนับสนุนเตียง ที่นอนลม จำนวน 4 ราย ผู้ที่มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 20 ราย

กรณีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่ม 3 แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ใส่สายสวนคาปัสสาวะ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียงอาศัยอยู่กับบุตรสาวตามลำพัง 2 คน สภาพบ้านเก่า ทรุดโทรม หลังคารั่ว บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ตกงานเนื่องจากต้องมาดูแลมารดาทำให้ขาดรายได้ประจำ บุตรสาวเกิดภาวะเครียด เหนื่อยล้าจากการดูแลทีมภาคีเครือข่ายได้เข้าไปช่วยเหลือในการปรับสภาพบ้าน มอบถุงยังชีพ จัดหางานให้บุตรสาวและมอบเงินสวัสดิการจำนวน 2,000 บาท จัดหาเตียง ที่นอนลม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ไปดูแลที่บ้าน และจัดทีม CG และ อสม. ให้ไปดูแลช่วงกลางวันทุกวัน เพื่อให้บุตรสาวได้ไปทำงาน มีรายได้ในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีแผลกดทับ ข้อติด มีสุขอนามัยที่ดี สุขภาพจิตดีขึ้น และบุตรสาวมีความเครียดลดลง ชุมชนสามารถดูแลพึ่งพากันเองได้ดังคำกล่าวที่ว่า “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ชุมชนเป็นฐาน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม”สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา [11] พบว่าหลังการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ “3 CHANA Model” ได้แก่ case manager, caregiver, care plan, health care fund, approach, network และ ADL และสอดคล้องกับผลการวิจัย Long-Term Care in Indonesia: The Role of Integrated Service Post for Elderly ที่พบว่าการให้บริการ LTC ที่จะประสบผลสำเร็จได้ต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและการมีส่วนร่วมของชุมช[12] ซึ่งจากการมีรูปแบบการดูแลและผลการเยี่ยมดังกล่าวยังมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลรวมจากการประเมินความพึงพอใจ พบว่าผลการประเมินภาพรวมของการดูแลอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บูรณาการให้เกิดการมีส่วนร่วมการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) วัดส่งเสริมสุขภาพหรือองค์กรเอกชนหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขยายเครือข่ายการดูแลให้ครอบคลุม

2. รูปแบบการดูแล WAPI MODEL ควรสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน

3. สร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเกิดมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ส่งเสริมให้มีการอบรม care Manager ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมดูแลผู้สูงอายุ

5.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเกิดความยั่งยืนในการดูแลตนเอง

6. อบรมฟื้นฟูความรู้ให้ care giver ทุก 2-3 ปี เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติ ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลวาปีปทุม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) คณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว เทศบาลตำบลวาปีปทุม คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) และผู้เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความทุ่มเทและตั้งใจ จนสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY

References

1. Prasatkul K, (editor). Report on the situation of the Thai elderly Bangkok: Thai Elderly Research and Development Institute Foundation; 2017.

2. Situation of Thai elderly 2022.-Bangkok: Amarin Corporations Company Limited. (Public),2023:128 pages ISBN: 978-616-331-150-4

3. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisarn P, Kasemsap W, Ekaphakorn W, Siraphan B. Research project to develop a long-term caresystem (long-term care) for dependent elderly people under the national health insurance system. Printed. Bangkok: Desemberry Company Limited; 2018.

4. Charoenwong S, Kongkhun P, Chansaengrat N, Seewan P. Care situation and long-term care needs for dependent elderly people in rural Muslim communities in southern Thailand. SCNJ 2018;5(2):231-46. (in Thai)

5. Maha Sarakham Provincial Public Health Office. HDC report, Maha Sarakham Provincial Public Health Office 2022. Maha Sarakham: Provincial Public Health Office: 2022.

6. National Health Insurance Office, Region 7, Khon Kaen, Guidelines and procedures for caring for dependent elderly people. Nana Witthaya Finance Limited Partnership; 2018.

7. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhow W, Caring for the dependent elderly at the center for elderly care at Waeng sub-district health promotion hospital, Kradian subdristric, Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. Journal of Public Health 2020;29(5):813-21 (in Thai)

8. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. New York: Springer; 2014.

9. Likert, Rensis A. New patterns of management. New York: McGraw-Hill Book Company Inc.; 1961.

10. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhow W, Caring for the dependent elderly at the center for elderly care at Waeng sub-district health promotion hospital, Kradian subdristric, Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. Journal of Public Health 2020;29(5):813-21 (in Thai)

11. Kongjun C. Development of long term care model for elderly with dependent under the National Health Insurance System, Songkhla Province. Academic Journal of Mahasarakham public Health office 2023;7(13):53-67. (in Thai)

12. Pratono AH, Maharani A. Long-term care in Indonesia: The role of integrated service post for elderly. JHA 2018;30(10):1556-73.

FACULTY OF NURSING KHON KAEN UNIVERSITY