ISSN 2651-1274 (online)

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
VOL.16 NO.1 JANUARY- APRIL 2024







PNUJR

วารสารผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 1 (พ.ศ.2563 - 2567)
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภท บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และบทความปกิณกะ ทั้งนี้บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อนนับจากวันที่ผู้เขียนได้ส่งบทความต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้าน การแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในสถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสาร
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000
โทร. 0-7370-9030 ต่อ 1611 โทรสาร 0-7370-9030
http://journal/pnu.ac.th, E-mail: pnu_jr@hotmail.com

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

ที่ปรึกษา

ศ.ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์
ผศ.ดร.จงรัก พลาศัย
รศ.ดร.รสสุคนธ์ แสงมณี
ผศ.ดร.ปริชา สะแลแม
อ.ดร.อาสลัน หิเล
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
ผศ.ดร.สายทอง แก้วฉาย
อาจารย์มารียัะ ปุเต๊ะ

บรรณาธิการ

ผศ.มุสลินท์ โตะแปเราะ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รศ.ดร.พนม สุขจันทร์
ผศ.วนิสา หะยีเซาะ
อาจารย์วนิดา อาแว

กองจัดการ

ผศ. ดร.ประทาน ศรีชัย
ผศ.เดชดนัย จุ้ยชุม
อาจารย์ฟิรดาว นิสะนิ
อ.ดร.ลาตีฟะห์ เจ๊ะเลาะ
นางสาวนฤมล รัตนธานี
นางปิยนุช วัจนศิริ
นางสาวซัมซียะห์ เจ๊ะสาเม๊าะ

เจ้าของ

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

กำหนดออก

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

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ถวิล พึ่งมา	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ วัชรพุกก์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Prof Dr.Saryono	University of Jenderal Soedirman, Indonesia
Dr.Ahmed H.A. Dabwan	TATI University College, Terengganu, Malaysia
Dr.Samantha Chandranath Karunarathna	Kunming Institute of Botany, CAS, China
รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศราวุธ ปาลิโภชน์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑล เลิศคณาวนิชกุล	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกล สายสิงห์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เด่นนภา แซ่หล่อ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.อ.รศ.ดร.นพ.นครินทร์ ศันสนยุทธ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
พ.ท.ผศ.นพ.คร. ธีรยสถ์ นิมมานนท์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัสวี อดุลยรัตน์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฟูซียะห์ หะยี	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอนงค์ สมทรัพย์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิซรีน เจ๊ะมามะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โตมร นุ่นแก้ว	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เครือวัลย์ ห้วนก้ง	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรฤทัย พรหมสงค์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.มุสลีฮา เจ๊ะซอ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.อามีนา เบญจมานะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.อนุสรา คำเนตร	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือมหาวิทยาลัย-นราธิวาสราชนครินทร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

บทบรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ได้เข้าสู่ปีที่ 16 แล้ว ในโอกาสนี้ขอเริ่มต้นด้วยคำอำนวยอวยพรในศุภวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2567 ขอให้ทุกท่านประสบแต่ความสุขกาย สบายใจตลอดไป วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567 นี้ เผยแพร่บทความวิจัย 18 บทความ ที่เป็นงานวิจัยในหลากหลายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงกลุ่มนักศึกษาพยาบาล แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทั้งในทางวิชาการและวิชาชีพ

บรรณาธิการรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่มีผลงานจากหลากหลายหน่วยงาน ทางวารสารจะส่งเสริมสนับสนุนและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) ด้านการแพทย์ พยาบาล ทันตกรรม สาธารณสุขศาสตร์ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และจะคงไว้ซึ่งคุณภาพของบทความตามเกณฑ์การประเมินของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 ในรอบที่ 5 (พ.ศ.2568 – 2572)

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนทุกท่านที่ร่วมส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความจากวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์จะได้รับความไว้วางใจในการเผยแพร่ผลงานที่มีคุณค่าของท่าน และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาทางวิชาการและวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มุสลินท์ โตะแปเราะ

บรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
การแปลและดัดแปลงแบบข้ามวัฒนธรรมของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติการวัด เอกชัย กันธะวงศ์, ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์, โรชินี อุปรา, ชลธิชา อมาตยคง	1	Cross-cultural Translation and Adaptation of The Thai Version of Adolescent Drinking Media Literacy scale (Thai-DMLS): A Psychometric Properties Testing Eakachai Kantawong, Chayatida Nonmeatawat, Roshinee Oupra, Chonticha Amattayakong
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการ ความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ สุธิดา แสงดี, วรากมล วังหอม, อนุชา ไทยวงษ์, กำทร ดานา, สายวลุน จันทคาม, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง	26	Effects of a Symptom Self-Management Promotion Program Combined with Social Support on Knowledge Regarding Tuberculosis and Symptom Management Medication Adherence and Clinical Outcomes among New Pulmonary Tuberculosis Patients Suthida Sangedee, Warakamol Wanghom, Anucha Taiwong, Kamthorn Dana, Saiwalun Juntakam, Sukontip Pattitanung
การพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 สำหรับชายไทยมุสลิม ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, รสสุคนธ์ แสงมณี, ซัมซูรีย์ มามะ, ซูไบดะห์ กูรุง, ณัฐชา หมัดกะเส็ม, นภชา สิงห์วีรธรรม	42	Development and Effectiveness of PNU3 NSM Mask of Preventing COVID-19 Infection Transmission among Thai Muslim Men Siriphan Siriphan, Rossukon Sangmanee, Samsuree Mama, Subaidah kurung, Nutcha Madkasem, Noppacha Singweratham
ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด กิรติยา วงษ์กาฬสินธุ์, เยาวรัตน์ มัชฉิม, เรือนขวัญ กัณหสิงห์, ปิยะวรรณ ขนาน	59	Effects of End-of-Life Care Program on Illness Uncertainty and Distressing Symptoms in Patients with Lung Cancer Kiratiya Wongkalasin, Yaowarat Matchim, Ruankwan Kanhasing, Piyawan Kanan

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส วรุณสุดา ศรีภักดี, ธัตรชัย ธารณ์ชัยเตชาวุฒิ	79	Adverse Drug Reactions among Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy Following Discharge from the Hospital and the Factors Contributing to Adverse Drug Reactions in Sungai - kolok, Narathiwas Province Warunsuda Sripakdee, Tatchai Tanchaitechawut
ประสิทธิผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ต่อความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส สุภาวดี อดิศัยศักดา, สาวิณี ชาญสินธพ, พัชราวดี ทองเนื่อง, ฟาอิส วาเลาะแต, กฤตธนา อดิศัยศักดา	95	Effects of Using the Bilingual (Thai-Malayu) Humanitude Caring Concept in Older Adults on Knowledge, Caregiver Burden, and Satisfaction of Family Caregiver of Older Adults in Muang City, Narathiwas Province Supavadee Adisaisakda, Sawinee Chansintop, Patcharawadee Tongnuang, Fa-is Walohtae, Krittana Adisaisakda
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ นันวลัย ไชยสวัสดิ์	110	Development of a Care Model for Patients with Stroke during Rehabilitation Stage in Krasaesin Hospital Nanvalai Chaisawat
การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พิศสมัย ไลออน, กำทร ดานา, อนุชา ไทยวงษ์, กาญจนา จันทะนุย	131	Development of a Model for Promoting Health Literacy for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia in Yang Sisurat District, Mahasarakham Province Pissamai Lion, Kamthorn Dana, Anucha Taiwong, Kanjana Jantanui
การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล อรนุช นรารักษ์, นุสรีย์ ปะดุกา, ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์	150	Development of the Leptospirosis Surveillance System in Manang District, Satun Province Oranuch Nararak, Nusaree Paduka, Thanittha Ditsuwan

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ บุญสืบ โสโสม, ตรีชฎา ปุ่นสำเริง, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ บำเพ็ญ คำดี, พรทิพา สุภราศรี, สุเพียร โภคทิพย์	168	Health Literacy and Predicting Factors to Controlled Blood Sugar Levels among Women with Gestational Diabetes Mellitus Boonsurb Sosome, Treechada Punsomreung, Kamolrat Turner, Chularat Howharn, Bumpen Kamdee, Porntipa Suparasri, Supian Pokathip
ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล จุฬาลักษณ์ แสงงาม, อัจฉรา คำมะทิตย์, พรพันธ์ คณาศรี	186	The Effect of the Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent the Compartment Syndrome among Patients, Suffering from Closed Fracture Lower Leg Julaluck Sangngam, Adchara Khammathit, Pornpun Kanasri
ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในภาคใต้ประเทศไทย อรชร หลำพรม, วราภรณ์ คงสุวรรณ, ทัศนีย์ ขาว, นูรดีนี ดือเระ, ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง	203	Knowledge, Attitudes, and Caring Behaviors Towards Elderly Patients of Nursing Students at Southern University, Thailand Orachorn Lumprom, Waraporn Kongsuwan, Tusanee Khaw, Nurdeenee Dereh, Praditporn Pongtriang
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย กรอุไร ใบตาเย็บ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, บังอร บุญศรีจันทร์	222	The Development of a Covid - 19 Surveillance with Network Participation Model for Thai People in State Quarantine after Returning by Land at the Thai-Malaysian Border Kornurai Baitayeb, Kittiporn Nawsuwan, Noppcha Singweratham, Bungorn BoonSrichan

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ผลของปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 กรรณ์ฑิตา ไกรนรา, นิรชร ชูติพัฒนะ, ศศิธร ธนะภพ	245	Effects of Motivation Factors and Hygiene Factors toward the Quality of Physician's Medical Records in Community Hospital at the Public Health Region 11 Kantita Krainara, Nirachorn Chutipattana, Sasithorn Thanapop
ปัจจัยที่มีผลต่อระดับของยาฟีนัยโทอินในเลือดของเด็กที่เป็นลมชัก: การศึกษาแบบย้อนหลัง กรกช กังวาลทัศน์, ตวงรัตน์ โพธะ, ปวลี เนียมถาวร	261	Factors Influencing Phenytoin Level in Children with Epilepsy: A retrospective study Korakoch Kangwantas, Tuangrat Phodha, Pawalee Niamtaworn
ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน จีราพร ปูรียา, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	274	Factors Predicting Coronavirus Disease 2019 Prevention Practices among Patients Receiving Services at the Respiratory Infection Clinic, a Community Hospital Jeeraporn Pooreeya, Wanchai Lertwatthanawilat, Pimpaporn Klunklin
การประเมินผลการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรก ของพนักงานโรงแรมที่ใช้เป็นสถานพยาบาลกักตัวชั่วคราวของรัฐในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ ประเทศไทย เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, ตาณิกา หลานวงค์, สุชาธินี ทองเนื้อนวล, ศิริมาศ ภูมิไชยา, วิลาวรรณ คริสต์รักษา	291	Evaluation of Hotel Employee Readiness Preparation for the First COVID - 19 Pandemic Prevention in a Temporary Quarantine Hotel in a Southern Province of Thailand Phenpitcha Tinkaew, Tanika Lanwong, Suchathinee Thongnueanual, Sirimas Phoomchaiya, Wilawan Christraksa
การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส พีรวรรณ ชีวัยยะ, รุ่งทิพย์ วงศ์อกนิษฐ์, ทวีพร เพ็งมาก	311	Development of Performance Appraisal Model Based on Indicators of Narathiwat Provincial Public Health Office Peerawan Cheewaiya, Rungtip Wongakanit, Thaweeporn Pengmak

Princess of Naradhiwas University Journal

การแปลและดัดแปลงแบบข้ามวัฒนธรรมของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติการวัด

Cross-cultural Translation and Adaptation of The Thai Version of Adolescent Drinking Media Literacy scale (Thai-DMLS): A Psychometric Properties Testing

เอกชัย กันธะวงศ์[1], ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์[1*], โรชินี อุปรา, ชลธิชา อมาตยคง[1]

Eakachai Kantawong[1], Chayatida Nonmeatawat[1], Roshinee Oupra, Chonticha Amattayakong[1]

(Received: October 13, 2023; Revised: December 9, 2023; Accepted: December 20, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและดัดแปลงแบบข้ามวัฒนธรรมของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น และทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่นของแบบวัดฯ ฉบับภาษาไทย การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแปลและดัดแปลงแบบวัดให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย และระยะทดสอบคุณสมบัติของแบบวัดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 343 คน ทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ตรวจสอบความเชื่อมั่นภายในและภายนอกจากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย จำนวน 18 ข้อ สามารถสกัดได้เป็น 2 องค์ประกอบ คือ 1) รู้เท่าทันความจริงเกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) คิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับกลยุทธ์ของสื่อและความจริงที่ถูกปกปิด มีความตรงเชิงโครงสร้างที่ดี (X^2/df = 1.81, RMSEA = 0.05, CFI = 0.95, TLI = 0.94) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคขององค์ประกอบที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.82 และ 0.92 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นขององค์ประกอบที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ สรุปได้ว่าแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อฯ ฉบับภาษาไทย มีความตรงเชิงโครงสร้างและความ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author: chayatida@bcnc.ac.th

เชื่อมั่นของแบบวัดในระดับดี เหมาะสำหรับนำไปประยุกต์ใช้เพื่อประเมินความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การแปลข้ามวัฒนธรรม, การดัดแปลงเครื่องมือ, ตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ, แบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อ, วัยรุ่น

Abstract

The purposes of this study were to cross-culturally translate and adapt the Thai version of the Adolescent Drinking Media Literacy Scale (Thai-DMLS) and to conduct psychometric testing of the Thai-DMLS, including its assessment of construct validity and reliability. This study comprised two distinct phases: a cross-cultural translation process, and a two-wave data collection to assess the psychometric properties of the Thai-DMLS, involving 343 secondary school students in Chiang Mai, Thailand. Exploratory factor analysis was performed to evaluate the construct validity of the Thai-DMLS using data from the first wave. Subsequently, confirmatory factor analysis was undertaken with data from the subsequent wave, which was administered two weeks later. Cronbach's alpha coefficient was calculated to evaluate the internal reliability of the Thai-DMLS, while the scale's external reliability was assessed using intra-class correlations.

The results revealed that the 18 items of the Thai-DMLS were categorized into two factors, including 1) knowing the truth about alcohol business marketing strategies and 2) critical thinking about media strategies and unrevealed fact. The results from confirmatory factor analysis indicated the good fit of the measurement model (X^2/df = 1.81, RMSEA = 0.05, CFI = 0.95, TLI =0.94). The Cronbach's alpha coefficients for each factor were 0.82 and 0.92, respectively. Intra-class correlations for each factor were 0.95 and 0.97, respectively. The findings suggest that the Thai-DMLS exhibits good validity and reliability. It is recommended that healthcare providers and researchers consider using this scale to evaluate the levels of media literacy related to drinking among adolescents, as it serves as a foundational step in the implementation of future health promotion initiatives.

Keywords: Cross-cultural translation, Scale adaptation, Psychometric validation, Media literacy scale, Adolescent

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกมาสู่ยุคดิจิทัลทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้คนในสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การติดต่อสื่อสารของประชากรโลกถูกเชื่อมต่อด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารแบบไร้พรมแดน (Heimann, Bus, & Barr, 2021) มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ในรูปแบบออนไลน์สู่ประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างรวดเร็ว (Thorn et al., 2023) โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น ผู้บริโภคสื่อเหล่านี้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ได้ทุกที่ทุกเวลาจากหลากหลายแอปพลิเคชันในสังคมออนไลน์ที่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน เช่น Facebook, Line, Twitter, TikTok, Instagram และอื่น ๆ (Nation Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2022) จากการศึกษาสถานการณ์การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, Thailand, 2020) พบว่าถึงร้อยละ 98 ของวัยรุ่นไทยมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยวันละ 6 ชั่วโมง โดยวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ขณะที่หลายการศึกษาระบุว่าวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีทักษะความรอบรู้เท่าทันสื่อเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์แยกแยะข้อเท็จจริงและการตีความหมายอย่างมีวิจารณาญาณของสื่อที่ได้รับ (Prasitwisate, 2018; Satee, 2016; Thepsorn & Erawan, 2021) จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มวัยรุ่นคือกลุ่มเปราะบางจากการเสพสื่อในยุคสังคมดิจิทัล

การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มในด้านสุขภาพ เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมทั้งยังเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาครอบครัวและผลกระทบความผาสุกของสังคมโดยรวม เช่น ปัญหาอาชญากรรมและการใช้ความรุนแรง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022) ผลการวิจัยระบุว่าการสัมผัสสื่อโฆษณาและสื่อสังคมออนไลน์ที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น ($\beta = 0.35, p = .007$) (Kantawong, Kao, Robbins, Ling, & Anderson-Carpenter, 2023) เนื่องจากสื่อออนไลน์เป็นช่องทางที่ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้ในการเผยแพร่สื่อเชิงสัญลักษณ์เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงบวก เพื่อสร้างความน่าจดจำแก่ผู้รับสารที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม การดื่มเพื่อเฉลิมฉลองความสำเร็จและชัยชนะจากการกีฬา เป็นต้น (Siripai, 2021) รวมถึงการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์บุคคลที่เป็นที่นิยมในสังคม เช่น ดารา หรือนักกีฬาที่มีชื่อเสียง มาเป็นตัวแบบในการส่งต่อสารที่บิดเบือนจากความเป็นจริงและปกปิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Garcia et al., 2019; Merrill et al., 2023) กลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่นถือเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์เหล่านี้

ดังนั้นหากวัยรุ่นขาดทักษะในวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลที่สื่อนำเสนออย่างมีวิจารณญาณ ก็จะไม่สามารถแยกแยะความเป็นจริงที่สื่อกำลังบิดเบือนอยู่ เกิดการคล้อยตาม เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อสารที่ได้รับ และนำไปสู่การทดลองดื่มแอลกอฮอล์และก่อเกิดเป็นพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป (Kantawong, Kao, Robbins, Ling, & Anderson-Carpenter, 2022; Sciglimpaglia, Tarr, & Brodowsky, 2021)

ความรอบรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) เป็นทักษะทางปัญญาในการคิดวิเคราะห์ต่อเนื้อหาของสื่อ ตีความหมายเนื้อหาของสื่อ ตลอดจนรู้เท่าทันกลยุทธ์ที่สื่อใช้ เป็นทักษะการเรียนรู้ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นทักษะสำคัญของวัยรุ่นในยุคดิจิทัล ซึ่งได้ถูกบรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการสื่อสารมวลชนขององค์กรเพื่อการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติหรือยูเนสโก (National Association for Media Literacy Education, 2011) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นที่มีระดับความรอบรู้เท่าทันสื่อต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Austin & Pinkleton, 2016; Park, Lee, & Kim, 2022) อย่างไรก็ตาม เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้เท่าทันสื่อได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามศาสตร์ของงานวิจัยนั้น ๆ เช่น ความรู้เท่าทันสื่อด้านพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร (Truman & Elliott, 2020) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Kwon & Shin, 2020) และด้านการสูบบุหรี่ (Park & Kim, 2021; Kim et al., 2022) เป็นต้น แต่แบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่นยังมีค่อนข้างจำกัด บางแบบวัดมีจำนวนข้อคำถามที่มากเกินไป และขาดการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตมิติ (Chen, 2013; Park et al., 2022; Peter, Sobowale, & Ekeanyanwu, 2013) จึงยังไม่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งนี้พบว่าแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้สูบบุหรี่ในวัยรุ่นของ Primack et al. (2006); Primack and Hobbs (2009) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของสมาคมแห่งชาติเพื่อการศึกษาการรอบรู้เท่าทันสื่อแห่งสหรัฐอเมริกา (National Association for Media Literacy Education, 2011) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ครอบคลุม 3 มิติองค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ส่งสารและผู้รับสาร (authors and audiences) สารและการสื่อความหมายของสาร (messages and meanings) และนัยแฝงและข้อเท็จจริงที่อยู่เบื้องหลังของสื่อ (representation and reality) เป็นแบบวัดที่มีข้อคำถามที่กระชับชัดเจนและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่น เป็นเครื่องมือที่ผ่านเกณฑ์การทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ (psychometric properties) ด้านความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่น ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นสูงและมีผู้วิจัยนำไปปรับใช้ในหลายงานวิจัยในหลายประเทศ (Ahmmad, 2022; Page, Pikob , Balazsb, & Struka, 2010; Page, Huong, Chi, & Tien, 2011) สำหรับแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อสำหรับวัยรุ่นในประเทศไทยยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ไม่มีแบบวัดเฉพาะสำหรับความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์

แบบวัดส่วนใหญ่มีข้อคำถามที่ซับซ้อนและมีจำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก (Klangburam, Suwannasaen, & Ruengtip, 2020; Kleechaya, 2016; Satee, 2016) และที่สำคัญพบว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นขาดการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัด (Klangburamet et al., 2020; Tongrak, 2019; Wiboonphan, 2017) ทำให้เครื่องมือขาดความน่าเชื่อถือและไม่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล

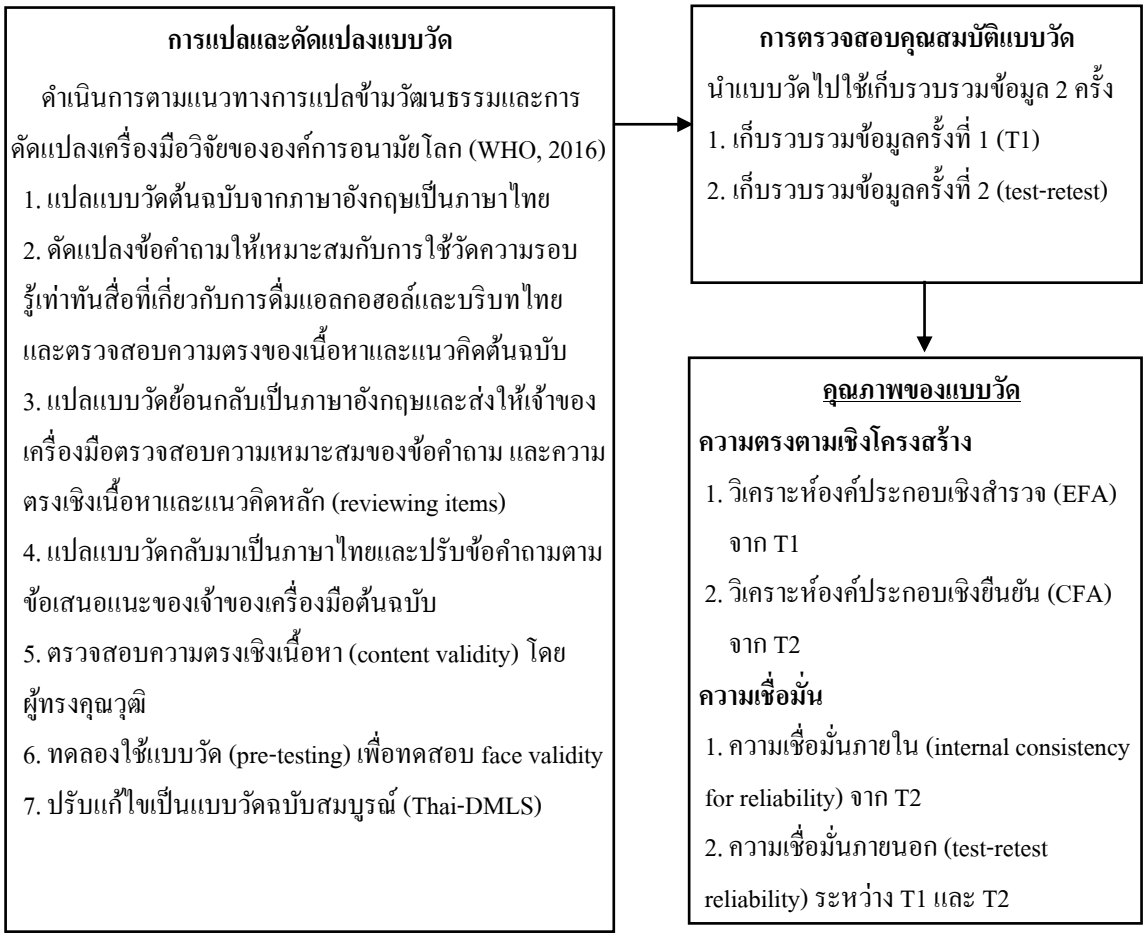
จากข้อจำกัดที่กล่าวมาประกอบกับประเทศไทยยังไม่พบแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่นที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติการวัด ผู้วิจัยจึงสนใจในการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ที่ผ่านการแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้สูบบุหรี่ของ Primack et al. (2006); Primack and Hobbs (2009) โดยใช้กระบวนการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัยแบบข้ามวัฒนธรรมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016) เพื่อให้ได้เครื่องมือสำหรับการประเมินความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทยที่น่าเชื่อถือ มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย อันจะเกิดประโยชน์ต่อการวิจัยทางด้านการสาธารณสุข ด้านการศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแปลและดัดแปลงแบบข้ามวัฒนธรรมของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย
2. เพื่อทดสอบคุณสมบัติการวัดของแบบวัดรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ได้แก่ ความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่น

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแนวทางการแปลและดัดแปลงแบบข้ามวัฒนธรรมของเครื่องมือวิจัยขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) เพื่อแปลและดัดแปลงแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นจากภาษาต้นฉบับมาเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปตรวจสอบคุณสมบัติการวัดในด้านความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่นของแบบวัด ฉบับภาษาไทย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการแปลและดัดแปลงแบบวัด และ 2) ระยะตรวจสอบคุณสมบัติแบบวัด ดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566 ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การแปลและดัดแปลงแบบวัด

หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจาก ศาสตราจารย์ Brian Primack ในการนำแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้สูบบุหรี่ในวัยรุ่น มาแปลและดัดแปลงเป็นแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ตามแนวทางการแปลข้ามวัฒนธรรมและการดัดแปลงเครื่องมือวิจัยขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสองคน ทำการแปลย้อนกลับแบบวัดจากต้นฉบับไปเป็นภาษาไทย (forward translation) โดยคำนึงถึงหลักความเท่าเทียมกันของภาษาในด้านการสื่อความหมาย เนื้อหาและแนวคิด ด้วยการแปลแบบเป็นอิสระต่อกัน ผู้แปลเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในวัยรุ่น และเป็นผู้ที่ผ่านการศึกษาในระดับปริญญาเอกและอาศัยอยู่ในประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลักไม่ต่ำกว่า 5 ปี เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสองภาษา จากนั้นผู้วิจัยทั้งสองประชุมเพื่อทวนสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแต่ละข้อคำถาม และสังเคราะห์ให้เป็นแบบวัดออกมาฉบับเดียว ที่เรียกว่า FT1

2. ผู้วิจัยทั้งสองคนที่แปลแบบวัดประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 1 ท่าน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้งสองท่านเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอกจากประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก และมีประสบการณ์ในการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย เพื่อนำแบบวัด FT1 มาร่วมกันพิจารณาดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมสำหรับใช้ในการวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่นไทย แต่คงไว้ซึ่งความตรงของเนื้อหาและแนวคิดหลักของแบบวัดต้นฉบับ โดยพิจารณาดัดแปลงข้อคำถามโดยคำนึงถึงสถานการณ์ปัจจุบัน รูปแบบ และช่องทางการเผยแพร่ของสื่อโฆษณาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริบทของประเทศไทย ได้แบบวัดฉบับที่เรียกว่า MS1

3. ผู้วิจัยนำแบบวัดฉบับที่ดัดแปลงขึ้น (MS1) ไปให้อาจารย์ภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะมนุษยศาสตร์ ที่ไม่เคยเห็นแบบวัดนี้มาก่อน เป็นผู้ที่มีทักษะภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี เคยศึกษาในระดับปริญญาเอกและใช้ชีวิตในประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลักมามากกว่า 5 ปี ทำการแปลย้อนกลับแบบวัดเป็นภาษาอังกฤษ (BT1) จากนั้นนำแบบสอบถามที่ดัดแปลงฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษดังกล่าวส่งให้เจ้าของเครื่องมือต้นฉบับทางอีเมล เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแนวคิดหลักของแบบวัดและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงแบบวัดให้สมบูรณ์

4. ผู้วิจัยนำแบบวัดที่แปลเป็นภาษาอังกฤษ (BT1) ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ที่มีความชำนาญทั้งสองภาษา 2 ท่าน แปลแบบวัดกลับมาเป็นแบบวัดฉบับภาษาไทยอีกครั้ง (TBT1) เมื่อนำแบบวัดฉบับที่แปลมาเป็นภาษาไทย (TBT1) มาเทียบกับแบบวัดที่ดัดแปลงเป็นภาษาไทยจากขั้นตอนที่ 2 (MS1) พบว่ามีความหมายของแต่ละข้อคำถามสอดคล้องกัน จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของเจ้าของเครื่องมือต้นฉบับและขัดเกลาภาษาเล็กน้อยเพื่อให้มีความชัดเจนของข้อคำถามมากขึ้น ได้แบบวัดฉบับ (TBT2)

5. ผู้วิจัยนำแบบวัดฉบับ TBT2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและการแปลเครื่องมือการวิจัยจากภาษาต่างประเทศ 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน

ภาษาและมีประสบการณ์การแปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาต่างประเทศ 2 ท่าน 3) นักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาและการวิจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น 1 ท่าน และ 4) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาและการวิจัยด้านการสังเคราะห์องค์ประกอบ 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity judgement) ของแบบวัดที่แปลและดัดแปลง และทำการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI)

6. ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขความคลุมเครือและการสื่อความหมายของบางข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนยิ่งขึ้น จึงได้แบบวัดฉบับ T-DML1 จากนั้นนำแบบวัด T-DML1 ไปทำการตรวจสอบความตรงที่ปรากฏ (face validity) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ แต่ไม่ใช่โรงเรียนที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยให้นักเรียนอ่านแต่ละข้อคำถามไปทีละข้อพร้อมกัน ระหว่างนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงความเข้าใจต่อข้อคำถามไปทีละข้อ

7. ผู้วิจัยนำแบบวัดมาปรับแก้ไขความคลุมเครือของข้อคำถามบางข้อตามข้อเสนอแนะของนักเรียน ในขั้นตอนที่ 6 จึงได้แบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อโน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับภาษาไทย (Thai version of adolescent drinking media literacy scale: Thai-DMLS) ที่เป็นฉบับสมบูรณ์สำหรับนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณสมบัติแบบวัด

ระยะนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งดำเนินการต่อทันทีหลังจากระยะที่ 1 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อ 1) ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อโน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับภาษาไทย ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factorial structure) จากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 และ 2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นภายใน (internal reliability) และความเชื่อมั่นภายนอก (external reliability) ของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับภาษาไทย จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมในครั้งที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าถึงได้ในการศึกษาครั้งนี้ (accessible population) คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ประจำปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอ กลุ่มโรงเรียนสายเหนือ สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเชียงใหม่ จำนวน 8 โรงเรียน ทั้งหมด 2,693 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาถูกคัดเลือกโดยการสุ่มแบบโควตา (quota sampling) จากทั้งหมด 8 โรงเรียน ให้ได้โรงเรียนที่จะทำการศึกษา 3 โรงเรียน โดยกำหนดโควตาโรงเรียนละ 120 คน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียนแบบสะดวก

(convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในปีการศึกษา 2566 ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 3) เป็นนักเรียนที่มีอุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น โทรศัพท์มือถือสมาร์ตโฟน โทรทัศน์ แท็บเล็ต หรือ คอมพิวเตอร์ / โน้ตบุ๊ก เป็นต้น และมีเกณฑ์ในการคัดออกคือ นักเรียนที่มีปัญหาในการเรียนรู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และ / หรือ อยู่ระหว่างการรักษา การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงตามอัตราส่วนของข้อคำถามต่อตัวแปรที่ศึกษาที่กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10 - 15 คนต่อ 1 ข้อคำถาม (Boateng et al., 2018) ซึ่งแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 18 ข้อคำถาม จึงควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 180 – 270 คน ประกอบกับการพิจารณาตามข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 300 คน (Kyriazos, 2018) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 2 สำหรับการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นภายนอกด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับชั้นที่ศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม พฤติกรรมการใช้มือถือและการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ประสบการณ์ในการสัมผัสสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือข้อความโน้มน้าวให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. แบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับภาษาไทย ที่ถูกแปลเป็นภาษาไทยตามขั้นตอนการแปลและดัดแปลงข้ามวัฒนธรรมของเครื่องมือการวิจัยในระยะที่ 1 มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้ส่งสารและผู้รับสาร (authors and audiences) 2) สารและการสื่อความหมายของสาร (messages and meanings) และ 3) นัยแฝงและข้อเท็จจริงที่อยู่เบื้องหลังของสื่อ (representation and reality) ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่าง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 18 - 72 คะแนนมากหมายถึง มีระดับความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สูง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ตามเอกสาร

รับรองเลขที่ BCNCT 10 / 2566 ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การรักษาความลับ (privacy) ของผู้ถูกวิจัย รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ถูกวิจัยในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้บุตรหลานเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานผู้อำนวยการโรงเรียนและครูอนามัยโรงเรียนของโรงเรียนเป้าหมาย เพื่อเข้าพบชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมถึงขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้นักเรียนในโรงเรียนรับทราบ

2. ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาในวันเวลาที่นัดหมายในแต่ละโรงเรียน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้มอบชุดเอกสารรายละเอียดโครงการวิจัยและเอกสารคำยินยอมของผู้ปกครองของนักเรียน ในการลงนามอนุญาตให้บุตรหลานเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยนัดหมายนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับเอกสารยินยอมของผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัยคืน จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยได้แจกซองเอกสารหมายเลข 1 ซึ่งมีรหัสระบุอยู่ที่มุมขวาของซอง ในซองเอกสารบรรจุแบบสอบถามการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถาม หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างส่งคืนแบบสอบถามในกล่องทึบที่ตั้งอยู่บริเวณหน้าห้องเรียน จากนั้นผู้วิจัยมอบซองเอกสารหมายเลข 2 ที่มีรหัสเดียวกันให้แก่กลุ่มตัวอย่างเก็บไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการปิดผนึกซองไว้เพื่อป้องกันการเปิดดูแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง และเน้นย้ำให้นำมาในวันนัดหมายเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งผู้วิจัยไม่ได้ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อ - นามสกุล หรือรหัสประจำตัวนักเรียนลงในแบบสอบถาม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการระบุตัวตนและเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงความสบายใจของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นรหัสที่ระบุบนซองเอกสารจึงใช้เพื่อความสะดวกในการยืนยันข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายนอกด้วยวิธีการทดสอบซ้ำระหว่างข้อมูลที่เก็บจากครั้งที่ 1 และ 2 ว่ามาจากบุคคลเดียวกันเท่านั้น

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ตามเวลาที่นัดหมาย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเปิดซองที่ปิดผนึกไว้และทำการตอบแบบสอบถามความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ที่บรรจุอยู่ในซองเอกสารหมายเลข 2 ที่ได้รับแจกไว้ในครั้งที่ 1 หลักจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างส่งคืนแบบสอบถามลงในกล่องทึบที่ตั้งอยู่บริเวณหน้าห้องเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) ของข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principle component analysis) กำหนดการหมุนแกนด้วยวิธี Oblimin with Kaiser normalization เนื่องจากข้อคำถามของแต่ละมิติมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน (Nguyen & Waller, 2023) ทำการกำหนดค่า Eigenvalue ไว้ที่ 1.0 ขึ้นไป และกำหนดจำนวนองค์ประกอบจากการสกัดองค์ประกอบโดยการคัดเลือกตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (Hair, Babin, Anderson, & Black, 2019) เพื่อจัดเข้าไปอยู่ในองค์ประกอบ

3. ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) จากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 2 โดยใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์แบบ maximum likelihood with robust standard errors (MLR) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (model fit) ดังนี้ 1) ค่า Chi-square/degree of freedom ratio (X^2/df) น้อยกว่า 2.0 2) ค่า root mean square error of approximation (RMSEA) ต่ำกว่า 0.06 3) ค่า comparative fit index (CFI) สูงกว่า 0.90 และ 4) ค่า Tucker-Lewis index (TLI) สูงกว่า 0.90 (Hair et al., 2019; Kline, 2016)

4. วิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแต่ละองค์ประกอบจากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นภายนอกด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ระหว่างข้อมูลที่เก็บจากครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามการวิจัยครบทั้ง 2 ครั้ง มีจำนวน 343 คน (95.28%) เป็นเพศหญิง 190 คน (ร้อยละ 55.39) เพศชาย 153 คน (ร้อยละ 44.61) มีอายุเฉลี่ย 14.35 ปี (S.D. = 1.13 , range = 12 – 17 ปี) ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.34 นับถือศาสนาพุทธ กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 87 คน (ร้อยละ 25.37) มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 105 คน (ร้อยละ 30.61) และมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 151 คน (ร้อยละ 44.02) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.17 มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ตโฟนเป็นของตัวเอง และร้อยละ 94.46 ของกลุ่มตัวอย่างใช้งานโซเชียลมีเดียแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 59.48 มีเวลาเฉลี่ยบนหน้าจอ (screen time) มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 47.81 มีการใช้งานโซเชียลมีเดียมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน เคยเห็นสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือโพสต์เชิญชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนในสังคมออนไลน์ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาถึงร้อยละ 57.14 และร้อยละ 34.40 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน

การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและดัดแปลงแบบวัด

หลังจากแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อต้นฉบับภาษาอังกฤษได้รับการแปลไปข้างหน้า (forward translation) มาเป็นภาษาไทย ในขั้นตอนที่ 1 โดยการแปลที่เป็นอิสระต่อกันจากผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยพฤติรรมเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่นและสื่อสารได้สองภาษา จำนวน 2 คน และนำมาสังเคราะห์เป็นแบบวัดที่แปลออกมาเป็นภาษาไทย 1 ฉบับ (FT1) จากนั้นในขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทั้ง 2 คน ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ได้ทำการดัดแปลงข้อคำถามร่วมกันเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยและเหมาะสมสำหรับใช้ในการวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่นไทย แต่ยังคงไว้ซึ่งความตรงของเนื้อหาและแนวคิดหลักที่ต้องการวัดของแบบวัดต้นฉบับ (MS1) ซึ่งได้มีการดัดแปลงข้อคำถาม ดังนี้ ข้อคำถามที่ 1 ดัดแปลงตัวอย่างโปรโมชั่นส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้สอดคล้องกับโปรโมชั่นที่พบได้บ่อยในประเทศไทยปัจจุบัน ข้อคำถามที่ 4, 9, และ 10 มีการดัดแปลงประเภทของสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ที่พบในประเทศไทย และช่องทางการสัมผัสสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเป็นช่องทางที่วัยรุ่นไทยเข้าถึงมากที่สุด ข้อคำถามที่ 6 และ 15 ได้ดัดแปลงตัวอย่างของสื่อเชิงสัญลักษณ์ที่ผู้ผลิตสื่อบิดเบือนให้ผู้รับสื่อมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การดื่มแล้วเท่ห์ การดื่มเป็นสัญลักษณ์แห่งการเฉลิมฉลองความสำเร็จ เป็นต้น และได้ดัดแปลงข้อคำถามที่ 18 เกี่ยวกับผลเสียและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากนั้นในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้นำแบบวัดที่ดัดแปลงขึ้นเป็นภาษาไทยไปทำการแปลย้อนกลับ (back translation)โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์มาเป็นแบบวัดภาษาอังกฤษ (BT1) และได้ส่งให้

เจ้าของเครื่องมือต้นฉบับตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีหลักของแบบวัดทางอีเมล ซึ่งเจ้าของเครื่องมือต้นฉบับได้เห็นด้วยกับข้อคำถามที่ได้ทำการดัดแปลง และได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อคำถามที่ 14 โดยแสนอแนะให้ระบุในข้อคำถามให้ชัดเจนว่า “ฉากที่ผู้คนกำลังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ทำให้สื่อนั้นดูน่าสนใจกว่าที่เป็นจริง” เนื่องจากข้อคำถามนี้ต้องการประเมินถึงความสนใจต่อสื่อ (media attention) โดยที่ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องชั่งใจว่าเขามีความความสนใจต่อสื่อที่มีฉากที่ผู้คนกำลังดื่มแอลกอฮอล์มากน้อยแค่ไหนเมื่อเปรียบเทียบกับสื่อปกติที่ไม่มีฉากดังกล่าว จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดฉบับ BT1 ไปทำการแปลกลับมาเป็นภาษาไทยอีกครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ 2 ท่าน ที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 4 และทำการประชุมเพื่อตรวจสอบ วิจารณ์ พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามระหว่างแบบวัดดังกล่าวเทียบกับแบบวัดฉบับ MS1 ปรับแก้ไขสำนวนภาษาให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายและสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของเจ้าของเครื่องมือต้นฉบับและสรุปฉันทามติร่วมกัน

ในขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยได้นำแบบวัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity judgement) ของแบบวัดที่แปลและดัดแปลงขึ้น (TBT2) โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89 หลังจากผู้วิจัยได้นำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดฉบับ T-DML1 ไปทำการตรวจสอบความตรงที่ปรากฏ (face validity) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 คน ตามรายละเอียดที่ระบุในขั้นตอนที่ 6 ของการดำเนินการวิจัย พบว่า ข้อคำถามที่ 2, 8, 11, 13 และ 18 เป็นข้อคำถามที่ยากต่อการเข้าใจของนักเรียนบางคน ภาษาที่ใช้ค่อนข้างเป็นภาษาวิชาการ จึงได้มีการปรับเป็นภาษาที่เข้าใจง่ายขึ้นตามข้อแนะนำของนักเรียนและการประชุมหาฉันทามติร่วมกันของผู้วิจัย จนได้แบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อโน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับภาษาไทย (Thai-DMLS) ที่เป็นฉบับสมบูรณ์

การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

ผลการทดสอบ Barlett’s test of sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2(153) = 2905.13, p < .001$) แสดงว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบ กล่าวคือตัวแปรมีการกระจายแบบ multivariate normal distribution และตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีความสัมพันธ์กัน (Hair et al., 2019) นอกจากนี้ผลการทดสอบ Kaiser-Meyer-olkin measure (KMO) ของการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.94 ซึ่งค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมและเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจในระดับดีมาก (Watkins, 2018)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและค่าความเชื่อมั่น (n = 343)

ตัวแปรสังเกต (indicator)	น้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading)		α	ICC (95% CI)
	Factor 1	Factor 2		
องค์ประกอบที่ 1 รู้เท่าทันความจริงเกี่ยวกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (KT)			0.82	0.95 (0.934-0.974)
I1 โปรโมชั่นส่งเสริมการขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์โปร 3 แถม 1 ซื้อเหล้าฟรีมิกซ์เซอร์ ถูกออกแบบมาเพื่อดึงดูดความสนใจของผู้ดื่ม	0.69	-		
I2 ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลนอกเหนือไปจากอิทธิพลในทางธุรกิจ เช่น การเป็นผู้ให้การสนับสนุนหลักของกิจกรรมการแข่งขันกีฬา กิจกรรมการกุศล ฯลฯ ในสังคม	0.55	-		
I3 ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ความสนใจเฉพาะการสร้างรายได้และผลกำไรเท่านั้น	0.58	-		
I4 โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายยี่ห้ออาศัยช่องทางสังคมออนไลน์ (เช่น YouTube TikTok Facebook Instagram Twitter ฯลฯ) เพื่อเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่น	0.76	-		
I5 การสวมเสื้อที่มีโลโก้หรือสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ที่สวมใส่เปรียบเสมือนสื่อโฆษณาเคลื่อนที่	0.69	-		
I6 สื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการเชื่อมโยงการดื่มแอลกอฮอล์กับสิ่งที่วัยรุ่นต้องการ เช่น การดื่มแล้วเท่ห์ หรือการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน	0.75	-		
องค์ประกอบที่ 2 คิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับกลยุทธ์ของสื่อและความจริงที่ถูกปกปิด (CT)	-		0.92	0.97 (0.958-0.980)
I7 ถึงแม้ว่าคนสองคนดูภาพยนตร์หรือรายการโทรทัศน์เดียวกัน ก็อาจมีมุมมองต่อสื่อนั้นๆ ที่แตกต่างกันมาก	-	0.70		
I8 แต่ละคนเมื่อดูโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เดียวกันในโทรทัศน์หรือสื่อสังคมออนไลน์ อาจมีความรู้สึกต่อสื่อนั้นแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง	-	0.80		
I9 สื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในโทรทัศน์ ป้ายโฆษณากลางแจ้ง หรือสื่อสังคมออนไลน์ อาจดึงดูดความ	-	0.76		

ตัวแปรสังเกต (indicator)	น้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading)		α	ICC (95% CI)
	Factor 1	Factor 2		
สนใจเฉพาะบางคน ในขณะที่บางคนอาจไม่สนใจต่อสื่อนั้นเลย				
I10 สื่อโทรทัศน์ ภาพยนตร์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ (เช่น YouTube TikTok Facebook Instagram Twitter ฯลฯ) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของคนดู ไม่ว่าพวกเขาจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม	-	0.70		
I11 โปรโมชั่นส่งเสริมการขายหรือสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกช่องทาง มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของคนดู ไม่ว่าพวกเขาจะสนใจหรือไม่ก็ตาม	-	0.70		
I12 การผลิตสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ รายการโทรทัศน์ ฯลฯ ได้ผ่านกระบวนการวางแผนมาอย่างรอบคอบในการนำเสนอภาพหรือการสื่อความหมายของแต่ละฉาก	-	0.76		
I13 สื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักมีข้อความชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์แฝงอยู่	-	0.69		
I14 ภาพยนตร์ รายการโทรทัศน์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ที่มีฉากที่ผู้คนกำลังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ทำให้สื่อนั้นดูน่าสนใจกว่าที่เป็นจริง	-	0.67		
I15 โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แสดงฉากที่สื่อถึงการดื่มแล้วเท่ห์ การเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน หรือการเฉลิมฉลองความสำเร็จ ทำให้คนดูมองข้ามถึงผลเสียต่อสุขภาพ	-	0.70		
I16 เมื่อคุณเห็นโปรโมชั่นส่งเสริมการขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แท้จริงแล้วคุณรับรู้ว่ามันจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาว	-	0.77		
I17 เมื่อไหร่ก็ตามที่คุณเห็นสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งสำคัญคือการนึกถึงข้อความแฝงของสื่อโฆษณานั้น	-	0.69		
I18 สื่อโฆษณามักจะแฝงไปด้วยข้อความที่ทำให้สื่อนั้นเป็นที่น่าสนใจและง่ายต่อการจดจำ แต่มักจะไม่ได้นำเสนอ	-	0.73		

ตัวแปรสังเกต (indicator)	น้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) Factor 1	Factor 2	α	ICC (95% CI)
ข้อมูลที่สำคัญอย่างตรงไปตรงมา เช่น การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของตับแข็ง และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นต้น				
ทั้งฉบับ			0.93	0.98 (0.967-0.992)

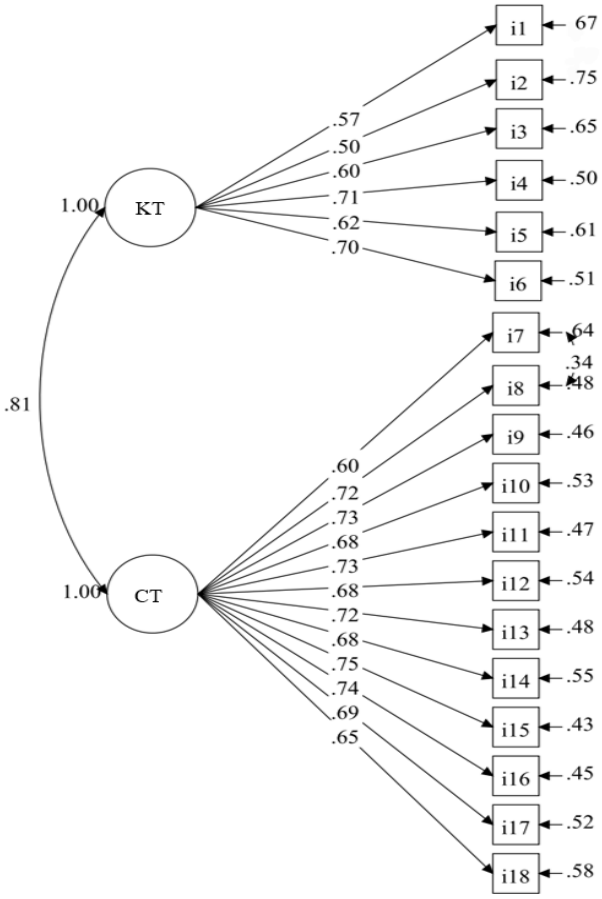
α = Cronbach's alpha coefficient

ICC = Intraclass correlation coefficient

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย โดยการสกัดองค์ประกอบแบบ principal components analysis ด้วยการหมุนแกนแบบ Oblimin with Kaiser normalization สามารถสกัดตัวแปรออกมาเป็น 2 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ตั้งชื่อองค์ประกอบ ดังนี้ 1) รู้เท่าทันความจริงเกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (knowing the truth about alcohol business marketing strategies) จำนวน 6 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ในแต่ละตัวแปรสังเกตระหว่าง 0.67 – 0.80 ($p < .001$) และ 2) คิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับกลยุทธ์ของสื่อและความจริงที่ถูกปกปิด (critical thinking about media strategies and unrevealed fact) จำนวน 12 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ factor loading ในแต่ละตัวแปรสังเกตระหว่าง 0.55 – 0.76 ($p < .001$) ตามลำดับ โดยโมเดลนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 52.31 ของความแปรปรวนทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) จากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 2 พบว่าโมเดลองค์ประกอบเริ่มต้นของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย มีความสอดคล้องกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่มากนัก (X^2/df = 2.69, RMSEA = 0.07 (90% CI: 0.062 – 0.079), CFI = 0.89, TLI =0.88) ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับโมเดลองค์ประกอบใหม่ (model modification) โดยพิจารณาจากค่า Modification indices ที่โปรแกรมแนะนำเส้นทางเชื่อมระหว่างความแปรปรวนร่วมของข้อคำถามที่ 7 และ 8 โดยมีค่า MI เท่ากับ 78.64 ซึ่งเกินค่าที่แนะนำสำหรับการพิจารณาปรับเส้นทางในโมเดลที่ 10.00 (Muthén & Muthén, 2017) หลังจากทำการเพิ่มเส้นทางดังกล่าวแล้วพบว่าโมเดลองค์ประกอบมีความสอดคล้องกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับสูง (X^2/df = 1.81, RMSEA = 0.05 (90% CI: 0.039 – 0.058), CFI = 0.95, TLI =0.94) โดยแต่ละตัวแปรสังเกตในองค์ประกอบที่ 1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.50 – 0.71 และองค์ประกอบที่ 2 มี

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.60 – 0.75 ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นทั้งหมด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ Confirmatory Factor Analysis ของข้อมูลที่เก็บครั้งที่ 2 (n = 343)

การทดสอบความเชื่อมั่น

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแต่ละองค์ประกอบจากข้อมูลที่เก็บในครั้งที่ 1 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคขององค์ประกอบที่ 1 และ 2 มีค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.92 ตามลำดับ และมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 ส่วนผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นภายนอกด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ระหว่างผลรวมของคะแนนในแต่ละองค์ประกอบของข้อมูลที่เก็บจากครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยค่า (intraclass correlation coefficient (ICC) พบว่าองค์ประกอบที่ 1 และ 2 มีค่า ICC เท่ากับ 0.95 (95% CI = 0.934 – 0.974) และ 0.97 (95% CI = 0.958 –

0.980) ตามลำดับ และมีค่า ICC รวมของแบบวัดเท่ากับ 0.98 (95% CI = 0.967 – 0.992) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัยแบบข้ามวัฒนธรรมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) มีประสิทธิภาพสำหรับประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการแปลหรือดัดแปลงเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับบริบทของภาษาและวัฒนธรรมของประเทศที่จะทำการศึกษา เนื่องจากแนวทางดังกล่าวมีขั้นตอนและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีข้อแนะนำเกี่ยวกับวิธีในการทวนสอบความถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละขั้นตอนของการแปลและดัดแปลงแบบวัด (Ramazanzadeh et al., 2023; Younan, Clinton, Fares, & Samaha, 2019) จึงทำให้แบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่นฉบับนี้ มีความเหมาะสมทั้งทางด้านของภาษาและบริบททางวัฒนธรรมไทย ซึ่งสามารถยืนยันได้จากผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างที่เป็นที่ประจักษ์ว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละข้อคำถาม (indicator) มีค่าสูงกว่า 0.50 ซึ่งแปลผลได้ว่าข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดมีความตรงในการวัดและเป็นข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพของเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล (DeVellis, 2016; Kline, 2016) มากไปกว่านั้นแบบวัดนี้ยังสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทยได้ถึงร้อยละ 52.31 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้สูงกว่าเมื่อเทียบกับแบบวัดฉบับแปลเป็นภาษาเกาหลี (46.8%)(Kim et al., 2022) และภาษาฮังการี (20.0%)(Page et al., 2010)

ผลการศึกษายืนยันว่าแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดที่มีความตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่นภายในสูง ($\alpha_{รวม}$ = 0.93) ซึ่งสูงกว่าแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาเกาหลี (α = 0.78) (Kim et al., 2022) ภาษาฮังการี (α = 0.78) (Page et al., 2010) และภาษาเวียดนาม (α = 0.75) (Page et al., 2011) และมีความเชื่อมั่นภายนอกในระดับสูงเช่นกัน กล่าวคือมีความคงเส้นคงวาในการวัดในระดับสูง ($ICC_{รวม}$ = 0.98 [95% CI = 0.967 – 0.992]) จากผลการทดสอบด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest) สามารถอธิบายได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามในแบบวัดได้รับการแปลและดัดแปลงแบบข้ามวัฒนธรรมจากผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางภาษาศาสตร์ตามขั้นตอนที่แนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) อย่างเคร่งครัด ทำให้ข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงตามแนวคิดและมิติองค์ประกอบหลักของข้อคำถามนั้นๆ การดัดแปลงข้อคำถามผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญได้คำนึงถึงสถานการณ์ปัจจุบันของสื่อ ประเภทของสื่อที่เป็นที่นิยมของวัยรุ่นไทยปัจจุบัน และที่สำคัญได้ส่งแบบวัดที่ได้ทำการแปลและดัดแปลงไปให้เจ้าของเครื่องมือ

ต้นฉบับตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในแต่ละมิติองค์ประกอบที่ต้องการวัด จึงได้รับข้อเสนอแนะจากเจ้าของเครื่องมือในการปรับปรุงให้ข้อคำถามที่ดัดแปลงมีความถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดหลักของแต่ละมิติองค์ประกอบตามแบบวัดต้นฉบับ ตลอดจนมีการตรวจสอบความตรงที่ปรากฏ (face validity) ของแบบวัดก่อนนำไปปรับใช้จริง ทำให้แบบวัดมีคุณภาพตลอดจนมีความคงเส้นคงวาในการวัด ซึ่งถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกว่าด้วยการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัยแบบข้ามวัฒนธรรมแนะนำ แต่ไม่พบว่ามีการดำเนินการดังกล่าวในขั้นตอนการแปลและดัดแปลงแบบวัดทั้ง 3 ภาษาที่กล่าวมาข้างต้น

ถึงแม้ว่าผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า การสกัดองค์ประกอบของแบบวัดฉบับนี้มีจำนวนองค์ประกอบที่แตกต่างจากแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อต้นฉบับ (Primack et al., 2006; Primack & Hobbs, 2009) และแบบวัดที่แปลเป็นภาษาเกาหลี (Kim et al., 2022) ที่ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ผู้ส่งสารและผู้รับสาร (authors and audiences) 2) สารและการสื่อความหมายของสาร (messages and meanings) และ 3) นัยแฝงและข้อเท็จจริงที่อยู่เบื้องหลังของสื่อ (representation and reality) ทั้งนี้การรวมกันขององค์ประกอบที่ 2 และ 3 เดิม ซึ่งได้ถูกจัดเป็นองค์ประกอบเดียวกันในทางสถิติของแบบวัดฉบับภาษาไทยนี้ และถูกตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่เป็น การคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับกลยุทธ์ของสื่อและความจริงที่ถูกปกปิด (Critical thinking about media strategies and unrevealed fact) สามารถอธิบายได้ว่าเดิมองค์ประกอบที่ 2 และ 3 เป็นองค์ประกอบที่ต้องการวัดถึงระดับความสามารถของผู้ตอบแบบสอบถามในการวิเคราะห์แยกแยะข้อเท็จจริงจากสื่อและความสามารถในการรู้เท่าทันนัยแฝงที่สื่อต้องการนำเสนอแก่ผู้รับสาร ดังนั้นหากบุคคลมีระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพียงพอ ย่อมมีแนวโน้มที่จะเลือกตอบแบบสอบถามไปในทิศทางเดียวกัน (Kachkaeva, Kolchina, Shomova, & Yarovaya, 2020) จึงอาจเป็นผลให้มีการรวมตัวกันขององค์ประกอบย่อยของแบบวัดฉบับที่แปลและดัดแปลงใหม่ได้ (Hair et al., 2019; Schreiber, 2021)

ผลการการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมในครั้งที่ 2 พบว่าโมเดลองค์ประกอบเริ่มต้นของแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ยังมีความสอดคล้องกลมกลืนกันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาค่า Modification indices (MI) ที่มีค่าสูงเกิน 10.0 เพื่อพิจารณาปรับเส้นทางเชื่อมระหว่างความแปรปรวนร่วมของข้อคำถาม (Muthén & Muthén, 2017) พบข้อแนะนำให้ปรับเส้นทาง (path way) เชื่อมระหว่างความแปรปรวนร่วมของข้อคำถามที่ 7 และ 8 จำนวน 1 เส้นทางโดยมีค่า MI เท่ากับ 78.64 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยทำการปรับเส้นทางดังกล่าวแล้วพบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับสูง (Hair et al., 2019; Kline, 2016) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าข้อคำถามทั้งสองข้อนี้อยู่ในองค์ประกอบ

เดียวกันและมีความสัมพันธ์กันระหว่างรายข้อ (Watkins, 2018) โดยเมื่อพิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามระหว่างสองข้อนี้พบว่า ข้อคำถามที่ถามถึงความคิดเห็นของวัยรุ่นเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อการรับรู้หรือมุมมองของผู้สัมผัสสื่อ โดยมีความแตกต่างกันของข้อคำถามเพียงแค่ช่องทางของสื่อเท่านั้น ซึ่งข้อคำถามที่ 7 กล่าวถึงสื่อโดยทั่วไป แต่ข้อคำถามที่ 8 กล่าวถึงสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงย่อมส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามสองข้อนี้ในแนวทางที่คล้ายคลึงกันได้

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบคุณสมบัติการวัดของแบบวัด โดยเฉพาะการทดสอบซ้ำ (test-retest) เพื่อตรวจสอบความคงเส้นคงวาของแบบวัด ผู้วิจัยจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจในการตอบแบบสอบถามได้ครบทั้งสองครั้ง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้การสุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดโควต้า (quota sampling) ให้แต่ละโรงเรียนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เท่ากัน จากนั้นได้ทำการคัดเลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดตามความสะดวก (convenience sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) อาจกล่าวได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่อาจอ้างอิงไปสู่ประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของจังหวัดเชียงใหม่ได้ ดังนั้นงานวิจัยครั้งต่อไปที่สนใจนำแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ไปใช้เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เท่าทันสื่อฯ กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ควรเลือกใช้วิธีในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้หลักความน่าจะเป็น (probability sampling) อย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์สำหรับการนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่กำหนด

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) รู้เท่าทันความจริงเกี่ยวกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (knowing the truth about alcohol business marketing strategies) และ 2) คิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับกลยุทธ์ของสื่อและความจริงที่ถูกปกปิด (critical thinking about media strategies and unrevealed fact) มีคุณสมบัติการวัดที่เป็นที่ยอมรับได้ทั้งในด้านความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่นของแบบวัด สามารถวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทยได้ชัดเจน เที่ยงตรง นอกจากนี้แบบวัดฉบับนี้มีจุดเด่นของข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของสื่อและครอบคลุมช่องทางในการเผยแพร่ของสื่อ

โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยเฉพาะสื่อโฆษณาและข้อความแฝงจากสื่อสังคมออนไลน์ และมีความเหมาะสมกับบริบทของการดำเนินวิถีชีวิตของวัยรุ่นในสังคมไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพื่อหาความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยวิธีอื่น ๆ เพิ่มเติม ร่วมกับการทดลองใช้ในในการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่หลากหลายครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย เพื่อพัฒนาแบบวัดฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทยยิ่งขึ้น

2. ควรนำแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาหรือโรงเรียนในพื้นที่อื่น หรือเฉพาะเจาะจงใช้ในกลุ่มตัวอย่างเพศใดเพศหนึ่ง เพื่อตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดของแบบวัด (test of invariance)

3. ควรมีการศึกษาเพื่อหาจุดตัด (cut-point) ของระดับคะแนนความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ของแบบมาตรวัดต่อไป

4. ควรนำแบบวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้ดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ไปใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น

5. ควรนำแบบวัดไปดัดแปลงข้อคำถามเพื่อใช้ในการวัดความรอบรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรอบรู้เท่าทันสื่อที่โน้มน้าวให้สูบบุหรี่ ความรอบรู้เท่าทันสื่อโฆษณาอาหารขยะ ความรอบรู้เท่าทันสื่อยั่วยุทางเพศ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2566 ขอขอบคุณ Professor Dr. Brian Primack ที่อนุญาตให้แปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ รศ.ดร. วราภรณ์ บุญเชียง รศ.ดร. นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี อ.ดร.ชิมมี่ อุปรา อ.ดร. ปณวัตร สันประโคน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณ อ.ดร. วชิระสุริยะวงค์ ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยตลอดจนให้คำแนะนำด้านการวิเคราะห์องค์ประกอบ

รายการอ้างอิง (References)

Ahmmad, M. (2022). Assessment of media literacy competencies of young media consumers in Pakistan. *Journal of Media Studies,* 37(1), 91 - 116.

Austin, E.W., & Pinkleton, B.E. (2016). The viability of media literacy in reducing the influence of misleading media messages on young people's decision-making concerning alcohol, tobacco, and other substances. *Current Addiction Reports,* 3, 175–181.

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health, 6*, 1 - 18.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Underage drinking.* Retrieved December 11, from https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/underage-drinking.htm

Chen, Y.C. (2013). The effectiveness of different approaches to media literacy in modifying adolescents' responses to alcohol. *Journal of Health Communication,* 18(6), 723-739.

DeVellis, R.F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Los Angeles: Sage Publications.

Garcia, T. A., Litt, D. M., Davis, K. C., Norris, J., Kaysen, D., & Lewis, M. A. (2019). Growing up, hooking up, and drinking: A review of uncommitted sexual behavior and its association with alcohol use and related consequences among adolescents and young adults in the United States. *Frontiers in Psychology,* 10, 1872 - 1872.

Hair, J.F., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Black, W.C. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). London: Cengage Learning.

Heimann, M., Bus, A., & Barr, R. (2021). Editorial: Growing up in a digital world social and cognitive implications. *Frontiers Psychology,* 12, 1 - 4.

Kachkaeva, A., Kolchina, A., Shomova, S., & Yarovaya, E. (2020). 'Trust, but verify': Problems of formation of media literacy and critical thinking of Russian students. *Media Practice and Education,* 21(3), 200 - 211.

Kantawong, E., Kao, T.A., Robbins, L.B., Ling, J., & Anderson-Carpenter, K.D. (2022). Adolescents' perceived drinking norms toward alcohol misuse: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research,* 44(5),477 - 492.

Kantawong, E., Kao, T. A., Robbins, L. B., Ling, J., & Anderson-Carpenter, K. D. (2023). The role of psychosocial factors and biological sex on rural Thai adolescents' drinking intention and behaviours: A structural equation model. *Journal of Advanced Nursing, 2023:000* (Advance online publication), 1 - 12.

Kim, S., Lee, H., Lee, J. J., Hong, H. C., Lim, S., & Kim, J. (2022). Psychometric properties of the Korean version of the smoking media literacy scale for adolescents. *Frontiers in Public Health,* 9, 1 - 15.

Klangburam, N., Suwannasaen, P., & Ruengtip, P. (2020). Media literacy in lower secondary school students in Chonburi Province. *Journal of Educational Studies,* 14(2), 129 - 140.

Kleechaya, P. (2016). Media literacy among secondary school students. *Journal of Communication Arts Review,* 20(1), 46 - 57.

Kline, R.B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York: Guilford.

Kwon, H., & Shin, S. (2020). The effect of adolescent sexual media literacy and sexual permissiveness on gender sensitivity. *Journal of Korean Public Health Nursing,* 34(1), 22 - 34.

Kyriazos, T. (2018) Applied psychometrics: sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in general. *Psychology,* 9(8), 2207 - 2230.

Merrill, J. E., López, G., Doucette, H., Pielech, M., Corcoran, E., Egbert, A., … Jackson, K. M. (2023). Adolescents' perceptions of alcohol portrayals in the media and their impact on cognitions and behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors,* 37(6), 758 - 770.

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide: Version 8* (8th ed.). Muthén & Muthén.

National Association for Media Literacy Education (NAMLE). (2011) *Core principles of media literacy education in the United States*. Retrieved March 8, 2023 from http://namle.net/wp-content/uploads/2009/09 /NAMLE-CPMLE-w-questions2.pdf

Nation Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2022). *Thai health report 2022*. Retreived March 13, 2023 from https://www.thaihealthreport.com/th/index.php

National Statistical Office, Thailand. (2020). *Thai youth health.* Retrieved May 19, 2023 from https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2020/thai2020_11.pdf

Nguyen, H.V., & Waller, N.G. (2023). Local minimal and factor rotations in exploratory factor analysis. *Psychological Methods,* 28(5), 1122 - 1141.

Page, R. M., Piko, B. F., Balazs, M. A., & Struk, T. (2010). Media literacy and cigarette smoking in Hungarian adolescents.*Health Education Journal,* 70(4), 446 - 457.

Page, R. M., Huong, N. T., Chi, H. K., & Tien, T. Q. (2011). Smoking media literacy in Vietnamese adolescents. *Journal of School Health,* 81(1), 34 - 41.

Park, S., & Kim, J. (2021) Relationships of smoking media literacy with smoking behavior, attitudes, and susceptibility among adolescents in the Republic of Korea. *Journal of Health Communication,* 26(12), 809 - 817.

Park, S., Lee, H., & Kim, J. (2 0 2 2). Role of media literacy in alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Health Promotion International,* 37(6), 11 - 18.

Peter, A.S., Sobowale, I.A., & Ekeanyanwu, N.T. (2013). Theory of Planned Behavior: Measuring adolescents media literacy and alcohol drinking expectancies. *Covenant Journal of Communication,* 1(2), 12 - 14.

Prasitwisate, G. (2018). Media literacy, self -awareness and information exposure behavior on social media of university students. *Humanities and Social Sciences Journal Mahasarakham University,* 37(1), 201 - 213.

Primack, B.A., Gold, M.A., Switzer, G.E., Hobbs, R., Land, S.R., & Fine, M.J. (2006). Development and validation of a smoking media literacy scale for adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,* 160(4), 369 - 374.

Primack, B.A., & Hobbs, R. (2009). Association of various components of media literacy and adolescent smoking. *American Journal of Health Behavior,* 33(2), 192 - 201.

Ramazanzadeh, N., Ghahramanian, A., Zamanzadeh, V., Onyeka, T. C., Valizadeh, L., & Ghaffarifar, S. (2023). Translation, cross-cultural adaptation and evaluation of the Iranian Persian version of student survey on writing nursing care plan. *Nursing Open,* 10(8), 5476 - 5484.

Satee, P. (2016). *The Secondary School Student' Characteristics Towards Media Literacy in The Secondary Educational Service Area Office 26.* A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Education, Rajaphat Mahasarakham University. (in Thai)

Sciglimpaglia, D., Tarr, E.K., & Brodowsky, G.H. (2021). Advertising and peer influences on teen and young adolescent alcohol consumption decisions: A Theory of Reasoned Action approach. *Journal of Promotion Management,* 27(3), 417 - 440.

Schreiber, J. B. (2021). Issues and recommendations for exploratory factor analysis and principal component analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy,* 17(5), 1004 - 1011.

Siripai, J. (2021). Branding, masculinities and culture: Exploring the branding of alcohol product representations in Thailand. *The Journal of Men's Studies,* 29(2), 156 - 176.

Thepsorn, S., & Erawan, W. (2021). The construction of a media literacy test for grade 11 students in secondary school at the secondary educational service area office Sakon Nakhon. *Journal of Modern Learning Development,* 6(4), 26 - 38.

Thorn, P., Sala, L. L., Hetrick S., Rice, S., Lamblin, M., & Robinson, J. (2023). Motivations and perceived harms and benefits of online communication about self-harm: An interview study with young people. *Digital Health,* 9, 1 - 13.

Tongrak, P. (2019). Media literacy skills, code of conduct and mental health of first-year students of undergraduate programs at Kasetsart University. *Journal of Social Science and Humanities,* 45(1), 200 - 228.

Truman, E., & Elliott, C. (2020). Health-promoting skills for children: Evaluating the influence of media literacy and food marketing intervention. *Health Education Journal,* 79(4), 431 - 445.

Watkins, M.W. (2018). Exploratory factor analysis: a guide to best practice. *Journal of Black Psychology,* 44(3) 219 - 246.

Wiboonphan, S. (2017). *Association between Social Media Literacy and Sexual Behaviors of Adolescentsin Banglamung District, Chonburi Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Nursing, Burapha University. (in Thai)

World Health Organization (WHO). (2016). *Process of translation and adaptation of instruments*. Geneva: World Health Organization.

Younan, L., Clinton, M., Fares, S., & Samaha, H. (2019). The translation and cultural adaptation validity of the actual scope of practice questionnaire. *Eastern Mediterranean Health Journal,* 25(3), 181 - 188.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการ ความร่วมมือในการรับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

Effects of A Symptom Management Promotion Program Combined with Social Support on Knowledge, Symptom Management, Medication Adherence, and Treatment Outcomes for Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Patients

สุธิดา แสงดี[1] วรากมล วังหอม[1] อนุชา ไทยวงษ์[2*] กำทร ดานา[2]
สายวลุน จันทคาม[1] สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง[1]
Suthida Sangedee[1], Warakamol Wanghom[1], Anucha Taiwong[2*], Kamthorn Dana[2],
Saiwalun Juntakam[1], Sukontip Pattitanung[1]

(Received: October 29, 2023; Revised: December 21, 2023; Accepted: January 4, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการ แบบบันทึกอาการและการจัดการอาการ แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แบบบันทึกการมาตรวจตามนัด และแบบบันทึกผลการตรวจ

[1] โรงพยาบาลมหาสารคาม

[1] Mahasarakham Hospital

[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[*] Corresponding Author: anucha@smnc.ac.th

ผลส่งเสมหะเพาะเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคปอดและการจัดการอาการสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -8.5, $p < .05$) กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (อย่างน้อย 1 อาการ) และอาการข้างเคียงนั้นได้รับการจัดการจนทุเลา (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 100) และมาตรวจรับการรักษาตามนัดภายหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 100) และร้อยละ 80 มีผลการส่งเสมหะเพาะเชื้อเป็นลบ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ด้วยตนเอง และทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความร่วมมือในการรับประทานยา, วัณโรคปอด

Abstract

Quasi-experimental research with pretest-posttest design aimed to study effects of a symptom management promotion program combined with social support on medication adherence, and treatment outcomes for newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients. Samples of this study were thirty newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients admitted to the cohort ward at Maha Sarakham Hospital. The sample for this study was selected using the purposive sampling technique. The instruments used in this study were a symptom management promotion program combined with social support, general information records, knowledge and symptom management measurement, symptom records, medication adherence measurement, follow up records, and sputum culture result records. Data analysis used in this study were descriptive statistics, and the t-test. The results found that knowledge and symptom management scores of participants after utilizing program were statistically higher than pretest score (t = -8.5, p < .05). Every participant experienced at least one adverse effect after taking medication; nevertheless, every side effect was completely treated and recovered (100%). All participants had regularly adhered their medications as prescribed (100%). All participants had followed up with the doctor two weeks after hospital discharge (100%), and 80% of participants had negative sputum culture results. The findings indicate that a symptom management

promotion program combined with social support can assist patients in self-managing side effects and enhance treatment outcomes.

Keywords: A symptom management promotion program, Social support, Medication adherence, Pulmonary tuberculosis

บทนำ

โรควัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis, TB) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2563 (Bagcchi, 2023; Chakaya et al., 2021) ได้คาดการณ์ไว้ว่า ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 รายต่อประชากรแสนคน องค์การอนามัยโลกยังจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีภาระโรคจากวัณโรคสูง (high burden countries) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการติดเชื้อเอชไอวี และการดื้อยาหลายขนาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยถึงจำนวน 10,000 ราย มีอัตราเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา rifampicin คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยรายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน สำหรับจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ใน พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 1,400 ราย 1,331 ราย และ 833 ราย ตามลำดับ โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และในปี พ.ศ.2563 - 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.19 ร้อยละ 15.18 และร้อยละ 21.29 ตามลำดับ (Mahasarakham Hospital, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาคิดเป็นร้อยละ 21.29 (Zegeye et al., 2019) โดยพบว่ามีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ โดยสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยด้านระบบการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว มีบุคลากรทางสุขภาพที่เชี่ยวชาญในการสอน ให้ความรู้ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการรับประทานยา (Gebremariam, Wole, & Beyene, 2021) และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่อง (Gebremariam et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ว่ามีอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายหลังการรับประทานยา ได้แก่ อาการคัน หรือมีผื่นคัน ตับอักเสบ คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดท้อง ปวดข้อหรือปวด

กล้ามเนื้อ และชาตามมือหรือเท้า (Yang et al., 2017) อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว (Zegeye et al., 2019) และหยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (Nezenega, Perimal-Lewis, & Maeder, 2020) จากการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมาเป็นซ้ำจำนวน 4 ราย พบว่า ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (3 ใน 4 ราย) เนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาค่อนข้างรุนแรง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ และมีอาการอ่อนเพลีย (2 ใน 4 ราย) (Cohort ward, 2022) สะท้อนให้เห็นว่าการรับประทานยาต้านวัณโรคอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย

การรับประทานยารักษาวัณโรคหลายชนิดร่วมกัน เป็นการรักษาที่สำคัญซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย และป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา อย่างไรก็ตามมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรค ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยได้รับการรักษา และอาการพบได้บ่อยในช่วง 2 สัปดาห์ – 2 เดือนแรกภายหลังรับการรักษา (Yang et al., 2017) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เข้าสู่กระบวนการรักษาและเริ่มต้นรับประทานยารักษาวัณโรค ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการเกิดอาการ และรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แตกต่างจากภาวะปกติ ซึ่งแสดงออกมาเป็นอาการในมิติของความถี่ ความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยารักษาวัณโรคยังก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่หลากหลายอาการ แม้ว่าอาการเหล่านี้อาจจะไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่สุขสบาย กลัว และวิตกกังวล (Zegeye et al., 2019) ในรายที่มีอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคที่รุนแรงอาจทำให้มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Rahajeng, Shafira, & Utami, 2021; Sineke et al., 2019) อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง อาจทำให้อาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุเลาลงหรือหายไปได้ จากการทบทวนวรรณกรรมหลายการศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้กลวิธีในการจัดการอาการด้วยตนเอง (Saengthong, Siriwatanamethanon, & Buatee, 2013) การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Saengthong et al., 2013) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (Khakhong, Lertmunlikaporn, Unahalekhaka, & Wichaikhum, 2023) และการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Suwannakeeree, Picheansathian, Lertwatthanawilat, & Unahalekhaka, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้แอปพลิเคชันเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการและได้ผลดีในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Promnimit, Pakdevong, & Binhosen, 2022) แต่ยังไม่พบการนำแอปพลิเคชันเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด รวมถึงโปรแกรมทางการพยาบาลที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ยังมีข้อจำกัดบาง

ประการที่จะนำมาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความสามารถในการจัดการอาการข้างเคียงยาจากการรักษาวัณโรคในระดับที่ไม่รุนแรงได้ด้วยตนเอง ลดความทุกข์ทรมาน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความร่วมมือจากผู้ป่วยในการรับประทานยาและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการ ความร่วมมือในการรับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House, Umberson and Ladis (1988) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) เกิดจากความสัมพันธ์ของ 3 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ประกอบด้วยการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ 2) กลวิธีการจัดการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) ซึ่งเชื่อว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สุขสบาย และเมื่ออาการไม่ทุเลาลง บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการนั้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป (Dodd et al., 2001) โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับวัณโรคปอด ผลกระทบที่เกิดขึ้น ยาและแผนการรักษา ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการอาการ ร่วมกับการใช้สื่อไลน์แอปพลิเคชันที่ชื่อว่า “Follow you” เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคได้ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งเมื่อมีอาการในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ

ญาติเกี่ยวกับวัณโรคปอด ยาที่ใช้ในการรักษาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคที่พบบ่อยและการจัดการอาการด้วยตนเอง ด้วยการสอนและให้ความรู้เป็นรายบุคคล และการใช้สื่อไลน์แอปพลิเคชัน และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีญาติผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้สนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจ (Emotional support) 2) ด้านการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการกระทำเพื่อช่วยเหลือ (Instrumental support) 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informational support) รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา 4) ด้านการสะท้อนคิด และสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ โดยมีตัวแปรตาม คือ ระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการ การรับรู้อาการข้างเคียงของยารักษา วัณโรค ความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest research design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง เดือน มีนาคม 2566 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของการศึกษาที่ผ่านมา (ตัวแปรการรับประทานยาต่อเนื่อง) (Saengthong et al., 2013) โดยพบว่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 2.76 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบบสองทาง (Two tails) และอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 23 ราย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 26.45 ราย เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 - 65 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่โดยแพทย์ 3) สามารถติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนและมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต 4) สามารถอ่านและสื่อสารโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติด้านการรู้คิดและจิตเวชโดยแพทย์ ซึ่งมีประวัติในการเวชระเบียน และ 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1988) โปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะนอนโรงพยาบาล ระยะก่อนกลับบ้าน และระยะติดตามผลเมื่อกลับบ้าน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้ที่จัดยารักษาวัณโรคให้รับประทาน และลักษณะครอบครัว

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ชนิด 2 ตัวเลือกคือถูกและผิด (Dichotomous choice) แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับวัณโรคปอดจำนวน 3 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคจำนวน 7 ข้อ มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0 - 10 คะแนน การแปลผลคะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 แปลผลว่ามีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคในระดับสูง

2.3 แบบบันทึกอาการและการจัดการอาการ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคที่พบ ได้แก่ 1) การมีอาการหรือไม่มีอาการ 2) วิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และ 3) ผลการจัดการอาการ มีลักษณะเป็นเป็นการเติมคำในช่องว่าง

2.4 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ชนิด 2 ตัวเลือกคือปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ (Dichotomous choice) มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0 - 10 คะแนน การแปลผลคะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 แปลผลว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง

2.5 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดภายหลังได้รับการรักษาครบ 2 สัปดาห์ครั้งแรก (มาตรวจตามนัด หรือ ไม่มาตรวจตามนัด) และผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ (ผลลบ หรือ ผลบวก)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรง (Validity testing) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ อายุรแพทย์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค เพื่อประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility testing) ความถูกต้องของเนื้อหาเชิงวิชาการ และเหมาะสมของโปรแกรมก่อนการนำไปใช้จริง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านดังที่กล่าวมาข้างต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและปรับปรุงคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .90 และ .94 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกอาการและการจัดการอาการ และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence, IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing) ตรวจสอบโดยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยวัณโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 10 ราย และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่า Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 และ .70 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired sample t-test) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์มีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิตินี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH-REC 65 – 01 - 066 เลขรับรอง EC COA No 65 / 057 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2565 ภายหลังการได้รับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และจรรยาบรรณในการวิจัยให้ทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ทั้งนี้การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีการนำเสนอผลเป็นรายบุคคล เอกสารเครื่องมือวิจัยจะเก็บไว้ในห้องทำงานของผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือไปยังกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการเลือกและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย ประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ การให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการสอนและให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับวัณโรคปอด ผลกระทบที่เกิดขึ้น ยาและแผนการรักษา ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการอาการ (การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, information support) แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามผู้วิจัยเกี่ยวกับการใช้สื่อไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” หลังจากกลุ่มตัวอย่างใช้ได้อย่างคล่องตัวแล้ว ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลในสื่อไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” ได้อย่างอิสระ และสามารถใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยได้เมื่อมีข้อสงสัยหรือกลับไปอยู่บ้าน (การสนับสนุนด้านทรัพยากร, Instrumental support) พูดคุย ให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างในการเผชิญและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค รวมถึงการกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการอาการที่เผชิญได้อย่างเหมาะสมและมีอาการดีขึ้น (การสนับสนุนด้านอารมณ์, Emotional support) และให้ข้อมูลสะท้อนกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียง

ของยารักษาวัณโรค (การสนับสนุนด้านการประเมินค่า, Appraisal support) โดยการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนตั้งแต่ในระยะแรกรับต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาตรวจรับการรักษาตามนัดหลังรับการรักษาครบ 2 สัปดาห์

2. ระยะก่อนกลับบ้าน ประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยาวัณโรคภายหลังได้รับการสอนและการให้ความรู้ (Pre-test) โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค ผู้วิจัยสอบถามความรู้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ผลกระทบที่เกิดขึ้น ยาและแผนการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการอาการ และเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัย แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” ในการทบทวนความรู้และติดต่อกับผู้วิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาลก่อนนัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3. ระยะติดตามผลเมื่อกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงมีการพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัยผ่านสื่อไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 วัน ครั้งละ 10 - 15 นาที ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ เกี่ยวกับการมีอาการข้างเคียงของยาวัณโรคและการจัดการอาการด้วยตนเอง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด

ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะมาตรวจตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสอบถามและประเมินเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคด้วยตนเอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และเก็บรวมรวมข้อมูลการมารับการรักษาตามนัดและผลการตรวจเสมหะโดยการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างและเปิดแฟ้มเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.3) มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 48.53 ปี (S.D. = 10.41) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.7) จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 76.7) มีสมาชิกในครอบครัวจัดยารักษาวัณโรคให้รับประทาน (ร้อยละ 56.7) และทุกราย (ร้อยละ 100) อาศัยอยู่กับครอบครัว

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความรู้เรื่องวัณโรคปอดและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($t = -8.5$, $p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

คะแนนความรู้	Mean	S.D.	t	*p* value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.16	1.46	-8.5	$p < .05$
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	8.67	1.42		

3. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยทุกรายมีอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคอย่างน้อย 1 อาการ โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 33.3) อาการวิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 16.7) อาการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อย (ร้อยละ 43.3) อาการมีผื่นคันตามร่างกาย (ร้อยละ 23.3) อาการชาที่ปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 26.7) และอาการไม่สุขสบาย ปวดข้อและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 36.7) โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 100) สามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเองและทุเลา ไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการจัดการอาการ โดยวิธีการจัดการกับอาการที่พบบ่อย 3 อันดับแรกคือ 1) อาการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อย ได้แก่ การแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ การจัดเมนูอาหารให้หลากหลาย และการดื่มนม/อาหารเหลว 2) อาการไม่สุขสบาย ปวดข้อและกล้ามเนื้อ ได้แก่ การบีบนวด การทาด้วยยาหม่อง และการพักผ่อน และ 3) อาการคลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเปรี้ยว การรับประทานลูกอม และการจิบน้ำ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาตรวจรับการรักษาตามนัดภายหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีผลการส่งเสมหะเพาะเชื้อเป็นลบ

อธิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (อย่างน้อย 1 อาการ) และอาการข้างเคียงนั้นได้รับการจัดการจนทุเลา (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาตรวจรับการรักษาตามนัดภายหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 100) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีผลการส่งเสมหะเพาะเชื้อเป็นลบ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่โดยแพทย์ ผู้ป่วยจะเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยการรับยาต้านวัณโรคทันทีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและรักษาให้ผลการตรวจเสมหะเป็นลบโดยเร็วที่สุด อย่างไรก็ตามการรับประทานยาต้านวัณโรคอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการคัน หรือมีผื่นคัน ตับอักเสบ คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดท้อง ปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ และชาตามมือหรือเท้า จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอย่างน้อย 1 อาการ (ร้อยละ 100) โดยอาการที่พบ 3 ลำดับแรกคือ อาการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อย อาการไม่สุขสบาย ปวดข้อและกล้ามเนื้อ และอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบาย ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจหยุดยาเองและไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาจเกิดเป็นวัณโรคดื้อยาและมีอาการของวัณโรครุนแรงขึ้น (Nezenega et al., 2020) โดยแนวคิดของดอดด์เชื่อว่าอาการเป็นประสบการณ์หรือการรับรู้ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความรู้สึก เป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานเมื่อบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจะประเมินว่าอาการนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใดและแสวงหาการจัดการอาการนั้น หากอาการไม่บรรเทาจะแสวงหาวิธีการจัดการใหม่ด้วยตนเอง เพื่อให้อาการนั้นทุเลาหรือหายไป (Dodd et al., 2001) เมื่อผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จะได้รับการสอนและให้ความรู้เป็นรายบุคคล ร่วมกับการใช้สื่อไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการดูแลตนเอง ยาที่ใช้ในการรักษาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและการจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และข้อมูลสุขภาพ สามารถเลือกและตัดสินใจนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการอาการของตนเองได้อย่าง

เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (House et al., 1988) ทั้งจากญาติผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแล จาก 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) จากการได้รับความรู้สึกห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจ และคำชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคได้สำเร็จ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้รับการสอนและข้อมูลที่จำเป็นจากพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแล รวมถึงการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 วัน ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถาม 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) โดยการใช้สื่อไลน์แอปพลิเคชัน “Follow you” สำหรับการทบทวนความรู้และใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแล และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงจากยาวัณโรค (House et al., 1988)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากยาวัณโรคหลากหลายอาการ ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ เบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อย ผื่นคันตามร่างกาย ชาที่ปลายมือปลายเท้า และสุขสบาย ปวดข้อและกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้ป่วยวัณโรครับรู้อาการเหล่านี้ว่าไม่รุนแรง สามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ได้ด้วยตนเอง จนอาการทุเลาลงและหายไป โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการจัดการอาการ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยารักษาวัณโรคและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสมาชิกในครอบครัวจัดยารักษาวัณโรคให้รับประทาน และทุกรายอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งมีคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ (Nezenega et al., 2020) ช่วยเป็นที่ปรึกษาและดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วย เช่น การจัดยาและการดูแลเพื่อให้ได้รับประทานยาตรงเวลา การพาไปสถานพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาตามนัด และจัดหาแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ (Khakhong et al., 2023) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาตรวจรับการรักษาตามนัดภายหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ และมีผลการส่งเสมหะเพาะเชื้อเป็นลบซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด (Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengthong et al. (2013) ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่อการรับรู้อาการและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคปอดคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการคลื่นไส้หรืออาเจียน อาการคันหรือผื่นคัน อาการชามือหรือเท้า และอาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำาคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Saengthong et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Khakhong et al. (2023) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและความสำเร็จของการรักษาในผู้ใหญ่ที่เป็นวัณโรคปอดที่พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 3 และ 19 หลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ พบอัตราความสำเร็จของการรักษาในสัปดาห์ที่ 19 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Khakhong et al., 2023)

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคได้ด้วยตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีผลการตรวจเสมหะเป็นลบ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม และติดตามผลการรักษาในระยะยาวในช่วง 6 เดือน – 1 ปี เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

รายการอ้างอิง (References)

Bagcchi, S. (2023). WHO's global tuberculosis report 2022. *The Lancet Microbe,* 4(1), Article e20. DOI: 10.1016/S2666-5247(22)00359-7

Chakaya, J., Khan, M., Ntoumi, F., Aklillu, E., Fatima, R., Mwaba, P., … Katoto, P. D. (2021). Global Tuberculosis report 2020–Reflections on the Global TB burden, treatment and prevention efforts. *International Journal of infectious Diseases,* 113, S7-S12. DOI: 10.1016/j.ijid.2021.02.107

Cohort Ward. (2022). *Report summarizing focus groups with new tuberculosis patients.* Mahasarakham Hospital. (in Thai).

Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. (2021). *Guidelines for tuberculosis control in Thailand 2021*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai).

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., … Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced Nursing,* 33(5), 668 -676. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x

Gebremariam, R. B., Wolde, M., & Beyene, A. (2021). Determinants of adherence to anti-TB treatment and associated factors among adult TB patients in Gondar city administration, Northwest, Ethiopia: Based on health belief model perspective. *Journal of Health,* 40(1), 1 - 10. DOI: 10.1186/s41043-021-00275-6

House, J.S., Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology,* 14(1), 293-318. DOI: 10.1146/annurev.so.14.080188.001453

Khakhong, S., Lirtmunlikaporn, S., Unahalekhaka, A., & Wichaikhum, O. (2023). Effects of the family empowerment program on medication adherence and treatment success among adults with pulmonary tuberculosis: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research,* 27(4), 654 - 670. DOI: 10.60099/prijnr.2023.262115

Mahasarakham Hospital. (2022). *Report on statistics and indicators of quality of care for pulmonary tuberculosis patients.* Mahasarakham Hospital.

Nezenega, Z. S., Perimal-Lewis, L., & Maeder, A. J. (2020). Factors influencing patient adherence to tuberculosis treatment in Ethiopia: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 17(15), Article 5626. DOI: 10.3390/ijerph17155626

Promnimit, A., Pakdevong, N., & Binhosen, V. (2022). Feasibility study of symptoms management application for colorectal cancer patient undergoing chemotherapy . *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 30(2), 40-52.

Rahajeng, B., Shafira, N., & Utami, P. (2021). *Effects of Anti tuberculosis side effect on the quality of life of tuberculosis patients in RSKP Respira Yogyakarta at the Period of January-June 2019.* Proceedings of the 4th International Conference on Sustainable Innovation 2020–Health Science and Nursing (ICoSIHSN 2020).

Saengthong, S., Siriwatanamethanon, J., & Buatee, S. (2013). Effects of symptom management programe on symptom perception and anti-tuberculosis medication adherence in patients with pulmonary tuberculosis. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University*, 9, 420-421.

Sineke, T., Evans, D., Schnippel, K., Aswegen, H.V., Berhanu, R., Musakwa, N., … Rosen, S. (2019). The impact of adverse events on health-related quality of life among patients receiving treatment for drug-resistant tuberculosis in Johannesburg, South Africa. *Health and Quality of life Outcomes,* 17(1), 1-15. DOI: 10.1186/s12955-019-1155-4

Suwannakeeree, W., Picheansathian, W., Lertwatthanawilat, W., & Unahalekhaka, A. (2015). A medication adherence enhancement program for persons with pulmonary tuberculosis: A randomized controlled trial study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research,* 19(4), 311 - 329.

Yang, T. W., Park, H. O., Jang, H. N., Yang, J. H., Kim, S. H., Moon, S. H., … Kang, D. H. (2017). Side effects associated with the treatment of multidrug-resistant tuberculosis at a tuberculosis referral hospital in South Korea: A retrospective study. *Medicine,* 96(28), Article e7482. DOOI: 10.1097/MD.0000000000007482

Zegeye, A., Dessie, G., Wagnew, F., Gebrie, A., Islam, S. M., Tesfaye, B., & Kiross, D. (2019). Prevalence and determinants of anti-tuberculosis treatment non-adherence in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One,* 14(1), Article e0210422. DOI: 10.1371/journal.pone.0210422

การพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 สำหรับชายไทยมุสลิม

Development and Effectiveness of PNU3 NSM Mask of Preventing COVID-19 Infection Transmission among Thai Muslim Men

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์[1*], รสสุคนธ์ แสงมณี[1], ซัมซูรีย์ มามะ[1], ซูไบดะห์ กูรุง[1],
ณัฐชา หมัดกะเส็ม[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[2]
Siriphan Siriphan[1*], Rossukon Sangmanee[1], Samsuree Mama[1], Subaidah kurung[1],
Nutcha Madkasem[1], Noppacha Singweratham[2]

(Received: December 9, 2022; Revised: September 20, 2023; Accepted: September 26, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ในชายไทยมุสลิม และเพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นชายไทยมุสลิม จำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบทดสอบการสะท้อนน้ำของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM 3) หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ได้เท่ากับ 0.80 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า มีการพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM จำนวน 4 ครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับชายไทยมุสลิม โดยครั้งที่ 1 ร่างรูปแบบของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM 3 รูปแบบ

[1]มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[1]Princess of Naradhiwas Univerity

[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2]Faculty of Public Health, Chiangmai University

Corresponding Author: noinara@hotmail.com

ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านการเย็บผ้า ครั้งที่ 2 ตัดหน้ากากอนามัยและนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่า ต้องมีการปรับขนาดและสายคล้องหูให้มีขนาดยาวขึ้นและเล็กลง ครั้งที่ 3 ได้มีการปรับปรุงตามคำแนะนำ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีคำแนะนำให้ปรับขนาดของสายคล้องหูและลวดปรับจมูกให้มีขนาดยาวขึ้น เพื่อความกระชับกับใบหน้า ครั้งที่ 4 นำคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่างมาพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ผลการทดสอบการสะท้อนน้ำ (water repellency) ของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM โดยการหาค่าต้านการเปียกน้ำของผิวผ้า พบว่า อยู่ในระดับที่ 4 ผิวผ้าด้านหน้า มีหยดน้ำเล็ก ๆ เกาะอยู่เล็กน้อย หรือรอยเปียกเล็กน้อย และผลคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด ด้านความสะดวกในการใช้หน้ากากอนามัย (M = 4.50, S.D. = 0.670) รองลงมาคือ ด้านความเหมาะสมของหน้ากากอนามัย (M = 4.48, S.D. = 0.544) ด้านความปลอดภัยในการใช้หน้ากากอนามัย (M = 4.29, S.D. = 0.692) ด้านประสิทธิภาพของการใช้งาน (M = 4.28, S.D. = 0.767) และด้านความสวยงาม (M = 4.25, S.D. = 0.716) ดังนั้นการพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ได้ในระดับหนึ่ง

คำสำคัญ: หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM, ประสิทธิภาพ, ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19

Abstract

Research and development aimed to develop and evaluate the effectiveness of PNU3 NSM mask of preventing COVID-19 infection transmission as well as determine the satisfaction of utilizing PNU3 NSM mask among Thai Muslim men. A purposive sampling was used to select 50 Thai Muslim men. The instruments of this study consisted of 4 parts: (1) demographic data of the samples, (2) PNU 3 NSM Mask water repellency test, (3) PNU3 NSM mask, and 4) the satisfaction measurement towards using PNU3 NSM mask that was validated contents by experts. The index of conformity between the question and the purpose equals 0.80, and the Cronbach's alpha coefficient value of 0.87. Data analysis was used frequency, percentage, average, and standard deviation.

The results of this study found that there were four times that PNU3 NSM was developed to be suitable with Thai Muslim men. Three different types of PNU3 NSM mask after consulting sewing professionals were developed in the first phase of developing the mask. The second phase involved developing the PNU3 NSM mask and testing it with ten people who had the same criteria as the samples. The size and length of the mask strap were adjusted to be smaller and longer. The third phase

involved revising and testing the PNU3 NSM mask with samples. The samples suggested lengthening the nose wire and mask strap to better fit with the sample face. The samples gave suggestions to adjust the size of mask strap and nose wire to be longer to be fit with the face. The PNU3 NSM mask was updated in the fourth phase based on the advice of the sample. The result of water repellency of PNU3 NSM mask by the moisture resistance of the fabric surface was determined in the fourth grade, which means it had a single drop of water or was lightly damp. The overall satisfaction rating was significantly high. The convenience of using the mask had the highest satisfaction rating (M= 4.50, SD= 0.670), followed by the mask's suitability (M= 4.48, SD= 0.544), safety when using the mask (M= 4.29, SD= 0.692), effectiveness when using the mask (M= 4.28, SD= 0.767), and attractiveness (M= 4.25, SD= 0.716). Therefore, the development of PNU3 NSM can enhance the effectiveness of preventing COVID-19 infection transmission.

Keyword: PNU3 NSM mask, Effectiveness, Preventing COVID-19 infection transmission

บทนำ

วันที่ 31 ธันวาคม 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกประกาศเตือนการระบาดของโรคโควิด - 19 เกิดขึ้นในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ต่อมาได้มีการระบาดไปทั่วโลกในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคโควิด - 19 ชาวจีน เป็นรายแรก เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2563 ที่สนามบินสุวรรณภูมิ โดยตรวจพบว่ามีไข้ 38.6 องศาเซลเซียส ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ มาท่องเที่ยวประเทศไทยพร้อมครอบครัว และกรุ๊ปทัวร์รวม 16 คน (Ratnarathon, 2020) สำหรับในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส มีการระบาดของโรคโควิด - 19 เริ่มต้นการระบาดจากผู้เดินทางกลับจากไปร่วมประกอบพิธีทางศาสนาในประเทศที่มีการระบาดของโรค ได้แก่ มาเลเซียและปากีสถาน โดยในช่วงเวลาดังกล่าวไม่ได้มีมาตรการกักกันที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่โรคในพื้นที่ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการติดเชื้อในพื้นที่เองมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ การแพร่โรคในผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว ซึ่งมีกิจกรรมสัมผัสใกล้ชิดโดยไม่ได้ป้องกันตนเอง พบว่ากลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือ ผู้สัมผัสในครอบครัวหรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในสถานการณ์ที่กักกันที่รัฐจัดให้ ดังนั้นการค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงให้เร็วและกักกันได้เหมาะสมจะช่วยป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อในพื้นที่เพิ่มเติมได้และควรใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ผู้ติดเชื้อโควิด - 19 จะมีอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อย คือ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจถี่ หายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เจ็บคอ น้ำมูกไหล ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น มี

หลักการป้องกัน ดังนี้ “กินของร้อน ใช้ช้อนกลาง หมั่นล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และรักษาระยะห่างจากผู้อื่น” โดยเป้าหมายหลักในการควบคุมโรคโควิด - 19 คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่โรคไปยังบุคคลอื่น โดยเน้นการป้องกันตนเองด้วยการสวมหน้ากากอนามัย (Kiphati, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหน้ากากอนามัยที่มีการพัฒนาโดยสถาบันต่าง ๆ ส่วนใหญ่ไม่มีคุณสมบัติในการป้องกันเชื้อโดยเฉพาะเชื้อไวรัส หน้ากากอนามัยไม่กระชับกับใบหน้า สามารถซักทำความสะอาดได้อย่างน้อย 30 ครั้ง และนอกจากนี้หน้ากากอนามัยส่วนใหญ่ มีการพัฒนาเพื่อใช้ในการป้องกันแก่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงหน้ากากอนามัยเหล่านั้นได้ ผู้ทำวิจัยครั้งนี้ได้มีการพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ในรูปแบบพิเศษที่มีการออกแบบหน้ากากอนามัยให้มีความหลากหลายของวัสดุและมีประสิทธิภาพในการป้องกันที่แตกต่างกัน โดยหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ประกอบด้วย 3 ชั้น ชั้นที่หนึ่ง ผ้านาโน จากการเปรียบเทียบผ้าของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่า ผ้านาโนสามารถต้านการซึมผ่านของละอองน้ำได้ดี ชั้นที่สอง ผ้าสาลู จากการเปรียบเทียบผ้าของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่าผ้าสาลูสามารถต้านการซึมผ่านได้ดีที่สุด และจากการทดสอบของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผ้าสาลูสามารถซักได้ประมาณ 100 ครั้ง โดยเอกสารของกรมอนามัยได้ระบุว่าหากเป็นผ้าที่มีคุณสมบัติของใยผ้าที่เล็กยิ่งนำไปซักก็จะยิ่งเล็ก เนื่องจากมีใยออกมาระหว่างการซักมีขนาด 1 ไมครอน ชั้นที่สาม ผ้ามัสลิน จากการเปรียบเทียบผ้าของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่า ผ้ามัสลินสามารถต้านการซึมผ่านของละอองน้ำได้ดีที่สุด สามารถกักอนุภาคขนาดเล็กได้ และซักได้มากกว่า 100 ครั้ง ดังนั้นหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM สามารถนำมาซักทำความสะอาดได้มากถึง 100 ครั้ง อีกทั้งหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชายไทยมุสลิมที่ต้องรวมตัวกันเป็นจำนวนมากเพื่อละหมาดวันศุกร์ โดยสำนักจุฬาราชมนตรีออกประกาศผ่อนปรนให้ปฏิบัติศาสนกิจละหมาดวันศุกร์ (ญุมอะห์) โดยมีแนวทางในการปฏิบัติศาสนกิจคือ ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติศาสนกิจ เป็นต้น ซึ่งรวมตัวกันก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ มีการพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM และศึกษาประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เพื่อจะเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ได้ในระดับในระดับหนึ่ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ในชายไทยมุสลิม

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ในชายไทยมุสลิม

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจจากการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม

ขอบเขตการวิจัย

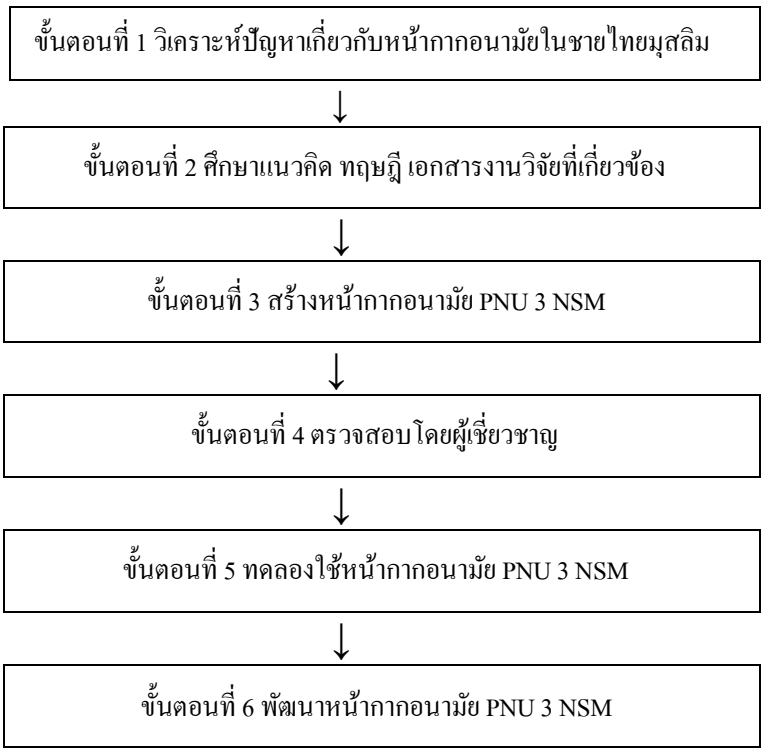
วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development study) เพื่อการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัยในการป้องกันเชื้อโควิด - 19 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง เป็นชายไทยมุสลิมที่ทำการละหมาดวันศุกร์ในมัสยิด ที่สวมหน้ากากอนามัยระหว่างฟังคุตบะห์วันศุกร์ ณ มัสยิดยุมอียะห์ หอนาฬิกา จังหวัดนราธิวาส จำนวน 50 คน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยและพัฒนา (R&D, Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

การสร้างและพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นขั้นตอนตามแผนภูมิที่ 1 ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับหน้ากากอนามัยในชายไทยมุสลิม

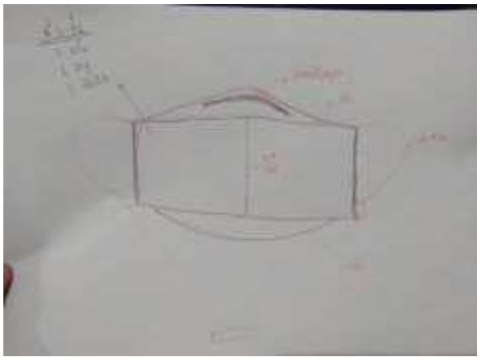
จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 พบว่าสถานการณ์ในจังหวัดนราธิวาสเมื่อวันที่ 14 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อสะสม 43 ราย รักษาหาย 41 ราย เสียชีวิต 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางกลับจากร่วมงานชุมนุมทางศาสนาของกลุ่มดะห์วะ ซึ่งจัดขึ้นที่มัสยิดกรุงกัวลาลัมเปอร์ และรายสุดท้าย เป็นนักศึกษาซึ่งเดินทางกลับจากประเทศซาอุดิอาระเบีย (Sakdirath & Siriphraiwan, 2021) เห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อในจังหวัดนราธิวาสส่วนใหญ่เป็นผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งวิถีชีวิตมุสลิมนั้นต้องมีการรวมตัวกันเพื่อละหมาดวันศุกร์ สืบเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 สำนักจุฬาราชมนตรีจึงออกประกาศให้มีการสวมหน้ากากตลอดการละหมาด (Sheikhul Islam Office, 2020) ซึ่งการรวมตัวกันจำนวนมากอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโควิด – 19 ได้ ขณะที่ชายไทยมุสลิมที่ไปละหมาด ได้มีการสวมหน้ากากผ้าอนามัยบ้างในบางคน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทีมผู้วิจัยได้ทบทวนวิเคราะห์ปัญหาตลอดจนทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การสร้างหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM โดยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อโควิด - 19 วิธีการสร้างหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM และสอบถามความคิดเห็นของชายไทยมุสลิมที่ทำการละหมาดวันศุกร์ 5 คน ต้องการหน้ากากที่เป็นผ้า ซักใช้ได้หลายครั้ง จากนั้นจึงนำข้อมูลมารวบรวมวิเคราะห์ และกำหนดคุณสมบัติของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

ขั้นตอนที่ 3 สร้างหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

3.1 ร่างรูปแบบหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เพื่อให้ได้แบบที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของชายไทยมุสลิมที่ทำการละหมาดวันศุกร์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ร่างรูปแบบหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

3.2 ผู้วิจัยได้โครงร่างของหน้ากากอนามัยเรียบร้อยแล้ว จึงจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ได้แก่ ผ้านาโน ผ้าสาลู ผ้ามัสลิน ลวดปรับจมูก และสายคล้องหู ดังภาพที่ 2







ภาพที่ 2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

3.3 ตัดผ้าตามขนาดที่ร่างไว้ขนาด 20 x 25 cm. โดยแยกออกเป็น 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่หนึ่ง ผ้านาโน ชั้นที่สอง ผ้าสาลู และชั้นที่สาม (ชั้นในสุด) ผ้ามัสลิน

3.4 จีบผ้าแต่ละชั้นให้มีขนาดประมาณ 3 ซม. ตรงกลางผืนผ้า และนาเข็มหมุดมากลัดผ้าเพื่อไม่ให้หลุดออกจากกันตอนที่เย็บ

3.5 เย็บผ้าทั้งสามชั้นเข้าด้วยกัน

3.6 เปิดช่องกลับผ้าให้เป็นรู แล้วก็กลับผ้าด้านในออกมา

3.7 ใส่ลวดปรับจมูกเข้าในหน้ากากอนามัย

3.8 เย็บบริเวณข้างสำหรับใส่สายคล้องหูทั้ง 2 ข้าง (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงหน้ากากอนามัย PNU 3 NSMที่ตัดเย็บเสร็จสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

หลังจากผู้วิจัยได้สร้างหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ได้นำข้อเสนอแนะจากอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล 2 ท่าน และเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน มาปรับปรุงหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในประเด็นขนาด ความกระชับกับใบหน้าและวิธีการตัดเย็บ

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ที่ประดิษฐ์ขึ้นไปทดลองใช้กับนักศึกษาชายไทยมุสลิม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 10 ราย และให้ตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพการใช้งานหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ตามขั้นตอนที่กำหนด โดยครอบคลุมในด้านประสิทธิภาพของการใช้งาน ด้านความสวยงาม ด้านความปลอดภัยในการใช้นวัตกรรม และด้านความสะดวกในการใช้นวัตกรรม

ขั้นตอนที่ 6 พัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

ภายหลังการทดลองใช้แล้ว ผู้วิจัยได้พัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM โดย มีการปรับขนาดและสายคล้องหูให้มีขนาดยาวขึ้นและเล็กลง และลวดปรับจมูกให้มีขนาดยาวขึ้น เพื่อความกระชับกับใบหน้าของแต่ละคน

ตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิภาพการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ชายไทยมุสลิมที่ทำการละหมาดวันศุกร์ ณ มัสยิดยุมอียะห์-หอนาฬิกา จังหวัดนราธิวาส และ กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายไทยมุสลิม อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ทำการละหมาดวันศุกร์ ณ มัสยิดยุมอียะห์-หอนาฬิกา จังหวัดนราธิวาส จำนวน 50 คน โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม ที่คณะผู้วิจัยผลิต มีการออกแบบ 2 ส่วน ประกอบด้วย ลักษณะของผ้า ลักษณะของสายคล้องหู ลวดปรับจมูก

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา

3. แบบทดสอบการสะท้อนน้ำ (water repellency) ของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เพื่อทดสอบคุณสมบัติของผ้าในการผลักดันน้ำไม่ให้เกาะติดที่ผิวได้ โดยการหาค่าการต้านการเปียกน้ำของผิวผ้า 5 ระดับ

ระดับ 1 (ISO 1 เท่ากับ AATCC 50) ผิวผ้าด้านหน้า รอบบริเวณที่ถูกน้ำพ่น เปียกทั้งหมด

ระดับ 2 (ISO 2 เท่ากับ AATCC 50) ผิวผ้าด้านหน้า รอบบริเวณที่ถูกพ่น เปียกน้ำบางส่วน

ระดับ 3 (ISO 3 เท่ากับ AATCC 50) ผิวผ้าด้านหน้า เปียกเฉพาะบริเวณที่ถูกน้ำพ่น

ระดับ 4 (ISO 4 เท่ากับ AATCC 50) ผิวผ้าด้านหน้า มีหยดน้ำเล็กๆ เกาะอยู่เล็กน้อย หรือรอยเปียกเล็กน้อย

ระดับ 5 (ISO 5 เท่ากับ AATCC 50) ผิวผ้าด้านหน้า ไม่มีหยดน้ำเล็ก ๆ เกาะอยู่ และไม่มีรอยเปียก (Ministry of Industry, 2009)

4.แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM โดยดัดแปลงแบบประเมินจาก Hayeese et al. (2018) มีข้อคำถามเป็น 5 ด้าน จำนวน 14 ข้อ ดังนี้

1. ด้านประสิทธิภาพการใช้งาน มีจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1 - 5 ได้แก่ หายใจได้สะดวก ความทนทานในการใช้ น้ำหนักเบา ความกระชับ และการซึมผ่าน

2. ด้านความสวยงาม มีจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อที่ 6 - 8 ได้แก่ รูปทรงสวยงาม ความเหมาะสมของขนาด และลวดลายสีสัน

3. ด้านความปลอดภัยในการใช้นวัตกรรม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 9 - 10 ได้แก่ ไม่เกิดอาการแพ้หน้ากากอนามัย (ระคายเคือง สิวขึ้น ผื่น เป็นต้น) ไม่เกิดอาการเจ็บหู

4. ด้านความสะดวกในการใช้นวัตกรรม มีจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อที่ 11 - 13 ได้แก่ สวมใส่ได้ง่าย ง่ายต่อการถอดเวลาอาบน้ำละหมาด และไม่เลื่อนหลุดขณะสวม

5. ด้านความเหมาะสมของนวัตกรรม มีจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 14 ด้านความเหมาะสมของนวัตกรรมในภาพรวม

ลักษณะของคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2 คะแนน หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

3 คะแนน หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

4 คะแนน หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

5 คะแนน หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

โดยให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1 - 2.33	หมายถึง มีประสิทธิภาพในระดับน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	หมายถึง มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00	หมายถึง มีประสิทธิภาพในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC)) เท่ากับ 0.80 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับชายไทยมุสลิมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณาสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 06 / 2564 ให้การรับรอง ณ วันที่ 30 มีนาคม 2564 โดยผู้วิจัยแจ้งโต๊ะอีหม่ามประจำมัสยิด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล นำหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เข้าไปพบกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตพร้อมกับแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการทดลองใช้ ให้เซ็นใบยินยอมให้เก็บข้อมูล และชี้แจงวิธีการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ทดลองสวมหน้ากากอนามัยระหว่างทำการละหมาด เพื่อประเมินความพึงพอใจจากการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหาและข้อเสนอแนะของการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป และนำผลจากแบบประเมินมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้เป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เกือบครึ่ง มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี นับถือศาสนาอิสลามทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ครึ่งหนึ่งเป็นนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 42 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 50 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
อายุ (ปี)	10	20
15 – 20 ปี	20	40
21 – 30 ปี	20	40
31 – 40 ปี	1	2
41 – 50 ปี	5	10
50 ปีขึ้นไป	14	28
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	4
มัธยมศึกษา	11	22
ปวช., ปวส.	10	20
ปริญญาตรี	26	52
อื่น ๆ	1	2
อาชีพ		
นักเรียน, นักศึกษา	25	50
ครู - บุคลากรทางการศึกษา	1	2
เกษตรกร	3	6
ค้าขาย	8	16
รับจ้าง	5	10
หน่วยงานราชการ	5	10
อื่น ๆ	3	6
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	21	42
5,000 - 10,000บาท	10	20
10,001 - 20,000 บาท	5	10
> 20,000บาท	8	16
อื่น ๆ	6	12

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบการสะท้อนน้ำ (water repellency) ของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ผลการทดสอบการสะท้อนน้ำ (water repellency) ของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในการผลักดันน้ำไม่ให้เกาะติดที่ผิวผ้า โดยการหาค่าต้านการเปียกน้ำของผิวผ้า พบว่า อยู่ในระดับที่ 4 ผิวผ้าด้านหน้า มีหยดน้ำเล็ก ๆ เกาะอยู่เล็กน้อย หรือรอยเปียกเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 ผลการสร้างหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม

หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม ได้มีการออกแบบ เป็น 2 ส่วน (ดังรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น)

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผ้า โดยผ้าของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ประกอบด้วย 3 ชั้น

ส่วนที่ 2 ลักษณะของสายคล้องหูและลวดปรับจมูก

ส่วนที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM

ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM มีความพึงพอใจในระดับมาก โดยชายไทยมุสลิม พึงพอใจมากที่สุด ด้านความสะดวกในการใช้หน้ากากอนามัย (M = 4.50, S.D. = 0.670) รองลงมาคือ ด้านความเหมาะสมของหน้ากากอนามัย (M = 4.48, S.D. = 0.544) ด้านความปลอดภัยในการใช้หน้ากากอนามัย (M = 4.29, S.D. = 0.692) ด้านประสิทธิภาพของการใช้งาน (M = 4.28, S.D. = 0.767) และด้านความสวยงาม (M = 4.25, S.D. = 0.716) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม (n = 50)

รายการ	M	S.D.	ระดับ
ด้านประสิทธิภาพของการใช้งาน			
1. หายใจได้สะดวก	4.24	0.822	มาก
2. ความทนทานในการใช้ (ซักได้ 100 ครั้ง)	4.26	0.694	มาก
3. น้ำหนักเบา	4.36	0.749	มาก
4. ความกระชับ	4.40	0.782	มาก
5. การซึมผ่านของน้ำ	4.12	0.789	มาก
รวม	4.28	0.767	มาก
ด้านความสวยงาม			
6. รูปทรงสวยงาม	4.38	0.725	มาก
7. ความเหมาะสมของขนาด	4.38	0.667	มาก
8. ลวดลายสีสัน	4.00	0.756	มาก

รายการ	M	S.D.	ระดับ
ด้านความปลอดภัยในการใช้หน้ากากอนามัย			
9. ไม่เกิดอาการระคายเคือง (คันจมูก แสบจมูก เป็นต้น)	4.26	0.751	มาก
10. ไม่เกิดอาการแพ้หน้ากากอนามัย (สิวขึ้น ผื่น เป็นต้น)	4.28	0.671	มาก
11. ไม่เกิดอาการเจ็บหู	4.32	0.653	มาก
รวม	4.29	0.692	มาก
ด้านความสะดวกในการใช้หน้ากากอนามัย			
12. สวมใส่ได้ง่าย	4.42	0.731	มาก
13. ง่ายต่อการถอดเวลาอาบน้ำละหมาด	4.58	0.609	มาก
รวม	4.50	0.670	มาก
ด้านความเหมาะสมของหน้ากากอนามัย			
14.ความเหมาะสมของหน้ากากอนามัยในภาพรวม	4.48	0.544	มาก

อภิปรายผล

ในการศึกษาเพื่อพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม พบว่า มีการพัฒนารูปแบบของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM 4 ครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับชายไทยมุสลิม โดยครั้งที่ 1 เป็นการร่างรูปแบบของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ออกมาเป็น 3 รูปแบบ และได้มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านการตัดเย็บ ครั้งที่ 2 ได้มีการตัดเย็บหน้ากากอนามัยจริง และนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่า ต้องมีการปรับขนาด และปรับสายคล้องหูให้มีขนาดยาวขึ้นและเล็กลง ครั้งที่ 3 หลังจากได้มีการปรับปรุงตามคำแนะนำของกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน10 ราย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ราย ณ มัสยิดยุมอียะห์ - หอนาฬิกา จังหวัดนราธิวาส โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีคำแนะนำให้ปรับขนาดของสายคล้องหูให้มีขนาดยาวขึ้นและปรับเปลี่ยนวัสดุอุปกรณ์ของลวดปรับจมูก ให้มีขนาดยาวกว่าเดิม เพื่อความกระชับกับใบหน้า ครั้งที่ 4 นำคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่างมาพัฒนาหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM โดยมีการปรับสายคล้องหูให้มีขนาดยาวขึ้นเพื่อให้มีความสะดวกในการปรับขนาดตามความเหมาะสมของแต่ละคน และปรับขนาดของลวดปรับจมูก ให้มีขนาดยาวกว่าเดิม เพื่อความกระชับกับใบหน้า และได้มีการปรับเพิ่มสีสันให้มีความหลากหลาย เช่น สีขาว สีดำและ สีฟ้า ซึ่งค่าใช้จ่ายในการทำหน้ากากอนามัย ชิ้นละ 20 บาท เป็นราคาที่ผู้ใช้สามารถซื้อมาใช้ได้ หลังจากการใช้สามารถซักและนำมาใช้อีกได้

ในการศึกษาการสะท้อนน้ำ พบว่า ผลการทดสอบการสะท้อนน้ำ (water repellency) ของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในการผลักดันน้ำไม่ให้เกาะติดที่ผิวผ้า โดยการหาค่าต้านการเปียกน้ำของ

ผิวผ้า พบว่า อยู่ในระดับที่ 4 ผิวผ้าด้านหน้า มีหยดน้ำเล็ก ๆ เกาะอยู่เล็กน้อย หรือรอยเปียกเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM สร้างจากผ้า 3 ชนิด ที่มีคุณสมบัติแตกต่างกัน คือ ชั้นที่ 1 ผ้านาโน ซึ่งเป็นผ้าเคลือบสารนาโนด้วยนวัตกรรมการทอนาโนเทคโนโลยีสามารถป้องกันสารก่อภูมิแพ้ถึง 99.99 % สามารถช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของ bacteria และเชื้อราแม้ในที่อับชื้นได้อีกด้วย ชั้นที่ 2 ผ้าสาลู เป็นผ้าที่มีคุณสมบัติของใยผ้าที่เล็กมากๆ สามารถป้องกันเชื้อไวรัสที่มีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน ยิ่งนำไปซักก็ยิ่งมีขนาดอนุภาคที่เล็ก สามารถซับน้ำได้ดี ชั้นที่ 3 ผ้ามัสลิน เป็นผ้าที่มีเนื้อละเอียดมาก ๆ ระบายอากาศได้ดี ผ้ามัสลินผลิตจากใยฝ้าย 100 % มีความโดดเด่นในแง่ดีหลายอย่าง เช่น แห้งเร็ว น้ำหนักเบา ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง ทำให้ความรู้สึกสบาย

ในการศึกษาด้านระดับความพึงพอใจในหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม พบว่า ชายไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยชายไทยมุสลิมมีความพึงพอใจในด้านความสะดวกในการใช้หน้ากากอนามัยสูงที่สุด (M = 4.50, S.D. = 0.670) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการออกแบบหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ให้สวมใส่ได้ง่าย และมีสายคล้องหูที่มีลักษณะยาวสามารถปรับขนาดได้ตามความต้องการ เพื่อง่ายต่อการถอดเวลาอาบน้ำละหมาด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกว่า “สะดวกตอนอาบน้ำละหมาด เพราะหน้ากากมีสายคล้องหู สามารถถอดหน้ากากและแขวนที่คอได้” รองลงมามีความพึงพอใจในด้านความเหมาะสมของหน้ากากอนามัย (M = 4.48, S.D. = 0.544) เนื่องจากก่อนทำการออกแบบหน้ากากอนามัย ทางผู้วิจัยได้ทำการสอบถามชายไทยมุสลิมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้แบบที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของชายไทยมุสลิม ด้านความปลอดภัยในการใช้หน้ากากอนามัย (M = 4.29, S.D. = 0.692) เนื่องจากมีรูปแบบของหน้ากาก PNU 3 NSM โดยเฉพาะผ้ามัสลิน เป็นผ้าที่มีเนื้อละเอียดมาก ๆ ระบายอากาศได้ดี ผ้ามัสลินผลิตจากใยฝ้าย 100 % มีความโดดเด่นในแง่ดีหลายอย่าง เช่น แห้งเร็ว น้ำหนักเบา ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง ให้ความรู้สึกสบาย และสายคล้องหูไม่เกิดอาการเจ็บหู ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกว่า “ชอบหน้ากาก PNU 3 NSM สามารถปรับให้กระชับกับใบหน้าได้” สอดคล้องกับข้อมูลของ Chaichalothorn, Kiatkasemsan, and Saeyup (2020) พบว่า หน้ากากอนามัยควรจะมีความพอดีกับรูปทรงของใบหน้าผู้สวมใส่ เพื่อลดการปนเปื้อนของละอองฝอยผ่านช่องว่างระหว่างผิวหนังและหน้ากาก ด้านประสิทธิภาพของการใช้งาน (M = 4.28, S.D. = 0.767) เนื่องจากหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM มีประสิทธิภาพการกรองของเหลว สอดคล้องกับผลการทดสอบโดยการส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์จาก Department of Medical Sciences Ministry of Public Health (2020) พบว่า เส้นใยผ้ามัสลินและผ้านาโนสามารถกันอนุภาคได้ใกล้เคียงหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Guha (2020) จากมหาวิทยาลัยชิคาโก (The University of Chicago) ได้รายงานว่า ผ้ามัสลิน สามารถ

กรองแอโรซอลขนาดเล็กอย่างมีประสิทธิภาพได้มากถึง 80 - 99 % โดยประสิทธิภาพในการป้องกันนั้นขึ้นอยู่กับขนาดของอนุภาคแอโรซอลด้วย ซึ่งผ้ามีความใกล้เคียงกับประสิทธิภาพของวัสดุที่ผลิตหน้ากากอนามัยชนิด N95 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการออกแบบหน้ากากอนามัยให้มีลักษณะมีจีบเพื่อหายใจได้สะดวก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์บริการ (Department of Science Service, 2020) พบว่าหน้ากากอนามัยแบบมีจีบจะทำให้หายใจสะดวกขึ้น และจีบควรจะจีบลงเพื่อไม่ให้รองรับของเหลว และสามารถซักได้ถึง 100 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาจาก Department of Medical Sciences Ministry of Public Health (2020) พบว่า ผ้ามัสลินสามารถซักได้มากกว่า 100 ครั้ง และมีความพึงพอใจในระดับมาก แต่มีคะแนนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในด้านความสวยงาม (M = 4.25, S.D. = 0.716) เนื่องจากหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM มีรูปทรงสวยงาม และขนาดที่มีความเหมาะสม แต่พบปัญหาตรงที่ว่าไม่มีลวดลายสีสัน จึงได้ทำการเพิ่มสีของหน้ากากอนามัยให้มีความหลากหลาย

ดังนั้นจากการศึกษาวิจัยพบว่าภายหลังการใช้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิมมีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ของชายไทยมุสลิม ในระดับที่มากและมีความพึงพอใจในด้านความสะดวกในการใช้หน้ากากอนามัยมากที่สุด

สรุป

นวัตกรรมทางการศึกษา หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ได้ในระดับหนึ่ง และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อประกอบในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ (Infection Control) ซึ่งการศึกษาประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ช่วยยืนยันคุณภาพของการผลิตหน้ากากนี้มากขึ้นแต่อาจจะต้องมีการพัฒนาต่อไปอีก เพื่อให้ได้หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาการพัฒนาของนวัตกรรมหน้ากากอนามัย PNU 3 NSM เพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ในชายไทยมุสลิม มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM สามารถนำไปใช้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัยได้ แต่อาจมีข้อจำกัดสำหรับเพศหญิงที่คลุมผ้าที่หน้า

1.2 สามารถนำนวัตกรรมนี้ไปใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคต่าง ๆ ทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค เป็นต้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำไปใช้เป็นสื่อประกอบในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ (Infection Control)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพ หน้ากากอนามัย PNU 3 NSM ในชายไทยมุสลิม โดยมีการพัฒนาดังต่อไปนี้

1. ปรับขนาดของสายคล้องหูให้เหมาะสม คือปรับขนาดของสายคล้องหู โดยปรับขนาดให้ยาวขึ้น

2. ปรับเปลี่ยนวัสดุอุปกรณ์ของลวดปรับจมูก ให้มีขนาดยาวกว่าเดิม เพื่อความกระชับกับใบหน้า

3. ควรพัฒนาหน้ากากอนามัย โดยมีคุณสมบัติป้องกันการระเหยของไอ เมื่อสวมแว่นตาสำหรับผู้ที่มีปัญหาสายตา

4. ควรเพิ่มสีสันของหน้ากากอนามัยให้มีความหลากหลายตามความชอบของบุคคล

5. ควรมีการศึกษายืนยันประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อโควิด - 19 โดยผ่านการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันคุณภาพมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง (References)

Chaichalothorn, M., Kiatkasemsan, B., & Saeyup, P. (2020). N9 5 Respirator during COVID - 1 9 Pandemic. *Thai Journal of Anesthesiology*, 46(3), 95 - 102.

Department of Medical Sciences Ministry of Public Health (2020). *Cloth Mask*. Retrieved September 19, 2020 from http://www/gcc.go.th/?p=5061

Department of Science Service (2020). *Turn on the Feature to Choose a Fabric Mask According to the Appropriate Use.* Retrieved August 2 4 , 2 0 2 0 from http://www/hfocus/org/content /2020/06 /19492

Guha, S. (2020). *Researchers and Research to Find Suitable Materials for the Production of Cloth Masks to Prevent Germs*. Retrieved September 11, 2020 from http://www.nsm.or.th/other-service/679-online-science/knowledge-inventory/sciencenews/science-news-scince-museum/-cloth-masks.html

Hayeese, W., Binahmad, H., Sorlaeh, N., Arwae, P., Maseng, F., Yamako, F., … Adae, A. (2018). Innovation Electrically Heated Blankets of Temperature in the Premature Infants. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 10(2), 1 - 12.

Kiphati, R. (2020). The Fight with Coronavirus Disease 2019 is Like a Marathon Running. *Journal of Health Science,* 29(2), 1 - 2.

Ministry of Industry (2009). *Thaij Industrial Standard: Standard Test Methods of Textiles Part 22 Resistance to Surface Wetting-Spray Test.* Retrieved August 7, 2020 from http://www.fio.co.th/web/tisi_fio/fulltext/TIS121_22-2552.pdf

Ratnarathon, A. (2020). Coronavirus infectious disease-2019 (COVID-19): a case report, the first patient Thailand and outside China. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2), 116 – 123.

Sakdirath, N., & Siriphraiwan, S. (2021). Investigation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in Waeng District, Narathiwat Province. *Princess of Naradhiwas University Journal,* 13(2), 142 – 160.

Sheikhul Islam Office (2020). *Measures to Prevent the Spread of Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19) Concerning Relaxation to Practice Jamaah Prayers at the Mosque and Some Activities No.7/2020*. Retrieved September 12, 2020 from http://multi.dopa.go.th/haj/official_letter/view39.

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด

Effects of End-of-Life Care Program on Illness Uncertainty and Distressing Symptoms in Patients with Lung Cancer

กิรติยา วงษ์กาฬสินธุ์[1], เยาวรัตน์ มัชฉิม[1*], เรือนขวัญ กัณหสิงห์[2], ปิยะวรรณ ขนาน[1]

Kiratiya Wongkalasin[1], Yaowarat Matchim[1*], Ruankwan Kanhasing[2], Piyawan Kanan[1]

(Received: June 11, 2023; Revised: July 26, 2023; Accepted: August 4, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดซ้ำ 3 ครั้ง นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 18 ราย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบฟรีดแมน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอน, ความทุกข์ทรมานจากอาการ, การดูแลระยะท้าย, มะเร็งปอด

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[1] Faculty of Nursing, Thammasat University

[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[2] Faculty of Medicine, Thammasat University

[*]Corresponding Author: yaowarat.m@gmail.com

Abstract

A single group, quasi-experimental, repeated three times measurement aimed to study effects of an end-of-life care program on illness uncertainty and distressing symptoms in patients with lung cancer. Samples of this study were 18 patients who were admitted at Thammasat University hospital. Experimental instrument of this study was an end-of-life care program for patients with lung cancer. Data collection instruments comprised of illness uncertainty instrument and distressing symptoms instrument. The reliability yielded Cronbach's alpha coefficients of these two instruments were .80 and .72, respectively. Data was analyzed by using descriptive statistics, repeated measures analysis of variance, and the Friedman Test.

The study's findings revealed that the experimental group's average score on illness uncertainty was significantly lower after receiving the program than before receiving the program in both the immediate and follow-up periods ($p < .05$). Additionally, the experimental group's median score for distressing symptoms was considerably lower after receiving the program than before receiving the program in both the immediate and follow-up periods ($p < .05$).

The findings of this study suggest that end of life care program can reduce illness uncertainty and distressing symptoms in end-of-life patients with lung cancer.

Keywords: Uncertainty, Distressing symptoms, End of life care, Lung cancer

บทนำ

มะเร็งปอดเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2020 พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน คิดเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (International Agency for Research on Cancer, 2020) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอับดับ 1 ของประเทศไทย และมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมด หรือจำนวน 14,728 คน (Ministry of Public Health, 2022) อาการนำของโรคมะเร็งปอดเป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดถึงร้อยละ 85 ถูกวินิจฉัยเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) (National Cancer Institute, 2019) โดยผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี เพียงร้อยละ 29.4 และอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เพียงร้อยละ 2.2 - 5.0 เท่านั้น (Li, Pan, Ellinwood, & Cress, 2021)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ หมายถึง ระดับของความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการเฉพาะที่ผู้ป่วยรับรู้ (McCorkle & Young, 1978) มะเร็งปอดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจโดยตรงจึงทำ

ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านอื่น ๆ มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ (Sleeman, Gomes, de Brito, Shamieh, & Harding, 2021) ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามจะต้องประสบกับอาการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคและผลข้างเคียงจากการรักษามากถึงร้อยละ 93.0 ของผู้ป่วยประสบกับอาการทางกายอย่างน้อย 1 อาการ และอาการที่พบบ่อย ได้แก่ หายใจลำบาก (ร้อยละ 67.3) ไอ (ร้อยละ 46.7) เจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 40.2) ปวด (ร้อยละ 38.2) และผมร่วง (ร้อยละ 37.3) (Chen et al., 2022) ซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด (Hui et al., 2021) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (ร้อยละ 17.7) รวมทั้งอาการวิตกกังวล (ร้อยละ 7.5) และภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 14.1) (Tian, Jin, Chen, Tang, & Jiménez-Herrera, 2021; Chen et al., 2022) จะเห็นได้ว่าความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Choi & Ryu, 2018; Tan, Molassiotis, Lloyd-Williams, & Yorke, 2018) ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการที่มากขึ้นเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคและผลลัพธ์ทางคลินิกที่แย่ลง และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจยังเกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Aubin et al., 2022) ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามซึ่งมีวิถีการดำเนินโรคที่รวดเร็ว และระยะเวลาในการรอดชีวิตที่จำกัด การจัดการอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการลดความทุกข์ทรมานจึงถือเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย รวมถึงไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (Mishel, 1988) ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญกับประสบการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตลอดวิถีการดำเนินโรค โดยความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดจากความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามบางรายต้องเผชิญกับการเฝ้ารอผลการตรวจวินิจฉัย การระบุระยะโรค และแนวทางการรักษาที่เหมาะสม อีกทั้งอาการของโรคที่ไม่คุ้นเคย กังวลเกี่ยวกับอาการ อาการที่ยืดเยื้อหรือรุนแรงมากขึ้น (Morhaf Al et al., 2021) ประสบกับความล่าช้าและความซับซ้อนเกี่ยวกับกระบวนการรักษา (Hansen et al., 2020) การไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายสถานการณ์ของโรคและพยากรณ์โรคได้ เนื่องจากมะเร็งปอดมีวิถีการดำเนินโรคที่รวดเร็วกว่าโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ (Allemani et al., 2018) มะเร็งปอดเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ยากที่จะทำนายการรักษาที่สิ้นสุดและการตอบสนองของโรคต่อการรักษา (Temel, Petrillo, & Greer, 2022) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น การรับรู้ความทุกข์ที่เพิ่มขึ้น (Lee & Kim, 2018; Tarhani, Goudarzi, Hasanv, Ebrahimzadeh, & Rassouli, 2020; Verduzco-Aguirre et al., 2021) การ

ปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อครอบครัว (Lee & Kim, 2018; Syamsir, Rondhianto, & Wijaya, 2023; Wang et al., 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลและการจัดการอาการ 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนการประเมินตนเอง และ 4) การให้แหล่งสนับสนุน และได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิด (Guan, Qan'ir, & Song, 2021) แต่ยังไม่พบโปรแกรมการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ซึ่งมีความต้องการด้านข้อมูลและการจัดการอาการที่แตกต่างกับโปรแกรมที่ผ่านมา อีกทั้งการนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งมีองค์ประกอบของการสนับสนุนด้านข้อมูลและการจัดการอาการ (องค์ประกอบที่ 1 และ 2) ส่งเสริมสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน (องค์ประกอบที่ 4) และส่งเสริมแหล่งสนับสนุนจากบุคลากรและครอบครัว (องค์ประกอบที่ 3 และ 5) โดยจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า กิจกรรมทั้ง 5 องค์ประกอบสอดคล้องและครอบคลุมในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนและอาการของผู้ป่วย อีกทั้งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้สามารถยืดหยุ่นได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยคาดหวังว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการที่ลดลง จะเป็นผลลัพธ์ตั้งต้นที่ก่อให้เกิดความสงบในชีวิตของผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับจุดมุ่งเน้นของทฤษฎี คือ การทำให้มีชีวิตที่สงบและอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่สำหรับผู้ป่วยและบุคคลที่สำคัญ ไม่ได้มุ่งเพียงเฉพาะที่ช่วงเวลาใกล้ตายเพียงอย่างเดียว (Ruland & Moore, 1998)

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม

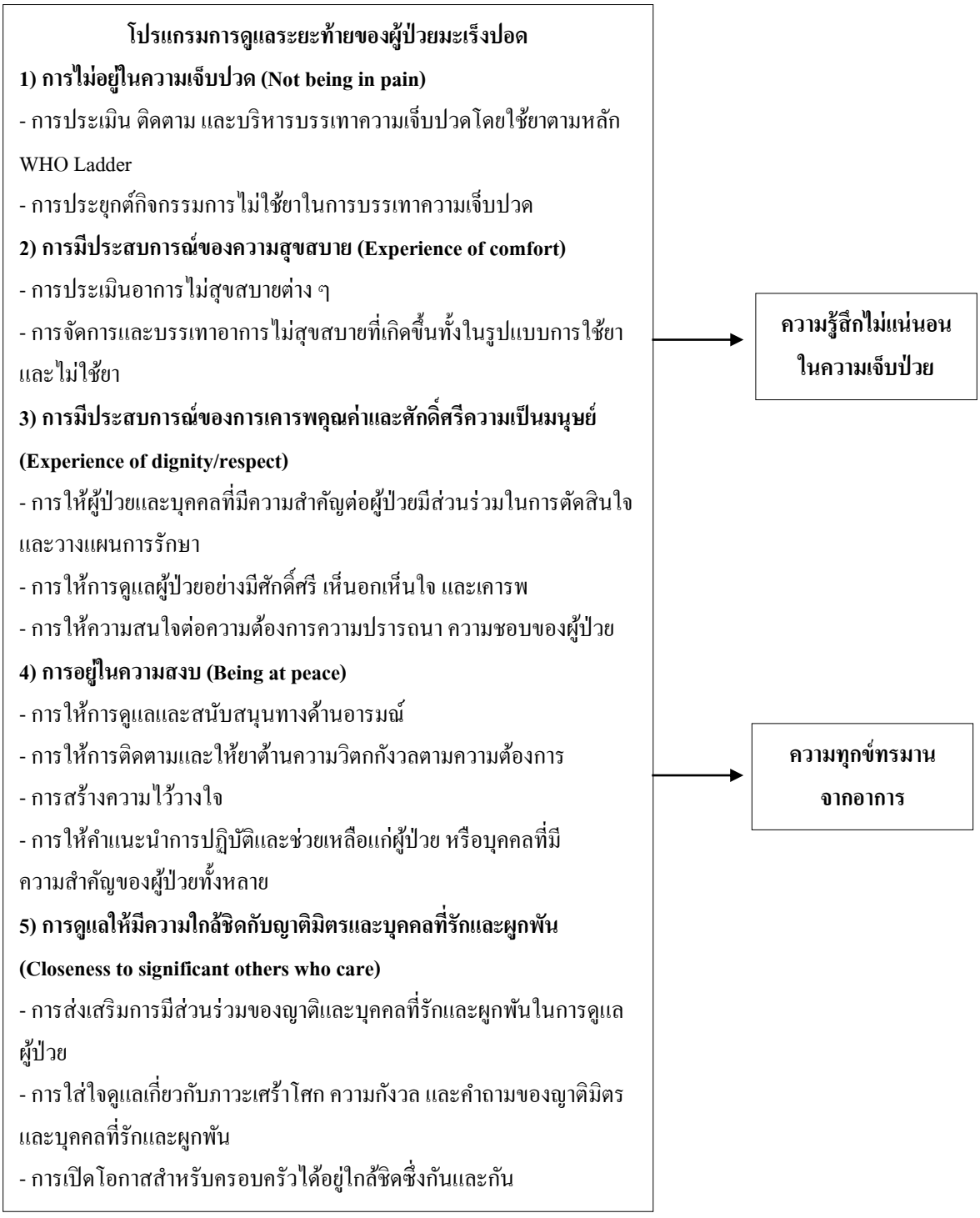
สมมติฐาน

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของ Ruland and Moore (1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะท้ายจะมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด (Not being in pain) 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (Experience of comfort) 3) การมีประสบการณ์ของการเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Experience of dignity / respect) 4) การอยู่ในความสงบ (Being at peace) และ 5) การดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant others who care) จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาพัฒนาสู่รูปแบบโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย ซึ่งอาจจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในส่วนรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (อาการ) ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 1 และ 2 ส่วนของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และข้อมูล ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 3 และ 4 และส่วนของแหล่งสนับสนุน (บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว) ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 3 และ 4 อีกทั้งการลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ภายใต้การประยุกต์ใช้องค์ประกอบที่ 1 2 4 และ 5 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดซ้ำ 3 ครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ชนิดของการทดสอบทางสถิติ คือ F-test และสถิติที่ใช้ทดสอบ คือ ANOVA: Repeated measures within factors กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน (Onanong, Matchim, Chatrkaw, & Armer, 2020) เท่ากับ 0.355 กำหนดค่าความคาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) ที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย และผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2020) ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 18 ราย โดยในการศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลาม ขณะเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งปัจจุบัน โดยเป็นมะเร็งปอดชนิด NSCLC ที่อยู่ในระยะ 3B ขึ้นไป หรือมะเร็งปอดชนิด SCLC ที่อยู่ในระยะ Extensive stage

2. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

3. ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale หรือ PPS) อยู่ในช่วง 40 – 60 %

4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้ และเข้าใจภาษาไทย

5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (The Mini–Mental State Examination-Thai version หรือ MMSE-Thai 2002) โดย The Committee of the Mini-Mental State Examination-Thai version, 1999 (2002)

6. ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จากการประเมินโดยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย (Thai version of Confusion Assessment Method หรือ CAM-algorithm) โดย Wongpakaran et al. (2011)

7. มีญาติผู้ดูแล

8. เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายกับผู้วิจัยเป็นครั้งแรก

เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่า 6 ครั้ง
2. มีอาการทรุดลง
3. กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล โรคประจำตัว ชนิดและระยะของโรคมะเร็งปอด ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด การรักษา และระดับ PPS

1.2 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับภาษาไทย (Mishel Uncertainty in Illness Scale หรือ MUIS) แปลจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel and Epstein (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย Pochanart, Wonghongkul, and Sukonthasarn (2013) มีข้อคำถาม 33 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจำนวน 13 ข้อ 2) ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 7 ข้อ 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับจำนวน 7 ข้อ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ 1 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วน (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 33 - 165 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .80

1.3 แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตันฉบับภาษาไทย (Thai version of the Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS-Thai) เพื่อประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, and Udomsubpayakul (2011) อาการที่ประเมินประกอบด้วย 9 อาการ คือ อาการปวด อาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม / สะลึมสะลือ อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ อาการเหนื่อยหอบ อาการไอ และปัญหาอื่น ๆ ลักษณะการวัดแต่ละอาการวัดโดยมาตราวัดแบบประเมินค่าเป็นตัวเลข (numeric rating scale) จะแบ่งเป็นหมายเลข 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ระดับไม่รุนแรง และ 10 หมายถึง ระดับรุนแรงมากที่สุด และคะแนนที่เป็นไปได้ทั้งหมด คือ 0 - 100 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึง ความ

ทุกข์ทรมานจากอาการน้อย และคะแนนสูง หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการมาก โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .72

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการดูแลผู้มะเร็งปอดระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) แผนการสอนผู้ป่วยมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแล 3) คู่มือการจัดการอาการ และ 4) สมุดบันทึกความปวด ได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00, .88, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และมีการทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน ได้ดำเนินการทำหนังสือเพื่อเข้าเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2. เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยแสดงความสนใจ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยพร้อมให้ข้อมูลรายละเอียดและชักชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงชื่อยินยอม ผู้วิจัยนัดเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทั้งหมด 7 ครั้ง ดำเนินการ 2 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและญาติโดยสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการ จากนั้นสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจ (องค์ประกอบที่ 4) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติระบายพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วย การวางแผนในชีวิต (องค์ประกอบที่ 3) และนัดหมายในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยประเมินความปวด ติดตามการบรรเทาความปวดที่ได้รับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบันทึกความปวด และประสานงานจัดการความปวดตามหลักการขององค์การอนามัยโลก 3 ขั้นบันได ร่วมกับประยุกต์ใช้กิจกรรมการบรรเทาความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา (องค์ประกอบที่ 1) การประเมินอาการไม่สุขสบายที่กลุ่มตัวอย่างประสบ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ป้องกัน จัดการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทั้งวิธีการใช้ยาโดยการประสานงานทีมสหวิชาชีพและวิธีไม่ใช้ยาโดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก ไอ และวิตกกังวล ดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (องค์ประกอบที่ 2) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติได้ซักถาม พูดคุยเกี่ยวกับ

แนวทางการรักษา สอบถามถึงความต้องการและความปรารถนาของกลุ่มตัวอย่าง และประสานงานให้เกิดการจัดประชุมครอบครัว (องค์ประกอบที่ 3) เปิดโอกาสให้พูดคุยและจัดการความกังวล และให้คำแนะนำการปฏิบัติและช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติ (องค์ประกอบที่ 4) ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างมีศักดิ์ศรีเห็นอกเห็นใจ และเคารพ (องค์ประกอบที่ 3) โดยส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล (องค์ประกอบที่ 5) และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 1) ประเมิน จัดการ และติดตามความปวดและอาการไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงประสบ (องค์ประกอบที่ 1 และ 2) ทบทวนเป้าหมายของชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือ (องค์ประกอบที่ 3) ให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลในครั้งที่ 2 (องค์ประกอบที่ 1-5) พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในระหว่างการเจ็บป่วย ร่วมกันพูดคุยในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ค้นหาความต้องการในการดูแลเพิ่มเติม และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 1) และครั้งที่ 5 - 6 (สัปดาห์ที่ 2) ทบทวนถึงเป้าหมายการดูแล ติดตามผลการจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบาย (องค์ประกอบที่ 1 และ 2) สอบถามความต้องการและการช่วยเหลือเพิ่มเติม ค้นหาสิ่งที่ค้างคาใจและความปรารถนาสุดท้าย ช่วยหาแนวทางในการปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจและส่งเสริมการทำตามความปรารถนา (องค์ประกอบที่ 3 และ 4) และร่วมกันพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลตามโปรแกรมที่ได้รับที่ผ่านมาและหาแนวทางในการดำเนินการร่วมกันให้บรรลุตามเป้าหมาย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยและปัญหา และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 7 (วันที่ 14 สัปดาห์ที่ 2) การติดตามให้การดูแลในครั้งก่อนสุดท้าย ร่วมกันทบทวนการดูแลตามโปรแกรมที่ได้รับที่ผ่านมากับกลุ่มตัวอย่างและญาติ (องค์ประกอบที่ 1 - 5) สรุปผลการดำเนินโปรแกรม ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการ รวมถึงแจ้งช่องทางการติดต่อแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติเมื่อต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 4) ระยะติดตามผล ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติระบายความรู้สึก ปัญหาการดูแล และสอบถามข้อสงสัยในครั้งสุดท้าย ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากอาการ และสื่อสารถึงความจำเป็นที่ต้องยุติโปรแกรมการดูแล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ 035 / 2565 และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรและขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยตลอดการวิจัยได้คำนึงถึงหลักการเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน และมัธยฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution) และมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน (compound symmetry) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติ Bonferroni

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม โดยได้การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (non-normal distribution) จึงพิจารณาใช้สถิติแบบนอนพาราเมตริก (nonparametric statistic) คือสถิติทดสอบฟรีดแมน (Friedman Test) และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายจำนวน 18 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) โดยมีอายุเฉลี่ย 67.11 ปี (S.D. = 7.34) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.60) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 50.00) เกษียณอายุหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55.60) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 55.60) และมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตร (ร้อยละ 55.60) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (NSCLC) (ร้อยละ 66.70) และอยู่ในระยะ IVB ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เป็นมะเร็งปอดมีมัธยฐาน 6.50 เดือน ส่วนมากอยู่ในช่วง 0-6 เดือน (ร้อยละ 50.00) โดยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามากที่สุด (ร้อยละ 57.10) ระดับ PPS ก่อนเข้าร่วมการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 60 % (ร้อยละ 50.00) หลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับ PPS ในระดับ 50% (ร้อยละ 38.90) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับ 30 % มากที่สุด (ร้อยละ 33.3)

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายจนครบในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 18 ราย แต่ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย ไม่สามารถอยู่ครบได้ เนื่องจากเสียชีวิต หรือมีระดับ PPS ความสามารถทางร่างกายลดลง จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตามผลจำนวน 12 ราย มีอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 33.3) ผลการศึกษาพบว่า

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีอิทธิพลต่อการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(2, 22) = 66.607$, $p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (n = 12)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	10187.556	2	5093.778	66.607	.001**
ความคลาดเคลื่อน	1682.444	22	76.475		

F = Repeated measures ANOVA test, **p < .01

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยลดลงจาก 87.22 เป็น 58.83 และ 52.75 ตามลำดับ และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เปรียบเทียบรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) โดยใช้สถิติ Bonferroni (n = 12)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	Mean	S.D.	$\bar{d}$	S.E.	p-value
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	87.22	15.69	31.67	3.52	.001***
	58.83	10.56			
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	87.22	15.69	38.67	4.43	.001***
	52.75	7.78			
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	58.83	10.56	7.00	2.50	.051
	52.75	7.78			

$\bar{d}$ = คะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย, ***p < .001

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีอิทธิพลต่อการลดลงของค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2(2) = 10.340$, $p < .05$) ดังตารางที่ 3 โดยคะแนนมัธยฐานความทุกข์ทรมานจากอาการระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองลดลงจาก 20.50 เป็น 9.50 แต่ระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นเป็น 11.00 และจากการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนความทุกข์ทรมานหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนความทุกข์ทรมานในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติทดสอบฟรีดแมน (n = 12)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ	χ^2	df	p-value
	10.340	2	.006**

Friedman Test, χ^2 = Chi-Square, **p < .01

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เปรียบเทียบรายคู่ด้วยโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n = 12)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ	Median	IQR	Mean Rank	Z	p-value
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	20.50	37	11.00	-3.25[b]	.001***
	9.50	12			
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	20.50	37	4.00	-2.43[b]	.015*
	11.00	7			
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	9.50	12	6.00	-0.27[b]	.789
	11.00	7			

IQR = Interquartile range, Z = Wilcoxon Signed Rank Test, b = Based on positive rank, *p < .05, ***p < .001

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด ตามลำดับ ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในองค์ประกอบที่ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด และองค์ประกอบที่ 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ซึ่งอาการนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อาจเป็นไปได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ให้การจัดการอาการประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยประสบและอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ผ่านคู่มือการจัดการอาการและการพูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จะก่อให้เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และลดความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และกิจกรรมภายใต้องค์ประกอบที่ 3) การมีประสบการณ์ของการเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรี การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแล และองค์ประกอบที่ 4) การอยู่ในความสงบ คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้คำแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติในสิ่งที่สงสัย จะเป็นการเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญทั้งในอดีต แนวทางการรักษาในปัจจุบันและอนาคต และรวมถึงวิถีการดำเนินของโรค ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ เข้าใจในกระบวนการรักษา และสามารถให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนได้ ลดความรู้สึกแปลกใหม่ ลดความซับซ้อนของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อน เกิดความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์และการรักษาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ในอนาคต นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของญาติในการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ นับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง การมีแหล่งสนับสนุนที่ดีจะช่วยเพิ่มความเข้าใจ และลดความคลุมเครือในความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ha, Thanasilp, and Thato (2019) ความรู้สึกไม่แน่นอนที่ลดลงจากโปรแกรมนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ สังคม และการจัดการอาการโดยวิธีไม่ใช้ยา แม้จะมีความแตกต่างในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง คือ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม กิจกรรมในโปรแกรมมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ที่ช่วยลดอาการซึ่งอยู่ในส่วนของรูปแบบของสิ่งกระตุ้น และเพิ่มแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลพบว่า การให้ข้อมูล คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์ และการจัดการอาการจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง (Tuominen, Stolt, Meretoja, & Leino-Kilpi, 2019)

แต่ในทางกลับกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างระยะติดตามผลและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นพลวัต (Mishel, 1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ตลอดเส้นทางของการเจ็บป่วย และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับ PPS อยู่ในช่วง 40 – 60 % เป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาเพื่อหายจากโรคสู่การรักษาแบบประคับประคอง และในระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ PPS อยู่ในช่วง 0 – 50 % ที่บ่งบอกการดำเนินโรคที่ถดถอยและอาการที่ไม่คงที่ ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนยังปะทุขึ้นเป็นครั้งคราว เนื่องจากประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกระทันหัน ที่ไม่ได้อธิบาย หรือไม่ทราบสาเหตุ (Dauphin et al., 2019) อาการที่เพิ่มขึ้นคาดว่าเป็นเหตุผลที่ทำให้ภายหลังการทดลองจนกระทั่งระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่ลดลงตามที่คาดหวัง ดังนั้น การจัดการอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นด้านอาการ การเข้าถึงช่องทางการติดต่อสื่อสารและข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยตลอดช่วงของการเจ็บป่วยอาจช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีค่ามัธยฐานคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ในองค์ประกอบที่ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด และ 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ที่ประกอบด้วยการประเมิน ติดตาม จัดการและบรรเทาอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้กิจกรรมในองค์ประกอบที่ 4) การอยู่ในความสงบ ที่ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ อาจช่วยให้ลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และองค์ประกอบที่ 5) การดูแลให้ความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลอันเป็นที่รักและผูกพัน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมีผลต่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งพบว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้สามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังได้รับโปรแกรม (Anseekaew, 2018; Onanong, 2018) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คะแนนมัธยฐานความทุกข์ทรมานจากอาการหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน แม้คะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการในภาพรวมจะลดลง แต่ในระยะติดตามผลกลับพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย ง่วงซึม / สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ และไอยังคงเดิมหรือเพิ่มมากขึ้น อาจเป็นเพราะการดำเนินโรคตามพยาธิสภาพที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IVB และ

extensive stage ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6.5 เดือน จึงเป็นไปได้ว่าอาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย ง่วงซึม / สะลึมสะลือ เบื่ออาหาร เป็นอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา อาการเหนื่อยหอบและไอ เมื่อเทียบเคียงกับระดับ PPS ระยะติดตามผลในช่วงระดับ 0 – 50 % จะสอดคล้องกับการดำเนินโรคที่แย่ลงที่ทำให้อาการเหนื่อยหอบและไอเพิ่มมากขึ้น (Athey, Walters, & Rogers, 2018) ดังนั้น ความทุกข์ทรมานจากอาการในภาพรวมจึงไม่ลดลงตามที่คาดหวังในระยะติดตามผล เนื่องจากอาการที่มีการเปลี่ยนแปลง การลดความทุกข์ทรมานจากอาการจึงควรมีการติดตามที่ถี่ขึ้นและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดการความทุกข์ทรมานจากอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามที่คาดหวัง

สรุป

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบและการทบทวนวรรณกรรม สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายควรมีการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในระยะท้ายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ตลอดวิถีการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงของผลการวิจัยมากยิ่งขึ้น

2. ควรเพิ่มการวัดผลตัวแปรความสงบของชีวิตหรือคุณภาพการตาย เพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

3. จากผลการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการในระยะติดตามไม่ลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการส่งต่อข้อมูลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

รายการอ้างอิง (References)

Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikši**ć**, M., ... Coleman, M. P. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 391(10125), 1023 - 1075.

Anseekaew, P. (2018). *The Effects of an End-of-life Care Program on The Palliative Care Outcomes and Perceived Peaceful End of Life Among End-stage Cancer Patients.* A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Nursing Science Thammasat University. (in Thai).

Athey, V.L., Walters, S.J., & Rogers, T.K. (2018). Symptoms at lung cancer diagnosis are ssociated with major differences in prognosis. *Thorax*. 73(12), 1177 - 1181.

Aubin, M., Vézina, L., Verreault, R., Simard, S., Hudon, É., Desbiens, J.-F., Daneault, S. (2022). Distress experienced by lung cancer patients and their family caregivers in the first year of their cancer journey. *Palliative & Supportive Care*. 20(1), 15 - 21.

Chen, Z., He, G., Zhao, Y., Han, C., Xu, L., Jian, H., . . . He, Y. (2022). Symptom burden and emotional distress in advanced lung cancer: the moderating effects of physicians' communication skills and patients' disease understanding. *Supportive Care in Cancer*. 30(11), 9497 - 9505.

Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A.J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *Journal of pain and symptom management.* 42(6), 954 – 960.

Choi, S., & Ryu, E. (2018). Effects of symptom clusters and depression on the quality of life in patients with advanced lung cancer. *European Journal of Cancer Care*. 27(1), e12508.

Dauphin, S., Van Wolputte, S., Jansen, L., De Burghgraeve, T., Buntinx, F., & van den Akker, M. (2019). Using Liminality and Subjunctivity to Better Understand How Patients With Cancer Experience Uncertainty Throughout Their Illness Trajectory. *Qualitative Health Research*. 30(3), 356 - 365.

Guan, T., Qan'ir, Y., & Song, L. (2021). Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*. 29(8), 4623 - 4640.

Hansen, M. I. T., Haugen, D. F., Sigurdardottir, K. R., Kvikstad, A., Mayland, C. R., Schaufel, M. A., (2020). Factors affecting quality of end-of-life hospital care - a qualitative analysis of free text comments from the i-CODE survey in Norway. *BioMed Central Palliative Care*. 19(1), 98.

Ha, X.T., Thanasilp, S., & Thato, R. (2019). The effect of uncertainty management program on quality of life among Vietnamese women at 3 weeks postmastectomy. *Cancer Nursing*. 42(4), 261 - 270.

Hui, D., Bohlke, K., Bao, T., Campbell, T.C., Coyne, P.J., Currow, D.C., . . . Campbell, M.L. (2021). Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*. 39(12), 1389 - 1411.

International Agency for Research on Cancer. (2020). *Global cancer observatory—Globocan.* Retrieved March 11, 2023 from https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf.

Lee, J., & Kim, M. (2018). Relationships among uncertainty, distress, and quality of life in lung cancer patients: mediating effect of resilience. *Journal of muscle and joint health*. 25(2), 148 - 156.

Li, T., Pan, K., Ellinwood, A.K., & Cress, R.D. (2021). Survival Trends of Metastatic Lung Cancer in California by Age at Diagnosis, Gender, Race/Ethnicity, and Histology, 1990-2014. *Clinical Lung Cancer*. 22(4), e602 - e611.

McCorkle, R.U., & Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer nursing*. 1(5), 373 - 378.

Ministry of Public Health. (2022). *Public Health Statistics A.D. 2021*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).

Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 20(4), 225 - 232.

Mishel, M.H., & Epstein, D. (1997). *Uncertainty in illness scales manual*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina.

Morhaf, A.l., Monica, Z.S., Fiona, M.W., Richard, D.N., Bernardo, H. L., & Matthew, J.T. (2021). Experiences along the diagnostic pathway for patients with advanced lung cancer in the USA: a qualitative study. *BMJ Open*. 11(4), e045056. doi:10.1136/bmjopen-2020-045056

National Cancer Institute. (2019). *Annual Report 2020*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).

Onanong, W. (2018). *The effects of a peaceful end-of-life care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Nursing Science Thammasat University. (in Thai).

Onanong, W., Matchim, Y., Chatrkaw, P., & Armer, J.M. (2020). The effects of a peaceful end-of-life-care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy. *Science & Technology Asia*. 25(3), 131 - 140.

Pochanart, A., Wonghongkul, T., & Sukonthasarn, A. (2013). Effect of Supportive - Educative Nursing System on Uncertainty inIllness among Newly Diagnosed Breast Cancer Patients. *Nursing Journal*. 40(3), 75 - 84.

Ruland, C.M., & Moore, S.M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing outlook*. 46(4), 169-175.

Sleeman, K.E., Gomes, B., de Brito, M., Shamieh, O., & Harding, R. (2021). The burden of serious health-related suffering among cancer decedents: Global projections study to 2060. *Palliative medicine*. 35(1), 231 - 235.

Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect Size, Power Analysis, Optimal Sample Size Calculations Using G*Power Software.* Bangkok: Chulalongkorn University press. (in Thai).

Syamsir, P.G., Rondhianto, R., & Wijaya, D. (2023). *Uncerainty in illness for patient with lung cancer: A literature review.* 5th International Agronursing Conference Faculty of Nursing, University of Jemcer, Indonesia. Retrieved July 23, 2023 from https://jurnal.unej.ac.id /index.php /prosiding/article/view/40223.

Tan, J.Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., & Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*. 27(1), e12691.

Tarhani, M., Goudarzi, F., Hasanv, S., Ebrahimzadeh, F., & Rassouli, M. (2020). Uncertainty, anxiety, depression and the quality of life in patients with cancer. *Oncology and Radiotherapy*. 1(46), 20 - 27.

Temel, J.S., Petrillo, L.A., & Greer, J.A. (2022). Patient-centered palliative care for patients with advanced lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 40(6), 626 - 634.

The Committee of the Mini-Mental State Examination-Thai version, 1999. (2002). *the Mini-Mental State Examination-Thai version = MMSE-Thai 2002.* Bangkok: Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai).

Tian, X., Jin, Y., Chen, H., Tang, L., & Jiménez-Herrera, M.F. (2021). Relationships among Social Support, Coping Style, Perceived Stress, and Psychological Distress in Chinese Lung Cancer Patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 8(2), 172 - 179.

Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *Journal of clinical nursing*. 28(13 - 14), 2401 - 2419.

Verduzco-Aguirre, H.C., Babu, D., Mohile, S.G., Bautista, J., Xu, H., Culakova, E., . . . Loh, K.P. (2021). Associations of Uncertainty With Psychological Health and Quality of Life in Older Adults With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 61(2), 369-376.

Wang, T., Sun, J., Gu, D., Shen, S., Zhou, Y., & Wang, Z. (2023). Dyadic effects of social support, illness uncertainty on anxiety and depression among lung cancer patients and their caregivers: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*. 31(7), 402.

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Bookamana, P., Pinyopornpanish, M., Maneeton, B., Lerttrakarnnon, P., . . . Jiraniramai, S. (2011). Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm. *BioMed Central family practice*. 12(1), 65.

อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส

Adverse Drug Reactions among Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy Following Discharge from the Hospital and the Factors Contributing to Adverse Drug Reactions in Sungai - kolok, Narathiwas Province

วรุณสุดา ศรีภักดี[1], ธัตรชัย ธารณ์ชัยเตชาวุฒิ[2]

Warunsuda Sripakdee[1], Tatchai Tanchaitechawut[2]

(Received: September 30, 2023; Revised: November 3, 2023; Accepted: November 13, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความถี่และความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส โดยเภสัชกรติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นโดยใช้เกณฑ์ของ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0 ขณะที่ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ chi-square และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 ราย เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 23 ราย (ร้อยละ 52.3) มีจำนวนรอบการรับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 192 รอบ สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ FOLFOX4 (ร้อยละ 55.2) สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงเท่ากับ 1 ได้แก่ เหนื่อยล้า (ร้อยละ 43.2) ผมร่วง (ร้อยละ 39.1) และคลื่นไส้ (ร้อยละ 38.5) จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง อายุ สถานภาพ ระยะของโรคมะเร็ง และสูตรยาที่ได้รับ

[1]ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1]Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

[2]กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

[2]Pharmacy Department, Sungaikolok Hospital

* Corresponding Author: meltbee2633@gmail.com

การศึกษานี้ไม่สามารถวิเคราะห์หาปัจจัยความสัมพันธ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างชัดเจน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างและจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีจำนวนน้อย การติดตามผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดโดยเภสัชกรมีความสำคัญอย่างมาก สามารถนำข้อมูลของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาทบทวน บริหารจัดการ และเกิดกระบวนการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกัน หรือลดความรุนแรงได้ (Preventable ADR) ต่อมา จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: อาการไม่พึงประสงค์, ความรุนแรง, ผู้ป่วยมะเร็ง, ยาเคมีบำบัด, จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Abstract

This study aimed to assess the frequency, severity, and factors contributing to adverse drug reactions among patients with cancer undergoing chemotherapy following discharge from Sungaikolok, Narathiwas province by monitoring, and assessing the severity of adverse drug reactions using the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0 by pharmacists. While the data on the factors contributing to adverse drug reactions were assessed by using Chi-square test and Fisher's exact test. The results found that out of 44 samples, 23 samples (52.3 %) had a CA colon diagnosis. They underwent 192 cycles of chemotherapy. FOLFOX4 was the most often used chemotherapeutic treatment (55.2 %). The three most frequent adverse drug reactions, with nearly identical severity levels of 1, were fatigue (43.2 %), hair loss (391.9 %), and nausea (38.5 %). The findings of this study indicated that gender, underlying disease, cancer type, age, marital status, stage of cancer, and chemotherapy regimen were all associated with adverse drug reactions. This study was unable to accurately examine the correlated factors contributing to adverse drug reactions due to the limited number of sample size and chemotherapy treatment cycles. It is crucial for pharmacists to follow patients with cancer undergoing chemotherapy because they can review, manage, and monitor for adverse drug reactions that can be prevented or lessened in the severity level. Consequently, further research needs to be conducted in the future.

Keywords: Adverse drug reactions, Severity, patients with cancer, Chemotherapy, Hospital discharge

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จากรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561 - 2565) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในสถานการณ์โรคมะเร็งโลกระบุว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ (National Cancer Prevention and Control Plan Committee, 2019) ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งซึ่งเป็นสาเหตุหลักเกือบถึง 10 ล้านรายในปี ค.ศ. 2020 โดยมะเร็งที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งต่อมลูกหมาก (World Health Organization 2022) สำหรับข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2542 อีกทั้งยังมีแนวโน้มการตายสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (National Cancer Prevention and Control Plan Committee, 2019)

ยาเคมีบำบัดเป็นมาตรฐานของการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบัน ซึ่งยาเคมีบำบัดจัดเป็นยาที่มีความเป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic drug) คือ มีความจำเพาะต่ำแม้จะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งเป็นหลัก แต่ก็ทำลายเซลล์ปกติด้วยเช่นกันเป็นผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมา (Subongkoch, Klongkaewm, Udompon, Loisaratakoon, & Punna, 2017) โดยจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลียและประเทศมาเลเซีย พบว่า ส่วนใหญ่อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดบ่อย ได้แก่ เหนื่อยล้า คลื่นไส้ และอาเจียน (Chan & Ismail, 2014; Pearce et al., 2017) โดยอาการเหล่านี้มักเกิดหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 1 - 14 วัน (Elmets, 2017; Karthikeyan, Jumnani, Prabhu, Manoor, & Supe, 2012; Krishnamurthi & Kamath, 2022; Lindley, Bernard, & Fields, 1989; Loprinzi et al., 2020; Negrin & Treister, 2022; Rugo & van den Hurk, 2022; Stein, Voigt, & Jordan, 2010; Varma, Subba, & Madhoosudanan, 1998; Ubonratchathani Cancer Hospital, n.d.) ซึ่งสภาพอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้นจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ เพศ การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของโรคมะเร็ง (Metastasis) สูตรยาปริมาณของยาเคมีบำบัด เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ (Aslam et al., 2014; Chan & Ismail, 2014; Krishnarajan, Sivasakthi, Ariyamol, Kumar, & Varghese, 2021; O'Donnell & Dolan, 2009)

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความถี่และความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดทั่วไป มีคลินิกศัลยกรรมให้บริการผู้ป่วยโดยศัลยแพทย์ทุกวัน โดยมีการให้บริการการรักษาโรคมะเร็ง 2 ชนิดเป็นหลัก คือ

โรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกเหนือจากนี้จะเป็นการรับผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับ (Refer back) จากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อทำการรักษาต่อใกล้บ้าน และมีเภสัชกรประจำแผนกเตรียมและผสมยา เพื่อให้บริการผสมและเตรียมยา และการบริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและติดตามอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นข้อมูลจากการวิจัยนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่อไป รวมทั้งวางแผนการให้คำปรึกษาจากเภสัชกรอย่างต่อเนื่องที่จำเพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดตรงตามแผนการรักษาจนเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายการรักษาที่วางไว้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความถี่และความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Prospective descriptive study) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุไหงโกลก (SKL-IRB: 031)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทุกรายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 2) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ และ 2) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Daniel (Naing, Winn, & Rusli, 2006) เนื่องจากไม่ทราบขนาดประชากร

สูตรคำนวณ คือ

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อ n= sample size, Z= Z statistic for a level of confidence,

P= expected prevalence or proportion เท่ากับ 0.9 (Chan & Ismail, 2014)

d= precision เท่ากับ 0.05

ดังนั้นผลลัพธ์ของขนาดตัวอย่างเท่ากับ 140 ซึ่งหมายถึง จำนวนรอบที่ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 140 รอบ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ต่อครัวเรือน สถานภาพ ชนิดของโรคมะเร็ง สูตรยาที่ได้รับในแต่ละรอบการรักษา และรอบการรักษา หลังจากนั้นผู้วิจัยโทรติดตามอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูล ณ วันที่ 7 หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ที่เกิดขึ้นตามแนวทางของ Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) version 5 .0 (National Cancer Institute, 2017) ซึ่งแบ่งความรุนแรงเป็น 5 ระดับ จาก 1 - 5 ระดับ 1 หมายถึง ระดับต่ำ ไม่มีหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ติดตามอาการ ไม่ต้องได้รับการรักษา ระดับ 2 หมายถึง ระดับปานกลาง มีอาการเล็กน้อย อาจจะยังไม่ต้องได้รับการรักษา มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างจำกัด (limiting instrumental Activities of Daily Living) ระดับ 3 หมายถึง ระดับรุนแรง ต้องการได้รับการรักษา ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำกิจวัตรประจำวัน (limiting selfcare Activities of Daily Living) ระดับ 4 หมายถึง ระดับถึงแก่ชีวิต มีอันตรายถึงชีวิต ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และระดับ 5 หมายถึง เสียชีวิตจากอาการไม่พึงประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับความถี่และความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2010 ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะของ

โรค สูตรยาที่ใช้รักษา จำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด การเกิดและความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น และใช้โปรแกรม SPSS version 25.0 สำหรับทดสอบหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยสถิติ chi square และ Fisher's exact test โดยกำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 44 ราย เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวนทั้งหมด 192 รอบ ซึ่งผู้วิจัยได้ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกราย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 44 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.3) มีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 57.98 ± 1.085 ปี กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาเป็นต้นไป ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.1) มีค่ารายได้ต่อครัวเรือน 12,143.18 ± 5,810.31 บาท สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 52.3 และ 47.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคมะเร็งในระยะที่ 4 (ร้อยละ 40.9) และสูตรยาที่ได้รับเป็นสูตร FOLFOX4 (ร้อยละ 55.2) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 44)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
	ชาย	10 (22.7)
	หญิง	34 (77.3)
อายุ (ปี)		
	31-40 ปี	5 (11.3)
	41-50 ปี	6 (13.6)
	51-60 ปี	13 (29.6)
	61-70 ปี	13 (29.6)
	>70 ปี	7 (15.9)
ค่าเฉลี่ยอายุ± SD		57.98 ±10.85 (Min = 37, Max = 77)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	10 (22.7)
	ประถมศึกษา	6 (13.6)
	มัธยมศึกษา	10 (22.7)
	อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	10 (22.7)
	ปริญญาตรี	8 (18.3)
โรคประจำตัว		
	ไม่มีโรคประจำตัว	37 (84.1)
	มีโรคประจำตัว[1]	7 (15.9)
	- โรคเบาหวานชนิดที่ 2	1
	- โรคความดันโลหิตสูง	3
	- โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	3
	- โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	1
	- โรคซึมเศร้า	1
	- โรควิตกกังวล	1
	- โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง	1
รายได้ต่อครัวเรือน (บาท)		
	1,000-10,000	23 (53.3)
	10,001 -20,000	21 (46.7)
ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อครัวเรือน± SD		12,143.18±5,810.31 (Min= 5,500, Max=40,000)
สถานภาพ		
	สมรส	34 (77.3)
	โสด	8 (18.2)
	หย่าร้าง	2 (4.5)
ชนิดมะเร็ง		
	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	23 (52.3)
	มะเร็งเต้านม	21 (47.7)
ระยะของโรคมะเร็ง		
	1	4 (9.1)
	2	8 (18.2)
	3	14 (31.8)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
4	18 (40.9)
สูตรยาที่ได้รับในแต่ละรอบการรักษา	
AC[2]	1 (0.5)
AC followed by Paclitaxel[3]	24 (12.5)
FAC[4]	50 (26.0)
FOLFOX4[5]	106 (55.2)
FOLFIRI[6]	7 (3.7)
mFOLFIRI[6]	4 (2.1)
รอบการรักษา (Cycle)[7]	
1	26 (13.5)
2	24 (12.5)
3	22 (11.5)
4	22 (11.5)
5	20 (10.4)
6	17 (8.9)
7	12 (6.3)
8	10 (5.2)
9	13 (6.8)
10	7 (3.6)
11	9 (4.7)
12	10 (5.2)
จำนวนรอบที่รับการรักษาด้วยยาเคมี	192 (100.0)

[1]ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 1 โรค

[2] สูตร AC ประกอบด้วย Cyclophosphamide และ Doxorubicin

[3]สูตร AC followed by Paclitaxel ประกอบด้วย Cyclophosphamide, Doxorubicin และ Paclitaxel

[4]สูตร FAC ประกอบด้วย Cyclophosphamide, Doxorubicin และ 5-fluorouracil

[5]สูตร FOLFOX4 ประกอบด้วย Fluorouracil, Leucovorin และ Oxaliplatin

[6]สูตร FOLFIRI และ mFOLFIRI ประกอบด้วย Fluorouracil, Leucovorin และ Irinotecan

[7]ผู้ป่วย 1 รายรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 4-12 รอบ

ตารางที่ 2 ยาอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ (n = 192)

รายการยา	จำนวน (ร้อยละ)
Pre-Medications	
Ondansetron inj. 8 mg	10 (5.2)
Ondansetron inj. 8 mg, Dexamethasone inj. 12 mg	152 (79.1)
Ondansetron inj. 8 mg, Dexamethasone inj. 12 mg, Loperamide 2 mg tab	30 (15.7)
Home-Medications	
Dexamethasone 4 mg tab	20 (10.4)
Ondansetron 8 mg tab	22 (11.5)
Ondansetron 8 mg tab, Dexamethasone 4 mg tab	133 (69.3)
Ondansetron 8 mg tab, Metoclopramide 10 mg tab, Dexamethasone 4 mg tab, Lorazepam 1 mg tab	9 (4.7)
Ondansetron 8 mg tab, Dexamethasone 4 mg tab, Loperamide 2 mg tab	8 (4.1)

กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาสำหรับต้านอาเจียนทุกราย และทุกรอบก่อนรับยาเคมีบำบัด (Pre-Medications) เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการคลื่นไส้และอาเจียนแบบเฉียบพลัน (Acute emesis) และภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด (Delayed emesis) (National Comprehensive Cancer Network, 2023) เช่น Ondansetron inj. 8 mg, Dexamethasone inj. 12 mg Ondansetron 8 mg tab และ Dexamethasone 4 mg tab เป็นต้น ทุกรอบของการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI และ mFOLFIRI จะได้รับยาป้องกันอาการท้องเสียทั้งก่อนและหลังรับยาเคมีบำบัดทุกราย และทุกรอบของการรักษา เนื่องจากผลข้างเคียงที่สำคัญของยา Irinotecan คือ อาการท้องเสียถ่ายเหลว ดังตารางที่ 2

ความถี่และความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและผู้วิจัยโทรติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ตามแนวทางของ CTCAE หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจำนวนทั้งหมด 192 รอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หลังออกจากโรงพยาบาล สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมีจำนวนทั้งหมด 16 อาการ อาการที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงเท่ากับ 1 ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนแรง อาการนั่งพักแล้วหาย (ร้อยละ 43.2) ผมร่วงมากกว่าร้อยละ 50 จากปกติ อาการมองเห็นไม่ชัดจากระยะไกล ไม่จำเป็นต้องใส่วิกผมหรือแฮร์พีช อาจจะใช้การแต่งทรงผมปกปิดได้ (ร้อยละ 39.1) และอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร โดยพฤติกรรมการกินไม่เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 38.5) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและระดับความรุนแรงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังออกจากโรงพยาบาล (n = 192)

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน (ร้อยละ)						
	ไม่มีอาการ	มีอาการ	ระดับความรุนแรง				
			1	2	3	4	5
เหนื่อยล้า	109 (56.8)	109 (56.8)	66 (34.4)	14 (7.2)	3 (1.6)	-	-
ท้องเสีย	184 (95.9)	8 (4.1)	5 (2.6)	2 (1.0)	1 (0.5)	0	-
ท้องผูก	183 (95.3)	9 (4.7)	7 (3.7)	2 (1.0)	0	0	-
คลื่นไส้	118 (61.5)	74 (38.5)	66 (34.4)	8 (4.2)	0	-	-
อาเจียน	125 (65.1)	67 (34.9)	59 (30.7)	8 (4.2)	0	0	-
ปากแห้งหรือกระหายน้ำ	185 (96.3)	7 (3.7)	7 (3.7)	0	0	-	-
ผมร่วง	117 (60.9)	75 (39.1)	1 (0.5)	74 (38.5)	-	-	-
ความอยากอาหารลดลง	121 (63.0)	71 (34.0)	53 (27.6)	18 (9.4)	0	0	-
หนาว	182 (94.8)	10 (5.2)	9 (4.7)	1 (0.5)	0	-	-
ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน	164 (85.4)	28 (14.6)	23 (12.0)	5 (2.6)	0	-	-
สับสน	183 (95.3)	9 (4.7)	7 (3.7)	2 (1.0)	0	0	-
ไม่มีสมาธิ	187 (97.4)	5 (2.6)	4 (2.1)	1 (0.5)	0	-	-
รู้สึกซึมเศร้า	179 (93.2)	13 (6.8)	8 (4.2)	5 (2.6)	0	0	-
แผลในปาก	187 (97.4)	5 (2.6)	5 (2.6)	0	0	0	-
ผิวหนังไวต่อแสง	184 (95.8)	8 (4.2)	7 (3.7)	1 (0.5)	0	0	-
เล็บเปลี่ยนสี	178 (92.7)	14 (7.3)	14 (7.3)	-	-	-	-

หมายเหตุ (-) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดดังกล่าว มีการจัดความรุนแรงถึงแค่ระดับความรุนแรงก่อนหน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังจากผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หลังจากผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแบบมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 4) ได้แก่

- เพศ โรคประจำตัว ชนิดมะเร็ง และสูตรยาที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการท้องเสีย ($P = 0.032$, 0.038, 0.023 และ 0.004)

- เพศ และชนิดมะเร็งสัมพันธ์กับอาการท้องผูก ($P = 0.012$ และ 0.012)

- สูตรยาที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการอาเจียน ($P = 0.023$)

- เพศ โรคประจำตัว ชนิดมะเร็ง อายุ สถานภาพ ระยะของโรคมะเร็ง และสูตรยาที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการผมร่วง ($P < 0.001$, 0.048, < 0.001, 0.003, 0.026, < 0.001 และ < 0.001)

- ระยะของโรคมะเร็งสัมพันธ์กับอาการความอยากอาหารลดลง (P = 0.009)

- ชนิดมะเร็ง สถานภาพ และสูตรยาที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน (P = 0.005, 0.032 และ 0.03)

- โรคประจำตัวสัมพันธ์กับอาการแผลในปาก (P = 0.043)

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัย / อาการไม่พึงประสงค์	เพศ	โรคประจำตัว	ชนิดมะเร็ง	อายุ	สถานภาพ	ระยะของโรคมะเร็ง	สูตรยาที่ได้รับ
	P-value	P-value	P-value	P-value	P-value	P-value	P-value
เหนื่อยล้า	0.632[1]	0.812[1]	0.408[1]	0.226[1]	0.433[1]	0.272[1]	0.053[2]
ท้องเสีย	0.032[2]*	0.038[2]*	0.023[2]*	0.190[2]	0.667[2]	0.146[2]	0.004[2]*
ท้องผูก	0.012[2]*	1.000[2]	0.012[2]*	0.979[2]	0.091[2]	0.903[2]	0.078[2]
คลื่นไส้	0.163[1]	0.251[1]	0.393[1]	0.714[1]	0.159[1]	0.169[1]	0.176[2]
อาเจียน	0.258[1]	0.145[1]	0.082[1]	0.302[1]	0.754[1]	0.660[1]	0.023[2]*
ปากแห้งหรือกระหายน้ำ	1.000[2]	0.100[2]	0.704[2]	0.782[2]	0.648[2]	0.138[2]	0.832[2]
ผมร่วง	< 0.001[1]*	0.048[1]*	< 0.001[1]*	0.003[1]*	0.026[1]*	< 0.001[1]*	< 0.001[2]*
ความอยากอาหารลดลง	1.000[1]	1.000[1]	0.537[1]	0.210[1]	0.192[1]	0.009[1]*	0.230[2]
หนาว	0.461[2]	0.693[2]	1.000[2]	0.435[2]	0.627[2]	0.668[2]	0.540[2]
ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน	0.060[1]	0.396[1]	0.005[1]*	0.125[1]	0.032[2]*	0.089[2]	0.030[2]*
สับสน	0.702[2]	1.000[2]	1.000[2]	0.565[2]	0.851[2]	0.600[2]	0.433[2]
ไม่มีสมาธิ	0.610[2]	1.000[2]	0.084[2]	0.831[2]	1.000[2]	1.000[2]	0.457[2]
รู้สึกซึมเศร้า	0.111[2]	0.260[2]	1.000[1]	0.115[2]	1.000[2]	0.894[2]	0.053[2]
แผลในปาก	0.610[2]	0.043[2]*	0.650[2]	0.298[2]	0.741[2]	0.135[2]	1.000[2]
ผิวหนังไวต่อแสง	0.684[2]	0.355[2]	1.000[2]	0.501[2]	0.355[2]	0.825[2]	0.460[2]
เล็บเปลี่ยนสี	0.118[2]	1.000[2]	0.102[1]	0.429[2]	0.803[2]	0.977[2]	0.068[2]

[1] Chi-Square test; [2] Fisher's exact test; * Significance (P<0.05)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 รายโดยมีจำนวนรอบที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 192 รอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 52.3) สูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสูตร FOLFOX4 (ร้อยละ 55.2) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย 3 อันดับแรก หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ วันที่ 7 ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 43.2) ผมร่วง (ร้อยละ 39.1) และอาการคลื่นไส้ (ร้อยละ 38.5) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pearce et al. (2017) ที่ศึกษาความชุกในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปอดในประเทศออสเตรเลีย พบว่า อาการที่พบมากที่สุด คือ เหนื่อยล้า (ร้อยละ 85.0) งานวิจัยของ Choorassamee (2019) พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดมากที่สุด คือ ผมร่วง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอ่อนเพลีย ตามลำดับ และงานวิจัยของ Chan and Ismail (2014) ที่พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด คือ อาการคลื่นไส้ (ร้อยละ 83.3)

ผลการศึกษานี้พบความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับ 1 เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Choorassamee (2019); Pearce et al. (2017) ที่มีภาพรวมความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับ 1 ขณะที่งานวิจัยของ Pearce et al. (2017) พบความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับ 3 หมายถึง มีอาการอ่อนแรง ไม่หายแม้นั่งพัก ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร, การถอด-ใส่เสื้อผ้า เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่า ความรุนแรงอยู่ในระดับ 1 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลตัวเองได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับสูตรยาเคมีบำบัดที่แตกต่างกัน จากงานวิจัยของ Choorassamee (2019); Pearce et al. (2017) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 51.8 และร้อยละ 55.1 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนั้นการเลือกใช้สูตรยาเคมีบำบัดในการรักษาชนิดของโรคมะเร็งจึงแตกต่างกัน นอกจากนี้การได้รับยาป้องกันและยาบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ยาต้านอาการอาเจียน ยาต้านอาการคลื่นไส้ ยาบรรเทาอาการท้องเสีย เป็นต้น อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดและความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ได้ ทั้งนี้บางอาการไม่พึงประสงค์และระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า เนื่องจากปัจจัยด้านสูตรยาเคมีบำบัด ชนิดมะเร็ง และจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษานี้ไม่สามารถวิเคราะห์หาปัจจัยความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณจากวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย ส่งผลให้มีข้อจำกัดในเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ทางผู้วิจัยจึงได้เปรียบเทียบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ chi square เพื่อดูแนวโน้มว่าปัจจัยใดอาจจะ

มีความสัมพันธ์ ผลการศึกษานี้พบว่า ชนิดมะเร็งสัมพันธ์กับอาการท้องผูก (P = 0.012) ชนิดมะเร็งและสูตรยาที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการท้องเสีย (P = 0.023 และ 0.004) ทั้งสองอาการนี้อาจเกิดจากชนิดมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และสูตรยาที่ได้รับ เนื่องจากสูตรยา FOLFIRI ประกอบด้วยยา Irinotecan ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการท้องเสียได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Glimelius (2005) พบอาการท้องเสียจากการได้รับสูตรยาที่มี Irinotecan ถึงร้อยละ 80 สูตรยาที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการอาเจียน (P = 0.023) อาจเป็นผลมาจากกลไกของยาที่เป็น moderate to high emetic risk (Fluorouracil, Doxorubicin, Cyclophosphamide) และอาการผมร่วงอาจจะสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสูตรยาเคมีบำบัดชนิดมะเร็ง ซึ่งมีแนวโน้มเช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Choorassamee, 2019; Saraswat, Chopra, Sood, Kamboj, & Kumar; 2019)

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้ยังไม่ได้วิเคราะห์อาการไม่พึงประสงค์แยกตามชนิดของโรคมะเร็ง และสูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เป็นการศึกษานำร่องให้ทราบปัญหาภาพรวมของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ได้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรอย่างต่อเนื่องที่จำเพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดตรงตามแผนการรักษาจนเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายการรักษาที่วางไว้ การศึกษาในอนาคตจะทำการศึกษาแยกตามชนิดของโรคมะเร็ง และสูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อสามารถให้คำแนะนำ และแก้ปัญหาได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

สรุป

จากผลการศึกษานี้เภสัชกรได้เก็บรวบรวมข้อมูลความถี่และความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก จังหวัดนราธิวาส พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมีจำนวนทั้งหมด 16 อาการ อาการที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงเท่ากับ 1 ได้แก่ เหนื่อยล้า ผมร่วง และคลื่นไส้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยผสมและเตรียมยาเคมีบำบัด กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก - ลก ได้นำเสนอผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนหาแนวทางป้องกัน และแก้ไขอาการไม่พึง

ประสงค์จากการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด ทั้งพิจารณาการให้ยาป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งก่อนให้ยาเคมีบำบัด และหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ และพยาบาล ผ่าน Patient Care Team (PCT) ซึ่งเป็นทีมคร่อมสายงานซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือเอาสภาพของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง เพื่อให้การรักษาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว สามารถนำความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดไปปรับใช้ระหว่างรอรอบการรักษาในครั้งถัดไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้ารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในอนาคตควรมีจำนวนตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จึงควรมีการขยายระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น อีกทั้งควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่มโรคมะเร็งชนิดอื่น สูตรยาเคมีบำบัดที่หลากหลาย และทำการศึกษาแยกตามชนิดของโรคมะเร็ง และสูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อสามารถให้คำแนะนำ และแก้ปัญหาได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

Aslam, M.S., Naveed, S., Ahmed, A., Abbas, Z., Gull, I., & Athar, M.A. (2014). Side effects of chemotherapy in cancer patients and evaluation of patient's opinion about starvation based differential chemotherapy. *Journal of Cancer Therapy, 5,* 815 - 822.

Chan, H.K., & Ismail, S. (2014). Side effects of chemotherapy among cancer patients in a Malaysian General Hospital: Experiences, perceptions and informational needs from clinical pharmacists. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* 15(13), 5305 - 5309.

Choorassamee, J. (2019). Medication errors and adverse drug events in patients receiving antineoplastic agents. *Thai Journal of Pharmacy Practice,* 11(4), 743 - 753.

Elmets, C.A. (2017). *Photosensitivity disorders (photodermatoses): Clinical manifestations, diagnosis and treatment*. *Up to Date.* Retrieved September 3, 2022 from https://www.uptodate.com/contents/photosensitivity-disorders-photodermatoses-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment

Glimelius, B. (2005). Benefit-risk assessment of irinotecan in advanced colorectal cancer. *Drug Safety,* 28, 417 - 433.

Karthikeyan, G., Jumnani, D., Prabhu, R., Manoor, U.K., & Supe, S.S. (2012). Prevalence of fatigue among cancer patients receiving various anticancer therapies and its impact on quality of life: A cross-sectional study. *Indian Journal of Palliative Care,* 18(3), 165 - 175.

Krishnamurthi, S. S., & Kamath, S. (2022). *Chemotherapy-associated diarrhea, constipation and intestinal perforation: pathogenesis, risk factors, and clinical presentation*. Retrieved September 3, 2022 from https://medilib.ir/uptodate/show/2824

Krishnarajan, D., Sivasakthi, K., Ariyamol, R., Kumar, D. N., & Varghese, S. (2021). A prospective observational study of chemotherapy-induced adverse drug reaction and the quality of life in cancer patients in a tertiary care hospital. *Journal of Cancer Research and Therapeutics,* 17(2), 530 - 536.

Lindley, C.M., Bernard, S., & Fields, S.M. (1989). Incidence and duration of chemotherapy-induced nausea and vomiting in the outpatient oncology population. *Journal of Clinical Oncology,* 7(8), 1142 - 1149.

Loprinzi, C. L., Lacchetti, C., Bleeker, J., Cavaletti, G., Chauhan, C., Hertz, D. L., … Hershman, D. L. (2020). Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: ASCO guideline update. *American Society Clinical Oncology,* 38(28), 3325 - 3350.

Naing, L., Winn, T.B., & Rusli, B.N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences,* 1, 9 - 14.

National Cancer Institute. (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0*. United State: Author.

National Cancer Prevention and Control Plan Committee. (2019). *National Cancer Control Programme 2018-2022*. Retrieved July 27, 2022 from http://www.nci.go.th/th/New_web/ officer/. of3.html.

National Comprehensive Cancer Network. (2023). *Antiemesis: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) (Version 2.2023 — May 24, 2023).* Pennsylvania: NCCN.

Negrin, R.S., & Treister, N.S. (2022). *Oral toxicity associated with systemic anticancer therapy*. Retrieved September 3, 2022 from https://www.uptodate.com/contents/oral-toxicity-associated-with-systemic-anticancer-therapy#topicContent

O'Donnell, P.H., & Dolan, M.E. (2009). Cancer pharmacoethnicity: Ethnic differences in susceptibility to the effects of chemotherapy. *Clinical Cancer Research,* 15(15), 4806 - 4814.

Pearce, A., Haas, M., Viney, R., Pearson, S. A., Haywood, P., Brown, C., & Ward, R. (2017). Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. *PloS one,* 12(10), e0184360.

Rugo, H.S., & van den Hurk, C. (2022). *Alopecia related to systemic cancer therapy*. *Up to Date.* Retrieved September 3, 2022 from https://www.uptodate.com/contents/alopecia-related-to-systemic-cancer-therapy

Saraswat, N., Chopra, A., Sood, A., Kamboj, P., & Kumar, S. (2019). A descriptive study to analyze chemotherapy-induced hair loss and its psychosocial impact in adults: Our experience from a tertiary care hospital. *Indian Dermatology Online Journal,* 10(4), 426 - 430.

Stein, A., Voigt, W., & Jordan, K. (2010). Chemotherapy-induced diarrhea: Pathophysiology, frequency and guideline-based management. *Therapeutic Advances in Medical Oncology,* 2(1), 51 - 63.

Subongkoch, S., Klongkaew, W., Udompon, N., Loisaratakoon, N., & Punna, P. (Eds.). (2017). *Standard manual: Working with chemotherapy drugs and care for patients after receiving the medicine*. Bangkok: National Cancer Instiute. (in Thai).

Ubonratchathani Cancer Hospital. [n.d.]. *Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG): Cancer patients who are receiving chemotherapy.* Retrieved September 3, 2022 from http://www.uboncancer.go. th/attach/news_1607308374CNPG.pdf.

Varma, P. P., Subba, D. B., & Madhoosudanan, P. (1998). Cyclophosphamide induced haemorrhagic cystitis (a case report). *Medical Journal Armed Forces India,* 54(1), 59 - 60.

World Health Organization. (2022). *Cancer*. Retrieved November 2, 2022 from https://www.who.int /news-room/fact-sheets/detail/cancer

ประสิทธิผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ต่อความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส

Effects of Using the Bilingual (Thai-Malayu) Humanitude Caring Concept in Older Adults on Knowledge, Caregiver Burden, and Satisfaction of Family Caregiver of Older adults in Muang City, Narathiwas Province

สุภาวดี อดิศัยศักดา[1], สาวิณี ชาญสินธพ[1*], พัชราวดี ทองเนื่อง[1],
ฟาอิส วาเลาะแต[1], กฤตธนา อดิศัยศักดา[1]
Supavadee Adisaisakda[1], Sawinee Chansintop[1*], Patcharawadee Tongnuang[1],
Fa-is Walohtae[1], Krittana Adisaisakda[1]

(Received: June 22, 2023; Revised: August 21, 2023; Accepted: September 8, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้คู่มือ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล แบบวัดความพึงพอใจ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีค่าความเชื่อมั่น คือ 0.89, 0.99 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณาและสถิติการทดสอบจากประชากรเพียงกลุ่มเดียว แต่จะทำการทดสอบซ้ำ 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ (t = 15.05,

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
*Corresponding Author: Sawinee.c@pnu.ac.th

p < .05) สูงกว่าก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (t = 9.735, p < .05) ต่ำกว่าก่อนใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้คู่มืออยู่ในระดับมาก (X = 4.17, S.D.= 0.55)

ผลการวิจัยบ่งชี้ว่า คู่มือมีประสิทธิผลที่ดี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดทำและพัฒนาคู่มือเพื่อเป็นแหล่งความรู้ที่เข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย โดยใช้ภาษาท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม

คำสำคัญ: คู่มือการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด(ไทย - มลายูถิ่น), ความรู้, ความรู้สึกเป็นภาระ, ความพึงพอใจ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

The one-group pretest- posttest quasi-experimental study aimed to 1) determine the level of knowledge, caregiver burden, and satisfaction of family caregivers in Muang City, Narathiwas Province, before and after using the bilingual (Thai-Malayu) humanitude caring concept in older adults, and 2) compare the average score of knowledge, and caregiver burden of family caregiver of older adults before and after using the program. The samples of this study were 30 family caregivers of older adults in Muang City, Narathiwas Province. Data was gathered twice: once before and once after using the program for a week. The instruments of this study were demographic data, knowledge measurement, caregiver burden measurement, satisfaction measurement, and manual of caring for older adults. The reliability of instruments were .89, .99, and .89, respectively. Data was analysed by using descriptive statistics and Pair t-test. The results found that the family caregiver of older adults had considerably enhanced of knowledge after using the bilingual (Thai-Malayu) humanitude caring concept in older adults (t=15.05, p<.05). After utilizing the program, caregiver burden of family caregiver of older adults was significantly reduced (t=9.735, p<.05), and the average score of satisfaction with the program was at the high level (X=4.17, S.D.= 0.55).

The results indicate that the bilingual (Thai-Malayu) humanitude caring concept in older adults is effective. The related organization can produce and develop programs to be accessible and easily to understand by using local language to enhance the knowledge of family caregiver of older adults and reduce the caregiver burden. In addition, older adults can receive the appropriate care.

Keywords: The bilingual (Thai-Malayu) humanitude caring concept in older adults, Knowledge, Caregiver burden, Satisfaction, Caregiver of older adults

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี (Foundation of Thai Gerontology Research and Mental institute, 2023) โดยพบว่าจากการคาดการณ์ประชากรสูงวัยในประเทศไทย พบว่าในปี 2565 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 20 และมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ (Foundation of Thai Gerontology Research and Mental institute, 2021)

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.66 ติดบ้าน ร้อยละ 2.73 และติดเตียง ร้อยละ 0.62 ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเองหรือผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี (Foundation of Thai Gerontology Research and Mental institute, 2023) ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยทางธรรมชาติของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสภาพจิตใจ ทำให้ผู้สุงอายุอยู่ในภาวะเปราะบางร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย อาทิเช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ปอดอักเสบ และหากมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันเกิดขึ้น เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก พลัดตกหกล้ม ร่วมกับการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพร่างกายก็จะทำได้ยากกว่าวัยอื่นส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือภาวะพึ่งพิงนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและส่งผลให้ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยลงได้ (Sumcharoen, 2021) โดยจากการศึกษาพบว่ามีผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ไม่รู้สึกมีภาระในการดูแล ในการดูแลนั้นผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ซึ่งเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยใช้เวลาในการดูแลมาก (Boonvas, Supanan, Chunhabordee, & Wae, 2021) อีกทั้งต้องรับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากความเสื่อมทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มสมองเสื่อม กลุ่มอารมณ์แปรปวน กลุ่มภาวะซึมเศร้า ฯลฯ ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงจำเป็นที่จะต้องการการดูแลจากผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมาก อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ดังนั้นการมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและการรับมือกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลที่เป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาดังกล่าว ก็จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแล

ผู้สูงอายุเช่นกัน นำไปสู่การละเลยในการดูแล ส่งผลเสียด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Srihaklang & Sasat, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยมีการใช้แนวคิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือติดเตียง ผู้สูงอายุซึมเศร้า ที่ล้วนมีพฤติกรรมต่อต้านในการดูแล โดยใช้แนวคิดที่ใช้กันแพร่หลายในกลุ่มผู้ดูแลในประเทศทางแถบยุโรปและทางญี่ปุ่นแนวคิดนี้ คือ แนวคิดแบบฮิวแมนนิจูด โดยเน้นในเรื่องของการดูแลที่ผู้ดูแลเข้าใจและให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ และดูแลด้วยความรัก ความอ่อนโยน หากผู้ดูแลเข้าใจหลักการดูแลด้วยความรักและความอ่อนโยน มีความรู้เข้าใจวิธีการดูแลโดยผ่านเทคนิคการดูแลที่ใช้องค์ประกอบทั้ง 4 อย่าง ได้แก่ 1) การสบตา (Eye contact) เป็นการสื่อสารที่มองด้วยความรัก มีสายตาอ่อนโยน 2) การพูด (Speech) เป็นการพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน อ่อนหวาน 3) การสัมผัส (Touch) เป็นการสื่อสารทางกายด้วยการสัมผัสอย่างอ่อนโยนและ 4) การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Vertical) โดยให้ผู้สูงอายุลุกนั่งในแนวตรง เพื่อสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Gineste & Marescotti, 2008) จากงานวิจัยพบว่าเมื่อผู้ดูแลใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีพฤติกรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดและมีความรู้สึกเป็นภาระ (Puthiwatanatharadol & Kespichayawattana, 2017) และในต่างประเทศ พบว่า ประสิทธิผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้สูงอายุได้ เช่น การไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล โมโห และต่อต้านผู้ดูแล (Preamthong & Kespichayawattana, 2018)

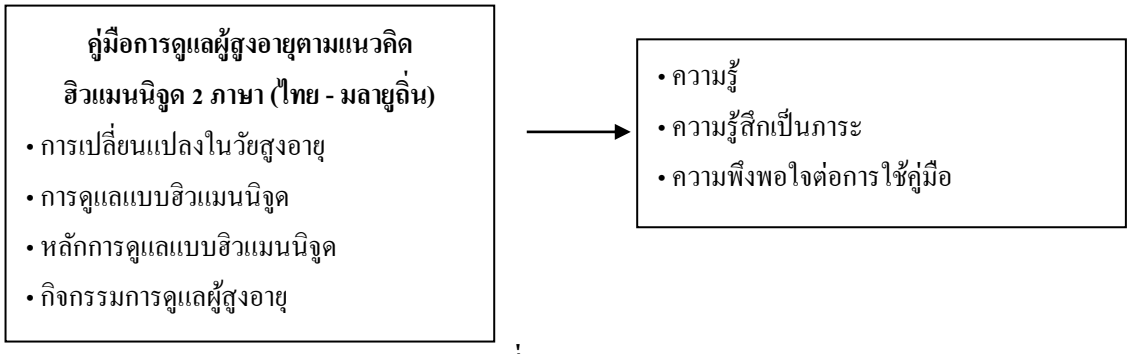
แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดนี้ส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ดังนั้นหากมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีความรู้ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และมีการส่งเสริมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และตอบสนองความรู้สึกจากผู้ดูแลที่ถ่ายทอดออกมา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องศึกษาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันร่วมกับการใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดควบคู่กับการใช้คู่มือในการดูแล โดยการใช้คู่มือมีข้อดีคือ ผู้ดูแลสามารถกลับมาทบทวนความรู้ในการดูแล ทบทวนแนวคิดในการดูแล และฝึกปฏิบัติตามคู่มือได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล และนำความรู้มาผสมผสานในการให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (Lumsan & Kespichayawattana, 2022)

ดังนั้นการสร้างและการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) สำหรับผู้ดูแล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส จึงเป็นแนวปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ดูแลมี

ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาหลักการที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด อันจะนำมาสู่การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ลดความรู้สึกภาระในการดูแลและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste and Marescotti (2008) ในการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยการให้ความรู้ในการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน 3) หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมอง การสัมผัส การพูด และการจัดท่าตั้งตรง และ 4) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรต้นในการศึกษาครั้งนี้ และตัวแปรตาม คือ 1) ความรู้ 2) ความรู้สึกเป็นภาระ และ 3) ความพึงพอใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานวิจัย

1. ระดับความรู้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสหลังใช้คู่มือ สูงกว่าก่อนใช้คู่มือ และ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส หลังใช้คู่มือต่ำกว่าก่อนใช้คู่มือ การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสหลังใช้คู่มือ สูงกว่าก่อนใช้คู่มือ และ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ต่ำกว่าหลังใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น)

3. ความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) สำหรับผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น)

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น)

วิธีการวิจัย

ประเภทการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากผลลัพธ์จากโปรแกรม G* Power (Erdfelder, Faul, & Buchner, 2007) โดยกำหนด Input: Effect size w = 0.6667 α err prob = 0.05 Power (1-β err prob) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16 คน ซึ่งผู้วิจัยได้มีการเก็บข้อมูลจำนวน 30 คน เนื่องจากป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อายุ 18 ปีขึ้นไปและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน
3. ผู้ดูแลสามารถสื่อสารและอ่านหนังสือได้เข้าใจด้วยภาษาไทยหรือภาษามาลายูได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 3) หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และ 4) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว เป็นต้น

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ แล้วเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ถ้าเลือกตอบ ใช่ ในข้อถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ไม่ใช่ ในข้อถูก ให้ 0 คะแนนรวม 14 คะแนน โดยคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 11 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 80 ขึ้นไป แสดงว่า ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง ช่วงคะแนน 6 - 10 คะแนน ร้อยละ 60 - 79 แสดงว่าผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 0 – 5 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 แสดงว่า ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ

2.3 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เพื่อวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลพัฒนาโดย Zarit (1990) (ฉบับภาษาไทย) แปลเป็นภาษาไทยโดย Toonsiri, Sunsern, and Lawang (2011) มีจำนวน 22 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 88 คะแนน คะแนน 61 - 88 แสดงว่า มีความรู้สึกเป็นภาระมาก 41 - 60 แสดงว่า มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง 21 - 40 แสดงว่า มีความรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย และ < 21 แสดงว่าไม่รู้สึกเป็นภาระ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) สำหรับผู้ดูแล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อใช้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ซึ่งในแบบประเมินนี้แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความสะดวกในการใช้งาน 2) ด้านความสวยงามและความเรียบร้อย และ 3) ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้งาน โดยแบบประเมินจะเป็นรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของ Likert (1967)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นภาษาไทยและได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายูซึ่งเป็นอาจารย์

ประจำคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ แปลย้อนกลับ (Back Translation) แล้วนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยมาหาความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าความดัชนีตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าความดัชนีตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ดังนี้ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้เท่ากับ 0.90 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ได้เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือได้เท่ากับ 0.90 จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาและปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเนื้อหา จากนั้นจึงนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR20) เท่ากับ 0.89 และนำแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิผลของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มเก็บวันที่ 8 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส โดยผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

2. ผู้วิจัยเริ่มต้นชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 3 – 5 นาที

ขั้นการทดลอง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ เริ่มทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแบบประเมินเกี่ยวกับการวิจัย และตอบแบบประเมินจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลก่อนการใช้คู่มือ โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 40 นาที โดยผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

4. อธิบายและแนะนำวิธีการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) พร้อมทั้งสาธิตเป็นตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 4 ด้าน คือ 1) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 3) หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และ 4) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

5. จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการใช้คู่มือ โดยการสอบถามจากผู้ดูแลทางช่องทางไลน์กลุ่มในผู้ดูแลทุกราย

6. เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ของการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) เก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส โดยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนเก็บข้อมูลแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยให้ตอบคำถามตามความรู้สึกจริง คำตอบจะเก็บเป็นความลับ จะไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) หลังการใช้คู่มือ

ขั้นหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล อธิบายผลการทดลอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. ความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้คู่มือด้วยสถิติทีคู่ (Paired Sample t-test) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการ

ใช้สถิติการทดสอบค่าทีเพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสเมียรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) (p = 0.200)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนัดประชุมก่อนการทดลองและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 18 / 2565 ลงวันที่ 24 / 06 / 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 76.67 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 53.33 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 73.33 และเมื่อพิจารณาโรคประจำตัวอื่น ๆ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.00

2. ระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ และความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ และความพึง พอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) (n = 30)

ตัวแปรตาม	ก่อนใช้คู่มือ			หลังใช้คู่มือ		
	M	***S.D.***	ระดับ	***M***	***S.D.***	ระดับ
ความรู้	9.87	1.48	ปานกลาง	13.20	0.96	สูง
ความรู้สึกเป็นภาระ	21.17	7.16	รู้สึกเป็นภาระ	10.27	1.87	ไม่รู้สึกเป็นภาระ
ความพึงพอใจในการใช้คู่มือ				4.17	0.55	พึงพอใจมาก

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ก่อนใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 9.87, $S.D.$ = 1.48) หลังใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 13.20, $S.D.$ = 0.96) สำหรับคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระผู้ดูแล ก่อนใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับรู้สึกเป็นภาระ (M = 21.17, $S.D.$ = 7.16) หลังใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่รู้สึกเป็น

ภาระ (M = 10.27, $S.D.$ = 1.87) ในด้านคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้คู่มือของผู้ดูแล หลังใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพึงพอใจมาก (M = 4.17, $S.D.$ = 0.55)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ และความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง ก่อนและหลังใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแล ผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) (n = 30)

ตัวแปรตาม	ก่อนใช้คู่มือ		หลังใช้คู่มือ		*df*	*t*	*p-value*
	M	***S.D.***	***M***	***S.D.***			***(1-tailed)***
ความรู้	9.87	1.48	13.20	0.96	29	15.05	< .05
ความรู้สึกเป็นภาระ	21.17	7.16	10.27	1.87	29	9.74	< .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส มีความรู้ (t = 15.05, p < .05) สูงกว่าก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้สึกเป็นภาระ (t = 9.74, p < .05) ต่ำกว่าก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลของการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในด้านการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ก่อนใช้คู่มืออยู่ในระดับปานกลางและหลังใช้คู่มืออยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srihaklang and Sasat (2016) ที่พบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและการรับมือกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลที่เป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้ ก็จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุนั้น จากความเสื่อมด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และเป็นช่วงวัยเปราะบาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทั้งพฤติกรรม สุขภาพ อารมณ์และจิตใจ หากผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลก็จะส่งผลให้การดูแลไม่ถูกต้อง เช่น การให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม และส่งผลเสียต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lumsan and Kespichayawattana

(2022) ภายหลังการใช้คู่มือในการดูแลร่วมกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลังใช้คู่มือมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง โดยหลังจากใช้คู่มือผู้ดูแลนำความรู้ไปปรับใช้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ลดพฤติกรรมที่ต่อต้านในการดูแล และให้กิจกรรมการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonvas et al. (2021) พบว่าผู้ดูแลมีภาระงานที่หนักมาก เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยใช้เวลาในการดูแลมาก อีกทั้งต้องรับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ต่อต้านในการดูแล ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหลังจากให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดและหลังใช้คู่มือ ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของ Ito and Honda (2015) พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้สูงอายุลงได้ ทำให้การดูแลง่ายขึ้น ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Melo, Pereira, Fernandes, Freitas and Melo (2017) ที่กล่าวว่าการใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุลงได้ และการศึกษาของ Honda et al. (2013) พบว่าการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการให้การดูแลมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล การต่อต้านในการดูแลลดลง ส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้นและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดเป็นการผสานองค์ประกอบทั้ง 4 ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าตั้งตรง โดยผลการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ไม่ต่อต้านการดูแล ลดพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lumsan and Kespichayawattana (2022) พบว่าการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมการดูแลโดยการที่ผู้ดูแลเข้าไปสบตาทางด้านหน้าและพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลอ่อนโยน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับฟัง สนใจในสิ่งที่ผู้ดูแลพูด และเมื่อมีการสัมผัสเข้าร่วมด้วยจะส่งผลให้ผู้สูงอายุตอบสนองและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการดูแลอย่างเห็นได้ชัด เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดผสมผสานกับการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับ ไว้วางใจ และรับรู้ได้ถึงความรู้สึกอันดีของผู้ดูแล นำมาซึ่งการ

ยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลได้ง่ายขึ้นในระยะเวลาไม่นานและไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุลงได้

ในด้านความพึงพอใจในการใช้คู่มือ พบว่า ผลของระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ด้านความสะดวกในการใช้งาน ด้านความสวยงามและความเรียบร้อย อยู่ในระดับมาก และด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้งาน อยู่ในระดับมากที่สุด และควรพัฒนาต่อยอดคู่มือเป็นแอปลิเคชันเพื่อให้นำไปใช้ได้สะดวกรวดเร็วและเข้าถึงได้ง่ายต่อไป

สรุป

การให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยยึดหลักความเคารพและเข้าใจความเป็นมนุษย์หรือบุคคล โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าและความมีศักดิ์ศรีโดยผ่านองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสบตา 2) การพูด 3) การสัมผัส และ 4) การจัดท่าในแนวตั้งตรง หากผู้ดูแลนำองค์ประกอบครบทั้ง 4 องค์ประกอบ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่ผู้ดูแลมอบให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการดูแล ทำให้การดูแลง่ายขึ้นและผู้ดูแลลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลงจากการต่อต้านในการดูแลจากผู้สูงอายุ รวมถึงการให้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) แก่ผู้ดูแล ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ที่บ้าน มีความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้นจากการแปลเนื้อหาเป็น 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและถูกต้อง

ข้อจำกัด

ในการใช้คู่มือในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้ เพื่อให้สามารถอ่านทบทวนคู่มือที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านผู้สูงอายุ นำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ไปให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาต่อยอดคู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส เป็นแอปลิเคชันเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้สะดวกรวดเร็วและเข้าถึงได้ง่าย

2. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง รวมถึงกลุ่มผู้ดูแลแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในจังหวัดนราธิวาส และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยที่มีความแตกต่างในแต่ละบริบท และมีการประเมินเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง ชัดเจน มากขึ้น

3. ควรมีการติดตามการให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดหลังการให้ความรู้และหลังการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ในระยะยาว เช่น หลังการให้ความรู้ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดและหลังการใช้คู่มือ 1 เดือน และ 3 เดือน เป็นต้น เพื่อประเมินความคงอยู่ในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

รายการอ้างอิง (References)

Boonvas, K., Supanunt, T., Chunhabordee, A., & Wae, N. (2021). Caregiver stress and needs in caring disabled. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 207 - 208.

Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, M. (2007). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regressionanalyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149 - 1160.

Foundation of Thai Gerontology Research and Mental institute. (2021). *Situation of the thai elderly.* Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 120 - 122.

Foundation of Thai Gerontology Research and Mental institute. (2023). *Situation of the thai elderly.* Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 137 - 147.

Gineste, Y., & Marescotti, J. (2008). *Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin deshom mes vieux: A.* Colin.

Honda, M., Mori, M., Hayashi, S., Moriya, K., Marescotti, R., & Gineste, Y. (2013). The effectiveness of french origin dementia care method; humanitude to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine,* 2(4), 207 - 216.

Ito, M., & Honda, M. (2015). Improvement of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) by comprehensive standardized care methodology. *Austin Journal Clinical Neurology,* 2(9), 1 - 2.

Likert, R. (1967). "*The Method of Constructing and Attitude Scale*", Reading in attitude theory and measurement. P.90 - 95. Fishbeic, Matin, Ed. New York: Wiley & Son.

Lumsan, S., & Kespichayawattana, J. (2022). *The effect of promotion humanitude care program on caregiving stress of caregivers in Ban bang khae social welfare development center for older persons.* (Master of Nursing Science, Gerontological nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan. (in Thai).

Melo, R., Pereira, A., Fernandes, E., Freitas, N., & Melo, A. (2017). Prevention of skin tears in the dependent older person: contribuition of the humanitude care methodology. *Millenium,* 2(3), 45 - 51.

Preamthong, S., & Kespichayawattana, J. (2018). The effect of using humanitude concept by family caregivers care on depression in older persons with stroke. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 221 - 230.

Puthiwatanatharadol, T., & Kespichayawattana, J. (2017). *The effect of humanitude care by caregiver on agitation behaviors of older people with dementia.* (Master of Nursing Science, Geronto logical nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan. (in Thai).

Srihaklang, P., & Sasat, S. (2016). The effect of caregiving skill development and caregiver support group program on stress in caregiver older persons with terminal stage cancer. *Journal of The Police Nurses,* 8(1), 1 - 10.

Sumcharoen, C. (2021). Factors predicting family caregiver's strain from care activities for bed-bound older adults at home. *The Journal of Thailand and Midwifery Nursing Council*, 36(1), 150 - 166.

Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 63 - 75.

Zarit, S.H. (1990). Relatives of the impaired elderly: correlated of feelings of burden. *Journal of Gerontologist,* 20(6), 649 - 55.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์

Development of a Care Model for Patients with Stroke during Rehabilitation Stage in Krasaesin Hospital

นันวลัย ไชยสวัสดิ์*

Nanvalai Chaisawat*

(Received: May 31, 2023; Revised: July 18, 2023; Accepted: August 4, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ มี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้ และระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 5 คน ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 คน รวม 25 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยรายใหม่ ตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา ส่วนที่ 1 เท่ากับ 0.88, ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.82 เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูล ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย การรับผู้ป่วย วิธีการเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพ และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย ทีมเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 91.78 รูปแบบมีความชัดเจนเข้าใจง่าย นำลงสู่การปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพรวดเร็วขึ้น

โรงพยาบาลกระแสสินธุ์

Krasaesin Hospital

*Corresponding Author: Krasaesinsuksa@gmail.com

ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ระยะฟื้นฟูสภาพ

Abstract

Participatory action research was conducted with the aims to analyse the current situation, develop a care model for patients with stroke during rehabilitation stage, and evaluate the efficacy of a care model for patients with stroke during rehabilitation stage in Krasaesin Hospital. The four steps were as follows: phase 1, scenario analysis; phase 2, development of the care model; phase 3, application of the care model; and phase 4, evaluation of the care model. The sample for this study was chosen using a purposive sampling strategy. Three sample groups ware 5 patients and 5 caregivers. Patient care providers 15 people, total 25 people's new cases of patients with stroke, and 10 participants were selected for the study using a purposive sampling technique with new cases of patients with stroke using inclusion and exclusion criteria. Instruments of this study were focus group discussion questionnaires, and in-depth interview questionnaires. The contents of instrument were validated by three experts. The first part's content validity index was 0.88, while the fourth part's was 0.82. Data collection was conducted by focus group discussion, and in-depth interview. Data was analysed by using percentages, average scores, and content analysis.

The findings showed that a care model for patients with stroke during rehabilitation stage comprised of patient admission, a home visitation strategy, a multidisciplinary team, and continuity care. Every new case of patient with stroke received a home visit. The home visit team had the highest satisfaction rating (91.78%). Patients with strokes received faster rehabilitation as a result of the care model's clarity, simplicity, and viability in actual practice.

Recommendation: The care model for patients with stroke should be applied during the rehabilitation stage in order to encourage patients to obtain rehabilitation and improve their quality of life.

Keywords: Care model, Patients with stroke, Rehabilitation stage

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ยังพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ ปี 2560 ถึงปัจจุบัน ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 และพบว่าเขตสุขภาพที่ 3 มีอุบัติการณ์สูงสุด คือ 398.44 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และต่ำสุดที่เขตสุขภาพที่ 13 คือ 285.44 ต่อแสนประชากรอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (Taotiam, 2021) จังหวัดสงขลาเป็นพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่าง ปี 2563 - 2565 มีจำนวน 3,364, 3,471 และ3,460 ราย ตามลำดับ (Songkhla Public health, 2022) จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลกระทบภายหลังผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติจากการรับการรักษาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีความพิการด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ร้อยละ 50 มีความพิการรุนแรงต้องพึ่งพิงผู้อื่นและมีโอกาสเป็นซ้ำถึงร้อยละ 42 (Nilnate, 2019) ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งผลต่อด้านจิตใจ มีความรู้สึกสูญเสีย วิตกกังวล ซึมเศร้า ครอบครัวผู้ดูแลเสียเวลา สูญเสียรายได้และเกิดความเครียดตามมา (Pitthayapong, 2019) จากการศึกษาทางคลินิกพบว่าในช่วงสัปดาห์แรกไปจนถึง 1 เดือนหลังจากภาวะหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นช่วงที่มีการฟื้นตัวและเกิดการซ่อมแซมและฟื้นฟูของระบบประสาทสูง จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง และแม้ว่าพ้นระยะ 1 เดือนไปจนถึง 6 เดือนแล้ว อัตราของการฟื้นตัวจะลดลงหรือหลังจาก 6 เดือนแล้วก็ตาม การฝึกเพื่อฟื้นฟูสภาพยังคงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นคืนความสามารถและกระตุ้นให้กระบวนการ neural plasticity ได้ (Bernhardt et al., 2017) ดังนั้นการฟื้นฟูร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงปกติ ต้องอาศัยเวลาและความอดทน การฝึกฝนกับนักกายภาพบำบัดขณะอยู่ที่โรงพยาบาล การรักษาและการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมากและสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมีหน้าที่คอยดูแลให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการทำกิจกรรมในการฟื้นฟูร่างกายตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยจนผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (Sulter, Steen, & Keyser, 1999)

สถิติผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการที่โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ ใน พ.ศ.2563-2565 มีผู้ป่วยรายเก่า จำนวน 212, 245 และ 256 ราย ผู้ป่วยใหม่ จำนวน 33, 37 และ 37 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยรายเก่า เสียชีวิต 7, 10 และ13 ราย (Krasaesin hospital 2022) จากการวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลกระแสสินธุ์ คือ การคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินยังล่าช้า เนื่องจากอาการของผู้ป่วยบางรายไม่ชัดเจน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าไปด้วย ในปี 2563

ได้พัฒนาระบบส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้มีการส่งต่อทันเวลามากขึ้น แต่เกิดปัญหาหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่ได้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลล่าช้า เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน มีเฉพาะนักกายภาพบำบัดที่ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่บ้านและทางโทรศัพท์ ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ไม่ทราบข้อมูลของผู้ป่วยรายใหม่ในเขตรับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมแล้วแต่โรงพยาบาลไม่ทราบผลการเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยบางรายไม่ได้มาพบแพทย์และพบนักกายภาพบำบัดตามนัด จึงไม่ได้รับยาและไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการตามมาได้ นอกจากนั้นระบบเดิมยังไม่มีความชัดเจนในด้านการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จากปัญหาดังกล่าวทีมสหวิชาชีพจึงมีการจัดประชุมเพื่อทำการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพตามแนวคิดการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Phrai-in, Perkdetch, & Leelawattanagul, 2022)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพโดยพัฒนาในด้านการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลทั้งหมดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และกลับมารักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยนำสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการและการจัดบริการมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารูปแบบดังกล่าวน่าจะเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพได้เป็นอย่างดี

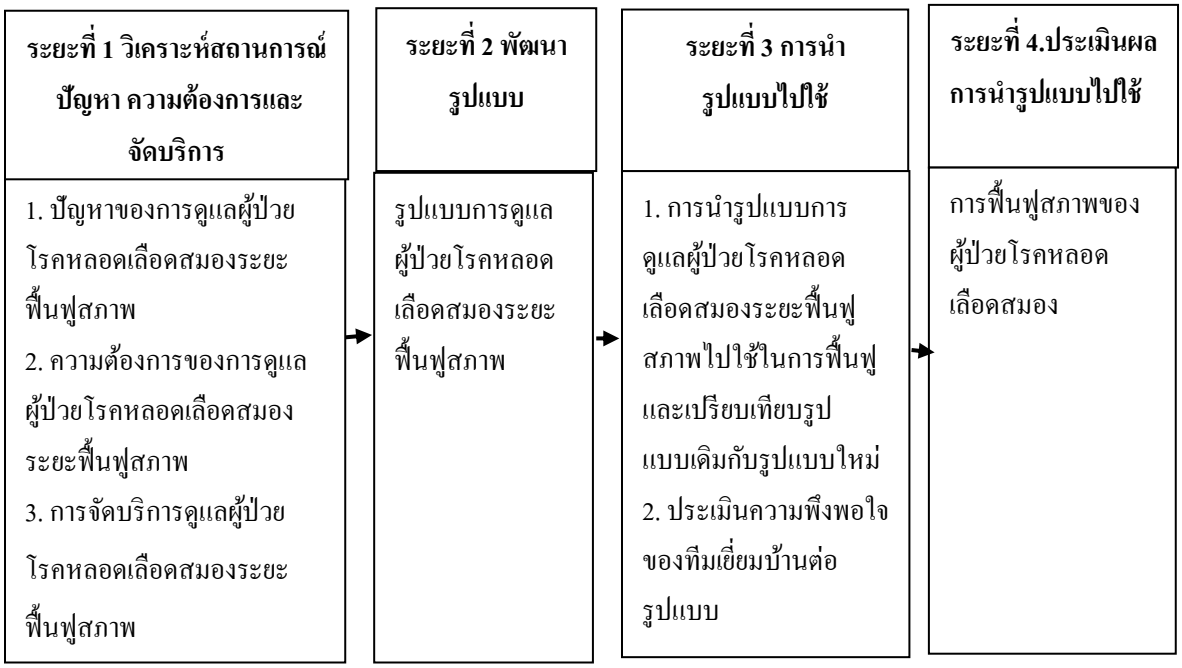
วัตถุประสงค์

1. เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์

2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) มีการสนทนากลุ่มเป็นการจัดการความรู้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถาม มารวบรวมข้อมูล สรุป วิเคราะห์ และดำเนินการจัดกลุ่ม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์

ประชากร ได้แก่ ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลกระแสสินธุ์ และPCU / รพ.สต. และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภูมิลำเนาในอำเภอกระแสสินธุ์ จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และอยู่ในช่วงการฟื้นฟูสภาพภายในเดือนกันยายน 2565 จำนวน 5 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 คน รวมทั้งผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคุณสมบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละวิชาชีพ คือ

มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 2 ปี ปัจจุบันยังปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้บริการ และเป็นผู้สมัครใจ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพงานคลินิกเรื้อรัง จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพงานเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน PCU / รพ.สต. 5 แห่ง แห่งละ 1 คน จำนวน 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 25 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับระยะที่ 1 จำนวน 15 คน เพื่อมาร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพไปใช้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกระแสสินธุ์และส่งตัวไปรพ.แม่ข่าย ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 และส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของ PCU เชิงแส จำนวน 6 คน, รพ.สต. โรง จำนวน 5 คน, รพ.สต.กระแสสินธุ์ จำนวน 6 คน, รพ.สต.บ้านไร่ จำนวน 12 คน และรพ.สต.แหลมหาด จำนวน 1 คน

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 30 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยมีคะแนน GSS ไม่น้อยกว่า 13 คะแนน 3) คะแนน NIHSS น้อยกว่า 14 คะแนน 4) สามารถสื่อสารให้เข้าใจด้วยภาษาไทยได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 2) ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการและการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ของ Pitthayapong (2019) จำนวน 3 ข้อ 1) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอด

เลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ 2) ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ 3) การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

2. การพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 เสนอผลที่ได้จากส่วนที่ 1 คือ ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาวิเคราะห์และจัดทำร่างรูปแบบ และนำร่างรูปแบบ เสนอให้ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 15 คน ร่วมกันปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้ถูกต้องเหมาะสม

3. การนำรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพไปใช้

3.1 Flow chart รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

3.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลและเครือข่าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3.3 บันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN-HOME-SSS ใน Google form โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านต่อการนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ Kultipat, Tohthong, and Sukmueang (2018) คำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบลิเคิร์ท แบ่งระดับความพึงพอใจ ซึ่งมีระดับคะแนน 1 - 5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับ การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ Panjinda and Chucherd (2019)

4.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามปลายปิด เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ที่มาของรายได้ โรคร่วม และผู้ดูแล

4.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ประเด็นของแนวคำถาม 1) วิธีการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การดูแลตนเองในการฟื้นฟูสภาพ 3) สิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสภาพ 4) ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ 5) ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านฟื้นฟูสภาพ

4.3 เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง สำหรับบันทึกการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในส่วนที่ 1 จำนวน 3 ข้อ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 ทั้ง 3 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีค่า มากกว่า 0.7 ตามเกณฑ์ (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ Walz, Strickland and Lenz, (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อคือ 0.70 ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน IN-HOME-SSS ใน Google form คือ แบบบันทึกความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ โดยนำข้อคิดเห็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับข้อมูลตามข้อสรุป ซึ่งผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน สรุปได้ว่า องค์ประกอบของรูปแบบกิจกรรมทั้งหมดมีความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับดี

ความตรงตามเนื้อหาของประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.82 ทั้ง 5 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป

วิธีการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ในเดือนกันยายน 2565 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลกระแสสินธุ์

1. ติดต่อประสานงานกลุ่มผู้ร่วมสนทนา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย ร่วมกำหนดการสนทนากลุ่ม วัน เวลา สถานที่ และทำหนังสือเชิญเข้าร่วมวิจัย

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา นำเสนอข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำที่เพิ่มสูงขึ้น จากนั้นแจ้งประเด็นการสนทนาทั้ง 3 ประเด็น คือ ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

3. สนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 2 กลุ่ม สนทนากลุ่มครั้งประมาณ 2 ชั่วโมง พร้อมจดบันทึกการสนทนา ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วย จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 5 คน ประเด็นในการสนทนา คือ ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

สภาพ กลุ่มที่ 2 ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพงานคลินิกเรื้อรัง นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพงานเยี่ยมบ้าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน PCU / รพ.สต. รวม 15 คน ประเด็นการสนทนา คือ ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้พบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งเสนอมุมมองที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน การจัดบริการฟื้นฟูสภาพในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ร่วมสนทนาเขียนแต่ละข้อลงในกระดาษฟลิปชาร์ท และส่งตัวแทนนำเสนอ ผู้วิจัยสรุปประเด็นการนำเสนอ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี และปิดการสนทนากลุ่ม

4. ผู้วิจัยนำมารวบรวมและจัดเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย วิเคราะห์ และสรุปผล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

โดยจัดตั้งคณะทำงานประกอบด้วย แพทย์เป็นประธานและคณะทำงาน ประกอบด้วย เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด และพยาบาลปฏิบัติงาน PCU / รพ.สต. จำนวน 15 คน ในเดือนตุลาคม 2565 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลกระแสสินธุ์ ใช้เวลาสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลการสรุป ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ในระยะที่ 1 มาออกแบบรูปแบบ

1.1. นำปัญหาของผู้ป่วยและความต้องการมาจัดในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2. ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปรพ.แม่ข่ายและการ Refer back เพื่อ Admit IPD ส่ง PT

1.3. นำการจัดบริการมาจัดในขั้นตอนการรับข้อมูลผู้ป่วย เข้าศูนย์ COC และส่งต่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยให้ผู้ร่วมสนทนาเขียน Flow chart ลงในกระดาษฟลิปชาร์ท และส่งตัวแทนนำเสนอ สรุปการสนทนาและร่างรูปแบบ ฯ รับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง นำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

1.4 เสนอให้มีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจัดทำบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN-HOME-SSS ใน Google form แบบฟอร์ม ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี และปิดการสนทนากลุ่ม

2. ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่พัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุง ก่อนนำไปใช้ในจริง

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบ Flow chart ไปใช้

1. โดยทีมแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินปฏิบัติงานตาม CPG และ Refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่ายตาม CPG จากนั้น Refer back กลับมา Admit เพื่อทำ Rehabilitation ตามแนวทาง

2. ทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วยนักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ PCU / รพ.สต. ร่วมเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพตามความเร่งด่วน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลกระแสสินธุ์แล้วได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จำนวน 30 คน ซึ่งเริ่มป่วยตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2566 พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินเป็นผู้รับผิดชอบ ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้าไลน์กลุ่ม Stroke CUP กระแสสินธุ์ เพื่อให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของละ PCU / รพ.สต. กิจกรรมตามแนวทาง ประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังจากเริ่มป่วยภายในสัปดาห์ที่ 2 และครั้งที่ 2 ภายใน 3 เดือน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทำการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN-HOME-SSS นำผลการเยี่ยมบ้าน บันทึกใน Google form ทุกรายภายในระยะเวลา 6 เดือน

3. สรุปผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบันทึกใน Google form ทั้ง 30 คน

4. จัดประชุมทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยย้อนกลับ และนำมาเปรียบเทียบกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่และประเมินความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านต่อการนำรูปแบบ ฯ ไปใช้

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 จำนวน 30 คน ของแต่ละ PCU / รพ.สต. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า, คัดออก

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ เตรียมข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ - สกุล ที่อยู่ ประสาน รพ.สต. เพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการสัมภาษณ์

2. ขั้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวและวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ด้วยการใช้คำถาม ที่กำหนดมาตามกรอบโครงสร้างของเครื่องมือ และแสดงออกด้วยภาษาท่าทางที่เหมาะสม สุภาพ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ ให้ได้ข้อมูลครบ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละรายตามประเด็นคำถาม ทั้ง 4 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที วันละ 2 คน ใช้เวลา 5 วัน จนครบ 10 คน

3. ขั้นตอนการบันทึกการสัมภาษณ์ บันทึกเสียง ผลการสัมภาษณ์ทันที บันทึกตาม ข้อเท็จจริง ไม่มีอคติ ไม่ใส่ความคิดเห็นอื่นใดลงไป และมีการทบทวนผลการสัมภาษณ์ที่ได้ตามความเหมาะสม

4. ขั้นปิดการสัมภาษณ์ ขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

5. สัมภาษณ์จนครบทั้ง 10 คน นำผลการสัมภาษณ์มารวบรวม แยกประเด็นและนำมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนระดับจังหวัดจังหวัดสงขลา (หมายเลขรับรอง 30 / 2566) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การ

วิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ การรักษาความลับของข้อมูล และใช้รหัสแทนกลุ่มศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ความเสี่ยงอาจเกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการตอบถาม โดยตลอดเวลาที่เข้าร่วมการทดลองวิจัยจะมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา และหากมีความไม่สบายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการเรียบเรียงข้อความเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และการนำรูปแบบไปใช้ ประเมินผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการเรียบเรียงข้อความ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการและการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ มีดังนี้

1. ปัญหาด้านผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความรู้ในการรับประทานยา และความรู้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น

2. ปัญหาด้านผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลได้รับความรู้ ฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ และบางคนไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก จึงขาดความมั่นใจ ทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

3. ปัญหาด้านระบบบริการ คือ การส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่จำหน่ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพหรือฟื้นฟูล่าช้า

4. ปัญหาด้านบุคลากร คือ ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ได้แก่

4.1 การขาดแคลนบุคลากร และภาระงานที่มากทำให้ติดตามล่าช้าไม่ต่อเนื่อง

4.2 การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์กายภาพบำบัด

4.3 อสม. ขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย

4.4 ปัญหาการคมนาคมระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วย เช่น ระยะทางห่างไกลไม่มีรถประจำทาง

4.5 โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีแนวทางการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ชัดเจน

4.6 ความร่วมมือของชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่นยังมีน้อย

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ มีดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการฟื้นฟูสภาพให้เร็วที่สุด เพื่อลดความพิการ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น สามารถประกอบอาชีพได้

2. ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้และทักษะในการดูแล และทราบอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่องมากที่สุด เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล

3. ด้านสหวิชาชีพ แต่ละวิชาชีพต้องการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น การสอนการกลืน การฝึกพูด การทำกายภาพบำบัด และทักษะการเยี่ยมบ้าน ฯลฯ

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ มีดังนี้

1. ให้มีการประเมินและวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ

2. ให้มีการส่งต่อข้อมูลและประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

3. ให้มีการติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านวางแผนและดำเนินการเยี่ยมบ้าน

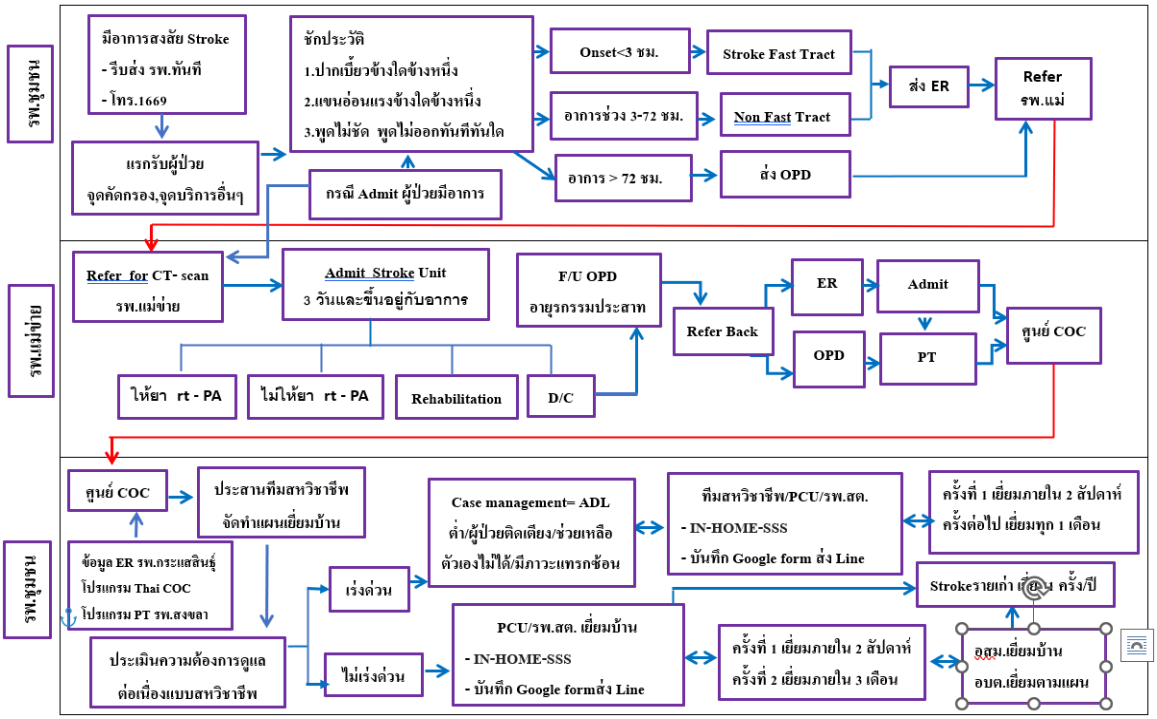
4. ให้มีการเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และประโยชน์ของการปฏิบัติตน

5. การให้ญาติสามารถมารับยาแทนในกรณีผู้ป่วยมารับยาไม่ได้ และให้มีการกระตุ้นเตือนเพื่อให้มารับการตรวจตามแพทย์นัดและทำกายภาพบำบัดด้วยโทรศัพท์

6. ให้มีการสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการยืมอุปกรณ์ การให้บริการรถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

จากผลการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วย นำมาพัฒนาตามขั้นการให้บริการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการส่งต่อ และขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพ รูปแบบการดูแลดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ส่วนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพไปใช้ ตาม Flow chart โดยนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำไปปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน IN-HOME-SSS ดังนี้ ศูนย์ COC รับข้อมูล ประสานทีมสหวิชาชีพประเมินผู้ป่วย เพื่อจัดทำแผนเยี่ยมบ้านฟื้นฟูสภาพกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน กรณีเร่งด่วน มีจำนวน 8 คน ไม่เร่งด่วน จำนวน 22 คน กิจกรรม 1) วัดสัญญาณชีพ ประเมิน ADL 2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องต่าง ๆ 3) การฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพบำบัด 4) บันทึกการเยี่ยมใน Google from ส่งต่อข้อมูลทางกลุ่มไลน์ 5) ประเมิน ADL ซ้ำ เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 2 คะแนน ภายใน 3 เดือน ยุติการเยี่ยม และส่งต่อไปยัง PCU / รพ.สต.เยี่ยมต่อ ให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้

ผลจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้เกิดการปรับปรุงรูปแบบ ฯ ขึ้น ความแตกต่างระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การรับผู้ป่วย เป็นการรับผู้ป่วยในเชิงรับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยใน 2) รับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 3) รับผู้ป่วยมาจาก PCU/รพ.สต. ในชุมชน 4) รับผู้ป่วยที่มาฟื้นฟูในงานกายภาพบำบัด ทำให้รับผู้ป่วยล่าช้า ไม่ครบทุกคน	**1. การรับผู้ป่วย** เชิงรุก ร่วมกับเชิงรับ ได้แก่ 1) การรับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่แพทย์วินิจฉัย เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมอบหมายพยาบาล ER, นักกายภาพตามรายชื่อทุกอาทิตย์ ส่งให้ ศูนย์ COC 2) การรับผู้ป่วยเชิงรับ คือ รับผู้ป่วยจากช่องทางเดิม **ทำให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น**
2. วิธีการเยี่ยม ไม่มีการประเมินผู้ป่วย ไม่มีการกำหนด ระยะเวลาที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับมาจาก หน่วยงานต่าง ๆ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม	**2. วิธีการเยี่ยม** 1) มีการประเมินประสานงาน มีแผนการเยี่ยม 2) มีการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง 3) มีการแยกประเภท ความจำเป็นเร่งด่วน 4) มีกำหนดการเยี่ยมแต่ละรายชัดเจน ครั้งที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 ภายใน 3 เดือน 5) เยี่ยมบ้าน IN-HOMESSS ทุกราย 6) บันทึกการเยี่ยมใน Google from ส่งต่อกลุ่มไลน์ **ทำให้เยี่ยมบ้านได้ต่อเนื่อง ติดตามผลการเยี่ยมได้**
3. ทีมเยี่ยมบ้าน ไม่ได้กำหนดทีมเยี่ยมชัดเจน ไม่มีแผนการเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	**3. ทีมเยี่ยมบ้าน** 1) เยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ ทีม HHC มีการประเมินผู้ป่วยและประสานทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด **ทำให้มีการเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ** 2) ความสำคัญในการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายกรณี **ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย** 3) ประสานงานหน่วยงานต่างๆ **มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย**

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
4. การดูแลรักษาต่อเนื่อง เข้าสู่ ระบบนัดตามปกติและการฟื้นฟู ตามปกติในเวลาราชการ	**4. การดูแลรักษาต่อเนื่อง** 1) เข้าสู่ระบบนัดตามปกติและการฟื้นฟูตามปกติในเวลาราชการ 2) การฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน โดยนักกายภาพและพยาบาล PCU/รพ.สต. จะเป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติในการทำกายภาพที่บ้าน **ทำให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และฟื้นฟูได้เพิ่มขึ้น**
5. ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน มีความพึงพอใจน้อย เนื่องจาก ไม่มีความชัดเจนในการประสานงาน ส่งข้อมูลล่าช้า ต่างฝ่ายต่างเยี่ยม	**5. ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน** จากการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ตอบคำถาม 8 คน ผลการใช้รูปแบบฯ มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 91.87 พบว่ามีความชัดเจนเข้าใจง่าย ร้อยละ 94.00 นำลงสู่การปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 92.00 และไม่ยุ่งยากต่อการนำไปใช้ ร้อยละ 91.00 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ โดยการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60) ผู้สูงอายุ (อายุ 70 - 79 ปี) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 65 ปี มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร จำนวน 7 คน (ร้อยละ 70) รายได้จากตนเอง จำนวน 7 คน (ร้อยละ70) มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60) ผู้ดูแลเมื่อป่วย คือ สามี / ภรรยา / บุตร จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80)

1. การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจได้เป็นอย่างดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง จึงมีภาวะซึมเศร้าน้อย ดังนี้

1.1 การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย การเจ็บป่วยในระยะแรกมีอาการแขนอ่อนแรงหลงเหลืออยู่ แต่หลังจากฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นผลจากการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองทุกวันและมาทำกายภาพบำบัดตามนัดด้วยอุปกรณ์ที่ทันสมัย ช่วยให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผลการประเมิน ADL ผู้ป่วย ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน ภายใน 3 เดือน ทุกราย มีค่า ADL = 20 / 20 การออกกำลังกายต่อเนื่องทำให้ฟื้นฟูได้เร็วขึ้น ดังลุงพัน (นามสมมุติ) กล่าวว่า

"การบำบัดที่ผมชอบทำคือ การเดิน รู้สึกว่าฝ่าเท้าได้ผ่อนคลาย ช่วยคลายเส้นที่เท้า" และน้าสม (นามสมมุติ) กล่าวว่า*"ผมหยิบลูกแก้ว กำลูกบอล ทำอยู่ 1 เดือน มือมีกำลังเพิ่มขึ้น ดีใจจนบอกไม่ถูก"*

1.2. การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างทุกคน จะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ภายหลังเจ็บป่วยในระยะแรก แต่หลังจากฟื้นฟูสภาพไประยะหนึ่งก็สามารถปรับตัวได้และมีความหวังว่าจะหายจากโรคโรคหลอดเลือดสมองกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ดังน้าพงศ์ (นามสมมุติ) กล่าวว่า

"ผมกังวลมากที่ต้องเป็นเหมือนคนพิการ ตอนนี้ทำใจได้สวดมนต์ทุกคืนขอพรให้หายไว ๆ " และน้าสม (นามสมมุติ) กล่าวว่า *"เวลาเบื่อ ๆ ก็ไปนั่งคุยบ้านเพื่อน คนในครอบครัวดูแลเป็นกำลังใจดี"* น้าชิต (นามสมมุติ) กล่าวว่า "*ช่วงแรกผมเสียใจมาก เหมือนคนพิการ พอทำกายภาพทุกวัน ตอนนี้ปกติทุกอย่างแล้ว ดีใจมาก"*

2. การดูแลตนเองในการฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างจะต้องกินยาไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การกินยาสม่ำเสมอ การพบแพทย์ตามนัด การควบคุมอาหารและพักผ่อนอย่างเพียงพอช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ดังน้าพล (นามสมมุติ) กล่าวว่า

"เมื่อก่อนผมไม่คุมอาหาร พอไม่สบายครั้งนี้ผมไม่ทานอาหารรสเค็ม มัน หวาน ตอนนี้คุมน้ำตาลได้ดีมาก" และน้าจุรี (นามสมมุติ) กล่าวว่า *"ฉันกินยาตามแพทย์สั่ง ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่เคยขาดนัด ถ้าฉุกเฉินโทร.1669"*

3. สิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นสามี ภรรยาและบุตรคอยดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และให้กำลังใจ ในการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองและมาทำกายภาพบำบัดตามนัด ช่วยให้สามารถเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น และ ลดการพึ่งพาผู้อื่น

"สามี ลูกดูแลน้าดีมาก พูดคุยให้กำลังใจในการทำกายภาพบำบัดทำให้ฟื้นฟูเร็ว"และ

"ผมไปทำกายบำบัดที่โรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง และนักกายภาพมาเยี่ยมและโทร.หา ช่วยกระตุ้นให้ฟื้นฟูถูกต้องรวดเร็วมาก"

4.ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ ปัญหาผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายไม่มาตรวจรักษา ตามแพทย์นัด เนื่องจากไม่มีรถรับส่ง บุตรหลาน ทำงานที่อื่น และไม่มีผู้ดูแล ดังลุงจิต (นามสมมุติ) กล่าวว่า

"ตอนรักษาตัวที่รพ.สงขลา น้องสาวเป็นคนเฝ้าพ่อ พออยู่บ้านพี่สาวที่อยู่กทม. สลับกันมาดูแล" และน้าทุม (นามสมมุติ) กล่าวว่า *"ลูกอยู่ที่ต่างจังหวัด ไม่มีใครพาไปรพ. ป้าขอช่วย พยาบาล รพ.สต.เอายามาให้ที่บ้าน"*

5. ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสอง จำนวน 10 คน โดยใช้คำถามปลายเปิด "ท่านมีความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน คือ นักกายภาพบำบัด พยาบาล PCU / รพ.สต. มากน้อยเพียงใด"พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 10 คน

มีความพึงพอใจมากที่สุด ที่มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รับฟังการระบายความทุกข์ใจ ให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังน้าพงศ์ (นามสมมุติ) กล่าวว่า

"ประทับใจ พยาบาลที่คอยห่วงใยถามอาการตลอดและมาเยี่ยมถึงบ้าน" และน้าวัน (นามสมมุติ) กล่าวว่า *"ประทับใจนักกายภาพบำบัดที่ดูแลอย่างต่อเนื่องแนะนำดีมากโทร.หาบ่อย"*

อภิปรายผล

การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และการบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ พบว่า ปัญหาเกิดจากผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา (Phrai-in et al., 2022) ปัญหาผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ สอดคล้องกับ ผู้ดูแลหลัก มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ (Hirungerd, Saenloa, & Thongsawan, 2021) เช่นเดียวกับ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลและอสม.ขาดการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Theppabutr, 2020) ปัญหาการส่งต่อข้อมูลล่าช้า สอดคล้องกับการส่งต่อเอกสารจากโรงพยาบาลที่จำหน่ายผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชนล่าช้า ซึ่งเอกสารมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่ต้องดูแลและฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน ทำให้ทีมสุขภาพในชุมชนให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยล่าช้าตามไปด้วย (Pitthayapong, 2019) และข้อจำกัดของโรงพยาบาลและรพ.สต. ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและภาระงานมาก งบประมาณไม่เพียงพอ อสม. ขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ระยะทางห่างไกล ไม่มีรถประจำทาง และความร่วมมือของชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่นยังมีน้อย มีแนวทางการดูแลและฟื้นฟูสภาพไม่ชัดเจน สอดคล้องกับข้อจำกัดของศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน เช่น การขาดแคลนบุคลากร และภาระงานที่มากซึ่งครอบคลุมงานหลายด้าน การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์กายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและเพียงพอ อสม.ขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาการคมนาคมระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วยทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบากและหน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้านที่มีรูปแบบที่ชัดเจน (Theppabutr, 2020)

ความต้องการด้านผู้ป่วย คือ ต้องการฟื้นฟูสภาพให้เร็วที่สุด และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้และทักษะในการดูแล แต่ละวิชาชีพต้องการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น การสอนการกลืน

การฝึกพูด การทำกายภาพบำบัด และทักษะการเยี่ยมบ้าน ฯลฯ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ทักษะการดูแลตนเอง ต้องการทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษา พยาบาลจึงเป็นผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยรายใหม่ใน 6 เดือนแรก โดยวางแผนจำหน่าย การเยี่ยมบ้าน จัดให้เข้าถึงบริการจากสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม (Ruttawangsa, 2018)

การจัดบริการดูแลผู้ป่วย ให้มีการประเมินและวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่าย มีการส่งต่อข้อมูล มีการติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การให้ญาติสามารถมารับยาแทน พบแพทย์ตามนัดและทำกายภาพบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการยืมอุปกรณ์ การให้บริการรถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ได้รับความรู้ วิธีการดูแลผู้ป่วยและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เป็นการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (Pitthayapong, 2019)

ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพไปใช้ พบว่า การนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ความถูกต้อง และการจัดบริการ มาใช้ในการออกแบบขั้นตอนการให้บริการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการส่งต่อ และขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่ต่างจากเดิม คือ มีการรับผู้ป่วยเชิงรุกร่วมกับเชิงรับทำให้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น มีการกำหนดการเยี่ยมแต่ละรายอย่างชัดเจน เยี่ยมบ้านได้อย่างต่อเนื่อง ติดตามผลการเยี่ยมได้ มีการเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การดูแลรักษาต่อเนื่องทำให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการฟื้นฟูสภาพ และฟื้นฟูได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวทางการรับผู้ป่วย วิธีการเยี่ยมบ้านทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น. (Wongcharoen, Ratchatathanarat, & Somngam, 2020) เช่นเดียวกับ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล (Hirungerd et al., 2021) ผลการใช้รูปแบบทีมเยี่ยมบ้าน มีความพึงพอใจมาก มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากต่อการนำไปใช้ นำลงสู่การปฏิบัติได้จริง จะเห็นได้ว่า การเยี่ยมบ้านตามรูปแบบ ฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับหลักการพัฒนามีคุณภาพการบริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ ความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 (Suwannaboon, 2018) ดังนั้นการนำไปใช้ ควรจัดให้มีคู่มือจัดการอบรมชี้แจงแก่ทีมสหวิชาชีพ และติดตามประเมิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ทันทีที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

ผลของการประเมินการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจได้เร็วขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ มีภาวะซึมเศร้าน้อย การเยี่ยมบ้าน การกินยาสม่ำเสมอ การพบแพทย์ตามนัด การควบคุมอาหาร การทำกายภาพบำบัด และพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ปัญหาอุปสรรค ผู้ดูแลที่มีความรู้ทักษะไม่เพียงพอ และไม่มีรถรับส่งไปโรงพยาบาล ได้รับการช่วยเหลือจาก รพ.สต. และคนในชุมชน ทำให้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฟื้นฟูเร็วในช่วงเวลา 3 เดือนแรก จะส่งผลให้มีโอกาสฟื้นตัวสูง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการได้มากที่สุด (Wongcharoen et al., 2020) เช่นเดียวกับ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพสูงกว่าก่อนการใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Hirungerd et al., 2021)

สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เจ้าหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลการเยี่ยมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน มีความพึงพอใจและควรได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการ ความรู้และวิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพที่พัฒนาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทุกรายและครอบคลุมทุกหน่วยบริการ

2. ควรนำไปใช้เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานหน่วยงานต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ควรนำไปใช้เพื่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมตั้งแต่รับเข้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพื่อเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในตัวแปรอื่น และกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

3. ควรมีการวิจัยรายกรณี เพื่อปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อน

รายการอ้างอิง (References)

Bernhardt, J., Hayward, K.S., Kwakkel, G., Ward, N.S., Wolf, S.L., Borschmann, K., … Cramer, S. (2017). Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The stroke recovery and rehabilitation roundtable taskforce. *International Journal of Stroke*, 12(5), 444 - 450.

Hirungerd, S., Saenloa, P., & Thongsawan, K. (2021). Development of a care system for stroke patients with community participation in Bansog Subdistrict. *Thai Journal of Nursing*. 70(4), 34 - 43.

Krasaesin Hospital. (2022). *Summary report of patients with coronary artery disease during the fiscal year*. 2020-2022. (in Thai).

Kultipat, A., Tohthong, W., & Sukmueang, J. (2018). The Development of Comprehensive Care Stoke Patients in Phetchabun Hospital Network. *Regional Medical Journal 11.* 31(4), 619 - 623.

Nilnate, N. (2019). Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 20(2), 5 - 57.

Panjinda, W., Chucherd, P. (2019). Achieving a Holistic Approach in Stroke Rehabilitation. *Apheit journal*. 5(2), 70 - 78.

Phrai-in, P., Perkdetch, B., & Leelawattanagul, P. (2022). Development of a Care Model for Stroke Patients during Rehabilitation. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 37(4), 73 - 94.

Pitthayapong, S. (2019). Situations Problems and Barriers of Post-Stroke Care in the Transitional Period from Hospital to Home. *Journal Thai Red Cross Nursing*, 11(2), 26 - 39.

Ruttawangsa, A. (2018). The Development of Care Management Guideline on Home health Care for New Stroke Patients Kosumpisai Hospital Mahasarakham. *The journal of Boromarajonani College of Nursing. Nakhonratchasima*. 24(1), 22 - 39.

Songkhla Public health, (2022) *Summary report of patients with coronary artery disease during the fiscal year*. 2020-2022. (in Thai).

Sulter, G., Steen, C., & Keyser, J.D. (1999). Use of the Barthel index and modified rankin scale in acute stroke trials.Stroke. *AHA journal*. 30(8), 1538 - 41.

Sulter, G., Steen, C., & Keyser, J.D. (1999). Use of the Barthel index and modified rankin scale in acute stroke trials.Stroke. *AHA journal*. 30(8), 1538 - 41.

Suwannaboon, K. (2018). Development of Care system for Stroke patients from Hospital to community Chumphon Province. *Academic Journal of the Department of Health Service Support*. 103(3), 1 - 5.

Taotiam, S. (2021). Circumstances of stroke. *Journal of Neuroscience of Thailand*. 39(2), 39 - 46.

Theppabutr, S. (2020). Development of A Model of Care for Stroke Patients at Home. *Sawanpracharak Medical Journal*. 17(3), 112 - 124.

Wongcharoen, N., Ratchatathanarat, T., & Somngam, P. (2020). Development of Continuity of Care Model for stroke patients. *Academic Journal of Community Public Health*. 6(4), 61 - 71.

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Model for Promoting Health Literacy for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia in Yang Sisurat District, Mahasarakham Province

พิศสมัย ไลออน[1] , กำทร ดานา[2*] , อนุชา ไทยวงษ์[2], กาญจนา จันทะนุย[1]

Pissamai Lion[1], Kamthorn Dana[2*], Anucha Taiwong[2], Kanjana Jantanui[1]

(Received: October 27, 2023; Revised: December 10, 2023; Accepted: December 22, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และ 2) พัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 29 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ 10 ราย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำสู่การปฏิบัติ และระยะศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์ และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย 1) มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 2) มีแนวปฏิบัติและคู่มือการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 3) มีการจัดบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 4) มีส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว และ

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช

[1] Yangsisurat Hospital

[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[*] Corresponding Author: kamthorn@smnc.ac.th

5) มีติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังดำเนินการพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (mean = 4.05) มีระดับความเข้มข้นของเลือดของสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นและเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย และในระยะหลังคลอดไม่พบภาวะตกเลือดและภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์, ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This participatory action research aimed to 1) assess the state of care constraints by women pregnant with iron deficiency anemia and 2) create and investigate the efficacy of a model for promoting health literacy for pregnant women with iron deficiency anemia in Yang Sisurat District, Mahasarakham province. Participants in this study included pregnant women with iron deficiency anemia and health care providers who provided prenatal care for pregnant women. There were three processes included the situation analysis process, the action process for developing a model for promoting health literacy, and the study of the model's efficacy. The instruments included in- depth interview guideline questionnaire, a clinic information record for pregnant women, and promoting health literacy questionnaire. Data analysis used in this study were descriptive statistics and content analysis.

The results indicated that a model for promoting health literacy for pregnant women with iron deficiency anemia included: 1) establishing the structure, function, and accountability of relevant healthcare providers; 2) providing guideline and a manual for caring for pregnant women with iron deficiency anemia; 3) providing health care through a nurse case manager; 4) encouraging collaboration between healthcare providers and family members; and 5) monitoring continuity of care at home. After applying the program, the results found that pregnant women have knowledge related health literacy at the high level (mean = 4.05). The concentrated blood level of pregnant women increased and met the target criterion. Furthermore, there was no postpartum hemorrhage and low birth weight during the postpartum period.

Keyword: Pregnant women, Iron deficiency anemia, Health literacy

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Basu, Kumar, Anupurba, Verma, & Kumar, 2018; Quezada-Pinedo, et al, 2021; Iglesias-Vázquez, Suliburska, Kocylowski, Bakinowska, & Arija, 2023) จากรายงานของทั่วโลกพบปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงถึงร้อยละ 42 ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Auerbach, Abernathy, Juul, Short, & Derman, 2021) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 75 เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สาม (Tang et al., 2019) สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ร้อยละ 6.92 (Hb 10.24, range 9.7-10.7, Hct 31.74, range 28.5-33.1) ในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สามพบความชุกของโลหิตจางสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.62 (Hb 10.58, range 9.5-10.9, Hct 32.23, range 29.0-34.0) และในระยะคลอดพบความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 4.76 (Hb 10.35, range 10.1-10.8, Hct 31.07, range 29.8-31.9) (Lertprasopsuk, & Viriyasirivet, 2023) นอกจากนี้ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 13.2 (95 % CI 9.7 - 16.5) (Jamnok, et al, 2020) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะที่มีระดับฮีโมโกบิลต่ำกว่า 11 g / dL หรือมีระดับความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่า 33 vol % สามารถจำแนกสาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) การได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดไม่เพียงพอ ได้แก่ การขาดธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) การสูญเสียเลือด ได้แก่ การเสียเลือดจากการติดเชื้อพยาธิปากขอ และการเสียเลือดในระยะตั้งครรภ์ และ 3) ความผิดปกติของการสร้างและทำลายเม็ดเลือดแดง ได้แก่ ภาวะไขกระดูกฝ่อ (Aplastic anemia) และโรคธาลัสซีเมีย (Low & Grigoriadis, 2017; Benson, Shah, Frise, & Frise, 2021) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เช่น สตรีตั้งครรภ์มีอาการแพ้ท้องในช่วงเช้า (morning sickness) มีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการถึง 2.59 เท่า (OR 2.59, 95%CI 1.11-6.04) และสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อภาวะ โลหิตจางสูงกว่ากลุ่มที่รับประทานสม่ำเสมอถึง 6.75 เท่า (OR 6.75, 95 %CI 2.44 - 18.67) (Lertprasopsuk, & Viriyasirivet, 2023)

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบโดยตรงทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจให้ทำให้เกิดภาวะแท้ง (Abortion) ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) และ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) ในรายที่มีภาวะโลหิตจางในระดับรุนแรง อาจทำให้มีความทนต่อการสูญเสียเลือดในระยะคลอดได้น้อยและมีโอกาสติดเชื้อในระยะหลังคลอดได้ง่าย และอาจพบว่าทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย (Sarah et al, 2022; Rahmati, Azami, Badfar, Parizad, & Sayehmiri, 2020; Khezri, Salarilak, & Jahanian, 2023; Hani, Tarek, Homa, & Ahmadzia. 2023) อย่างไรก็ตามหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางโดยเฉพาะจากการขาดธาตุเหล็ก ตั้งแต่เริ่มแรก ทราบสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจาง จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดการและแก้ไขภาวะดังกล่าวนี้ได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Teichman, Nisenbaum, Lausman, & Sholzberg, 2021)

แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เปิดให้บริการรับฝากครรภ์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งครรภ์สำหรับผู้รับบริการในเขตพื้นที่อำเภอยางสีสุราชและพื้นที่ใกล้เคียง ภายใต้ระบบบริการตามมาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุข จากการทบทวนและวิเคราะห์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ 2560 - 2564 พบประเด็นปัญหา แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านสตรีตั้งครรภ์และทารก พบภาวะโลหิตจางในระหว่างการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 19.56, 18.57, 14.63, 13.08 และ 17.24 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ของพื้นที่อำเภอยางสีสุราชพบว่า ยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 12 ที่กำหนดให้อัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธ์ไม่ควรเกินร้อยละ 10 อาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์มีอาการไม่สุขสบายในระหว่างการตั้งครรภ์ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน และเวียนศีรษะ อาจส่งผลให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ รวมถึงการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่ต่อเนื่อง จากสถิติการคลอดทารก พบภาวะทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight) จำนวน 6, 3, 1, 3 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.95, 5.36, 2.56, 5.17 และ 8.45 ตามลำดับ และในจำนวนมารดาหลังคลอดนี้ พบมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 1, 0, 2, 1 และ 2 คิดเป็น ร้อยละ 1.49, 0, 5.13, 1.73 และ 2.82 ตามลำดับ และ 2) ด้านการบริการ พบว่า แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีการสอนสุขศึกษาประกอบการใช้สื่อเป็นรายกลุ่ม นอกจากนี้ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย มีความรุนแรงและความซับซ้อนที่แตกต่างกัน อาจจำเป็นต้องได้รับการจัดการและดูแลแตกต่างกัน แม้ว่าอัตราการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดยังไม่สูงเกิน

เกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 7) อย่างไรก็ตามควรมีแนวทางในการจัดการและแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดงที่เหมาะสมและได้รับยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่องช่วยป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ได้ (Waeberaheng, Chatchawet, & Kritcharoen, 2019) รวมถึงการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ (Health literacy) ยังเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รู้ เข้าถึง เข้าใจ มีแรงจูงใจและความสามารถในการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Solhi, Abbasi, Azar, & Hosseini, 2019) ผ่านกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ 1) การสื่อสาร ทั้งการสื่อสารทางวาจาและการสื่อสารด้วยการเขียน 2) การใช้สื่อช่วยสอน โดยการใช้รูปภาพ โมเดล วีดีทัศน์ การ์ตูน สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ 3) การส่งเสริมพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และ 4) การมีระบบสนับสนุนและดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งในชีวิตประจำวัน การกำกับการรับประทานยาโดยตรงจะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้นและช่วยลดปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ (Palivela, Shehnaz, & Chaturvedula, 2021; Pinsuwan, Chatchawet, & Chunuan, 2022)

จากองค์ความรู้ที่ปรากฏ (Existing knowledge) ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนั้นผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการประจำแผนกฝากครรภ์และเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) และการสนับสนุนของครอบครัว (Family support) เป็นตัวขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน รวมถึงสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและยั่งยืน ทั้งนี้เพื่อมุ่งให้สามารถค้นพบสตรีที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเข้าสู่กระบวนการดูแลได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการลดอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์และลดอัตราการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) และการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นกรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self - Management Skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) การจัดการรายกรณี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การทำงานร่วมกัน ของทีมสหสาขาวิชาชีพ (collaborative practice) ด้วยการประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ 2) แผนการจัดการดูแลผู้รับบริการ (multidisciplinary action plan) เป็นแผนการดูแลที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของผู้จัดการรายกรณี ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวสตรีตั้งครรภ์ และ 3) ผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ประสานทีมการดูแล การติดตาม กำกับและการประเมินผล และการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การมอบความรักความเอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ การยอมรับ และการสนับสนุนเกี่ยวการได้รับข้อมูลข่าวสารที่สำคัญจากบุคลากร เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Cobb, 1976) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในระหว่างการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะเกิดกระบวนการคิด พิจารณา และตัดสินใจเกี่ยวกับการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการดูแลตนเองและมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งอาจส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีระดับความเข้มข้นของเลือดตามเกณฑ์ รวมถึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดและระยะหลังคลอด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 29 ราย และ

ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ 10 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงโดยจำแนกตามระยะการวิจัย ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน ตุลาคม 2563 – กันยายน 2565 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ประวัติการตกเลือดหลังคลอด จากข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลยางสีสุราช และศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้รับบริการที่มีปัญหาและภาวะเสี่ยง จำนวน 8 ฉบับ

2. ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานการวิจัย และบทความที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการส่งเสริมและการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกับวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องนำมาจัดทำร่างแนวทางการดูแลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์

3. สัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์ สามีหรือครอบครัว จำนวน 9 คน ในประเด็นเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ ความรู้สึกต่อบริการ การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การดูแลตนเองที่บ้าน ปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการและการดูแลตนเองที่บ้าน

4. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เกี่ยวกับกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางการขาดธาตุเหล็ก ความคิดเห็นต่อการให้บริการในปัจจุบัน ปัญหา / อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งในสถานบริการและชุมชน

เครื่องมือในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ แนวคำถามหลักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์และการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และมีการขออนุญาตบันทึกเสียง ผู้วิจัยถอดเทป และบันทึกแบบคำต่อคำ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและนำสู่การปฏิบัติ

การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้พัฒนาและใช้แนวทางฯ ดำเนินการสนทนา ดังนี้

1. นำประเด็นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มาอภิปรายร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และเกิดความเห็นร่วมกันว่า ควรมีการปรับแนวทางการดูแล

2. กำหนดรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งมีจุดเน้นที่ต้องพัฒนาโดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำเสนอรูปแบบต่อทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ ปรับปรุงแก้ไขจนเป็นที่ยอมรับ

3. ก่อนนำแนวทางไปทดลองปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมฯได้มีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้แนวคิดเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการรายกรณี การสนับสนุนของครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการทบทวนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นแก่พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ผู้วิจัย ประเมินผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์ และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติม ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ระดับความเข้มข้นของเลือดแดง น้ำหนักของทารกแรกคลอด และการตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์ผ่านการตรวจสอบ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence, IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์เชิงวิชาชีพ โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทยเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2015) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self -Management Skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) โดยมีลักษณะคำตอบ

ของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1) จนถึง มากที่สุด (5) โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 30 - 150 คะแนน การแปลผล คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 105 คะแนน) หมายถึงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ทั้งนี้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 0.79 ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่โรงพยาบาลที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลยางสีสุราช จำนวน 10 ราย และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 04 / 2563 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลเสียต่อการรักษา จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะยินยอมเข้าร่วมโครการวิจัยหรือไม่ หากเข้ายินดีเข้าร่วมจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารความยินยอม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกปกปิด จะมีการเข้ารหัสเป็นตัวเลขแทนที่จะเป็นชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ล็อคไว้ ณ ห้องทำงานของผู้วิจัย เอกสารจะถูกทำลายหลังจากเผยแพร่บทความวิจัยเป็นเวลาสามปี และการรายงานผลการวิจัยจะรายงานผลเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ยังมีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่เป็นรูปธรรมชัดเจนที่ชัดเจน มีการสอนและให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม

ขาดการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ สมาชิกในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการดูแลค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอาจไม่ชัดเจน รวมถึงมีระบบการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการติดตามเยี่ยมยังไม่ชัดเจน อาจทำให้กระบวนการดูแลขาดความต่อเนื่อง

1.2 ด้านผู้รับบริการ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กรวมถึงสามีหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีตั้งครรภ์ (5 ราย) และสามี (5 ราย) พบว่า ยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและผลกระทบของภาวะโลหิตจาง บางรายมีปัญหาขาดนัดและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีอาการไม่สุขสบายจากการแพ้ท้องและมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และยังมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่เพียงพอ

2. การพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

2.1 การพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1.1 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักโภชนาการและเภสัชกร

2.1.2 แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่ใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและจัดทำคู่มือที่ใช้ในการดำเนินการตามแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Clinical Practice guideline) 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Clinical Nursing Practice guideline) 3) คู่มือการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 4) แผนการสอนเรื่องในคลินิกเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและการดูแลตนเอง

2.1.3 การจัดระบบบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำคลินิกฝากครรภ์ (Nurse Case Manager) ทำหน้าที่คัดกรองสตรีตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการดูแล โดยประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยง ประเมินสภาวะของสตรีตั้งครรภ์ วางแผนการดูแลและประสานทีมในการดูแลร่วมกันตามสภาพปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ มีกระบวนการประเมินความรู้ ทักษะ

การปฏิบัติตัว และการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ ดำเนินการประสานงานส่งต่อข้อมูล เพื่อการดูแลต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ สตรีตั้งครรภ์และญาติ ติดตามเยี่ยมบ้านสตรีตั้งครรภ์ทางโทรศัพท์ (visit by phone) ทุก 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแล

2.1.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว โดยการคัดเลือกและจัดให้เข้าร่วมเรียนรู้พร้อมกับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและโรคที่เป็นปัญหา และการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และร่วมกำหนดบทบาทครอบครัวในการดูแลและสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจเมื่อสตรีตั้งครรภ์เผชิญกับความเครียดหรือปัญหา 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากรด้วยการจัดหาอาหารที่เป็นประโยชน์ การกระตุ้นการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การแบ่งเบาภาระในการทำงานต่าง ๆ การพามาตรวจตามนัด 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารด้วยการศึกษาคู่มือและแอปพลิเคชัน “กินอย่างไรไม่ขาดธาตุเหล็กสำหรับแม่ตั้งครรภ์” การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ช่วยอ่านเนื้อหาในการปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำ สะท้อนข้อมูลเพื่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่สตรีตั้งครรภ์กำลังเผชิญอยู่ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่าด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้ประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมและปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ชื่นชมสตรีตั้งครรภ์เมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม คอยเตือนเมื่อไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล

2.1.5 การดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ทุก 1 สัปดาห์ และมอบหมายพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ติดตามเยี่ยมที่บ้านในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีปัญหาในการดูแลตนเองหรือขาดนัด โดยมีการประสานข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2.2 การศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

2.2.1 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ และ ทักษะการจัดการตนเอง ในขณะที่ด้านทักษะรู้เท่าทันสื่อสตรีตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (n = 29)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	แปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.21	70.15	สูง
2. ความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	4.53	75.62	สูง
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	3.88	85.42	สูง
4. ทักษะการตัดสินใจ	4.15	75.37	สูง
5. ทักษะการจัดการตนเอง	4.66	90.54	สูง
6. ทักษะรู้เท่าทันสื่อ	2.86	56.34	ต่ำ
รวม	4.05	75.57	สูง

2.2.2 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมาฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่อายุครรภ์ระหว่าง 12 - 20 สัปดาห์ ร้อยละ 60 จำนวนครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 50 และหลังดำเนินการตามแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแล้ว ระดับความเข้มข้นของเลือดที่ระดับ 33 vol% ขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิมครั้งแรกไม่มี ครั้งที่ 2 เพิ่มเป็นร้อยละ 65 และตรวจครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์เพิ่มเป็นร้อยละ 80 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับอายุครรภ์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครรภ์และระดับความเข้มข้นของเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (n = 20)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ข้อมูลการฝากครรภ์ครั้งแรก		
- อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	5	25.00
- อายุครรภ์ 12 - 20 สัปดาห์	12	60.00
- อายุครรภ์ 21 - 28 สัปดาห์	3	15.00
2. จำนวนครรภ์		
- ครรภ์ที่ 1	7	35.00
- ครรภ์ที่ 2	10	50.00
- ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	3	15.00
3. ข้อมูลระดับความเข้มข้นของเลือด		

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ครั้งที่ 1		
- Hct $\leq$ 22 vol %	2	10.00
- Hct 23 - 28 vol %	9	45.00
- Hct 29 - 32 vol %	9	45.00
- Hct 33 vol % ขึ้นไป	0	0
ครั้งที่ 2 (ตรวจซ้ำหลังดูแล 4 สัปดาห์)		
- Hct $\leq$ 22 vol %	0	0
- Hct 23 - 28 vol %	2	10.00
- Hct 29 - 32 vol %	5	25.00
- Hct 33 vol % ขึ้นไป	13	65.00
ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 32 สัปดาห์)		
- Hct $\leq$ 22 vol %	0	0
- Hct 23 - 28 vol %	0	0
- Hct 29 - 32 vol %	4	20.00
- Hct 33 vol % ขึ้นไป	16	80.00

2.2.3 ข้อมูลการติดตามหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ทั้ง 20 ราย ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกที่คลอดไม่มีภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และมีสตรีตั้งครรภ์ 1 รายที่คลอดก่อนกำหนด แต่ทั้งมารดาหลังคลอดและทารกไม่มีความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เกิดขึ้นจากการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และร่วมลงมือปฏิบัติทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพ ภายใต้การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ทั้งด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ เริ่มตั้งแต่การมองเห็นปัญหาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) และการสนทนากลุ่ม (focus group) แล้วมีการนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาเป็นข้อมูลเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและกำหนดเป้าหมายที่ต้องการพัฒนา เกิดเป็นแนวทางการส่งเสริม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก (5Cs) คือ 1) มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Construction) 2) แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพร้อมคู่มือการใช้สำหรับใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Care clinical Practice guideline) ได้แก่ 2.1) แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Clinical Practice guideline) 2.2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Clinical Nursing Practice guideline) 2.3) คู่มือการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 2.4) แผนการสอนในคลินิกเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและการดูแลตนเอง 3) การจัดระบบบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว (Collaboration) และ5) การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) หลังการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูง สตรีตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของเลือดที่ระดับมาก 33 vol % ขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 65.00 และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์เพิ่มเป็นร้อยละ 80.00 รวมถึงไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกที่คลอดไม่มีภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และมีสตรีตั้งครรภ์ 1 ราย ที่คลอดก่อนกำหนด แต่ทั้งมารดาหลังคลอดและทารกไม่มีความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น โดยสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีส่วนร่วมกันในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กภายใต้บทบาทของวิชาชีพ ภายใต้การมีแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพร้อมคู่มือการใช้เพื่อทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันทำงานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งมีการสนับสนุนและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลักและทีมพัฒนา นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองสตรีตั้งครรภ์เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแล ประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยง ประเมินสภาวะของสตรีตั้งครรภ์ วางแผนการดูแลและประสานทีมในการดูแลร่วมกันตามสภาพปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ ดำเนินการประสานงานส่งต่อข้อมูล

เพื่อการดูแลต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการสตรีตั้งครรภ์และญาติ ติดตามเยี่ยมบ้านสตรีตั้งครรภ์ทางโทรศัพท์ (Visit by phone) ทุก 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแล

นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณียังมีบทบาทสำคัญในการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาเสริมธาตุเหล็ก ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเสริมธาตุเหล็ก เพื่อให้ความรู้และส่งเสริมการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นเฉพาะราย เนื่องจากภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย มีความรุนแรงและความซับซ้อนที่แตกต่างกัน อาจจำเป็นต้องได้รับการสอนและให้ความรู้ที่แตกต่างกัน ภายใต้การร่วมกำหนดบทบาทของสามีและสมาชิกของครอบครัวในการสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ที่บ้าน เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก จากพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้เกิดกระบวนการคิด พิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเอง รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากสามีและสมาชิกในครอบครัวผ่านการแสดงความรักและความเอาใจใส่ ให้กำลังใจเมื่อสตรีตั้งครรภ์เผชิญอาการข้างเคียงของยาเสริมธาตุเหล็ก (Emotional Support) ดูแลการจัดเตรียมอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและเหมาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ พามาตรวจตามนัด ณ คลินิกฝากครรภ์ (Instrumental Support) รวมถึงช่วยอ่านเนื้อหาในการปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำ สะท้อนข้อมูลเพื่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่สตรีตั้งครรภ์กำลังเผชิญอยู่ (Information Support) และสนับสนุนเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้ประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมและปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเสริมแรงทางบวกเมื่อสตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม (Appraisal Support) จึงส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนัก สามารถตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพกับตนเอง แสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถจัดการอาการข้างเคียงของยาเสริมธาตุเหล็กได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งอาจทำให้สามารถควบคุมระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ (Polwat, 2017) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยของความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่แสดงให้เห็นว่าสนับสนุนทางสังคมผ่านการดูแลและจัดการทางอารมณ์โดยสมาชิกในครอบครัว สามารถส่งเสริม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับประทานอาหารที่ช่วยเพิ่มภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ได้ (Sari & Ramadanti, 2021; Pinsuwan et al., 2022)

การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว ที่สามารถดูแลและให้กำลังใจ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามาร่วมดูแลและเอาใจใส่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองโดยเฉพาะการรับประทานอาหารและยาในสตรีตั้งครรภ์ (Puttisawong, Chunuan, & Kala, 2017) ภายหลังดำเนินการพบว่า ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) ของสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเมื่อได้รับการดูแลหลังจาก 1 เดือนและในไตรมาสที่สาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Waeberaheng et al., 2019) และร่วมกับข้อเท็จจริงที่ว่าสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่เข้าสู่ระบบบริการและมารับบริการดูแลก่อนคลอดที่ได้มาตรฐาน ต้องได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 200 มก. / วัน ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข และนอกจากนี้ยังมีสตรีตั้งครรภ์บางส่วนที่ระดับความเข้มข้นของเลือดไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอาจเป็นเพราะเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากสัดส่วนของพลาสมาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่าจำนวนของเม็ดเลือดแดง (Cunningham et al., 2022) ซึ่งอาจส่งผลต่อความเข้มข้นของเลือดได้

สรุป

แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เกิดจากสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และร่วมลงมือปฏิบัติทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้การวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก (5Cs) คือ 1) มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Construction) 2) แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Care clinical Practice guideline) 3) การจัดระบบบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว (Collaboration) และ 5) การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) ซึ่งสามารถใช้ได้จริง ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามีหรือญาติพี่น้อง นับว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และลดโอกาสต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด

2. ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการดูแลเอาใจใส่ด้วยความใกล้ชิด การดูแลจัดการด้านอาหาร การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การจัดการอาการข้างเคียงของยาเสริมธาตุเหล็ก รวมการสนับสนุนทางจิตใจเพื่อการเผชิญปัญหาและความเครียดต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีตั้งครรภ์

ด้านการวิจัย

ควรนำแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไปประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคร่วมในขณะตั้งครรภ์

รายการอ้างอิง (Reference)

Auerbach, M., Abernathy, J., Juul, S., Short, V., & Derman, R. (2021). Prevalence of iron deficiency in First trimester, nonanemic pregnant women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6), 1002 - 1005.

Basu, S., Kumar, D., Anupurba, S., Verma, A., & Kumar, A. (2018). Effect of maternal iron deficiency anemia on fetal neural development. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 38(3), 233 - 239.

Benson, C.S., Shah, A., Frise, M.C., & Frise, C.J. (2021). Iron deficiency anaemia in pregnancy: a contemporary review. *Obstetric Medicine*, 14(2), 67 - 76.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 890 - 994.

Cunningham, F.G., Leneovo, J.K., Bloom, L.S., Dashe, S.J., HoffmanL, B., Casey, L.B., & Spong, Y.C. (2022). *William obstetrics.* 26th ed. New York: McGraw-Hill.

Hani, F., Tarek, A., Homa, K. , & Ahmadzia. (2023) . Recognizing who is at risk for postpartumhemorrhage: targeting anemic women and scoring systems for clinical use. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(2S), 100745. DOI: 10.1016/j.ajogmf. 2022.100745

Iglesias-Vázquez, L., Suliburska, J., Kocylowski, R., Bakinowska, E., & Arija, V. (2023). Nutrient Intake among Pregnant Women in Spain and Poland: A Comparative Analysis. *Nutrients*, 15(14), 3225. DOI: 10.3390/nu15143225

Jamnok, J., Sanchaisuriya, K., Sanchaisuriya, P., Fucharoen, G., Fucharoen, S., & Ahmed, F. (2020). Factors associated with anaemia and iron deficiency among women of reproductive age in Northeast Thailand: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 20, 102. DOI: 10.1186/s12 889-020-8248-1

Khezri, R, Salarilak, S., & Jahanian, S. (2023). The association between maternal anemia during pregnancy and preterm birth. *Clinical Nutrition ESPEN*, 56, 13 - 17. DOI: 10.1016/j.clnesp. 2023.05.003

Lertprasopsuk, S., & Viriyasirivet, B. (2023). Prevalence and Associated Factors of Anemia in Different Periods of Pregnancy. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecol*ogy, 31(1), 56 - 63. DOI: 10.14456/tjog.2023.7

Low, M.S., & Grigoriadis, G. (2017). Iron deficiency and new insights into therapy. *The Medical Journal of Australia*, 207(2), 81 - 87. DOI: 10.5694/mja16.01304

Palivela, D., Shehnaz, S.I., & Chaturvedula, L. (2021). Effect of direct monitoring by family members and counseling by health professionals on iron-folic acid supplementation: A cross-sectional study among pregnant women in Puducherry, India. *Journal of family & community medicine*, 28(2), 85 – 93. DOI: 10.4103/jfcm.JFCM_445_20

Pinsuwan, S., Chatchawet, W., & Chunuan, S. (2022). Effectiveness of Interactive Learning via Multimedia Technology with Family Support Program among Pregnant Women with Anemia: A Quasi-Experimental Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(4), 600 - 612.

Polwat, R. (2017). Effectiveness of program for knowledge enhancing on nutritional for pregnant women with anemia. *Journal of Boromarajonnani Colledge of Nursing Surin*, 7(1), 11 - 19.

Puttisawong, W., Chunuan, S., & Kala, S. (2017). The effect of self-efficacy enhancement with husband support program on food consumption behavior among pregnant adolescents. *Princess of Naradhiwas University Journal,* 9(3), 12 - 24.

Quezada-Pinedo, H.G., Cassel, F., Duijts, L., Muckenthaler, M.U., Gassmann, M., Jaddoe, V.W., Reiss, I.K., & Vermeulen, M.J. (2021). Maternal Iron Status in Pregnancy and Child Health Outcomes after Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 13(7), 2221. DOI: 10.3390/nu13072221

Rahmati, S., Azami, M., Badfar, G., Parizad, N., & Sayehmiri, K. (2020). The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(15), 2679 - 2689. DOI: 10.1080/14767058.2018.1555811

Sarah, E.D., Michael, D., Jochum, B.S., Jennifer, R., McKinney, & Kjersti, M.A. (2022). The impact of response to iron therapy on maternal and neonatal outcomes among pregnant women with anemia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(2), 100569. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2022.100569

Solhi, M., Abbasi, K., Azar, F.E., & Hosseini, A. (2019). Effect of health literacy education on self-care in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 7*(1), 2 - 12. DOI: 10.30476/IJCBNM.2019.40841

Tang, G., Lausman, A., Abdulrehman, J., Petrucci, J., Nisenbaum, R., Hicks, L. K., & Sholzberg, M. (2019). Prevalence of iron deficiency and iron deficiency anemia during pregnancy: a single centre Canadian study. *Blood*, 134, 3389.

Teichman, J., Nisenbaum, R., Lausman, A., & Sholzberg, M. (2021). Suboptimal iron deficiency screening in pregnancy and the impact of socioeconomic status in a high-resource setting. *Blood Advances*, 5(22), 4666 - 4673.

Waeberaheng, W., Chatchawet, W., & Kritcharoen, S. (2019). Factors Influencing Eating and Taking Iron Supplement Behaviors for Anemia Prevention in Pregnant Women. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 11(3), 15 – 28.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

Development of the Leptospirosis Surveillance System in Manang District, Satun Province

อรนุช นรารักษ์ [1*], นุสรีย์ ปะดุกา[1], ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์[2]

Oranuch Nararak [1*], Nusaree Paduka[1], Thanittha Ditsuwan[2]

(Received: October 18, 2023; Revised: December 6, 2023; Accepted: December 14, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส ดำเนินการในเดือนมกราคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ในพื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีส 2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค และ 3) การประเมินประสิทธิผลระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส เครื่องมือที่ใช้เป็นแอปพลิเคชัน ได้แก่ Google form และ Google sheet ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แอปพลิเคชัน ที่ง่ายต่อการรายงานและเข้าถึงข้อมูล ซึ่งสามารถแชร์และเข้าถึงได้บนเว็บไซต์ การแสดงผลแบบ real time ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ นำไปประกอบการวางแผนดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขตลอดจนผู้เกี่ยวข้องพึงพอใจและเห็นประโยชน์ของระบบที่พัฒนาขึ้นในระดับสูง ผลการประเมินระบบเฝ้าระวัง พบว่า มีผู้ป่วยที่ถูกรายงานด้วยโรคเลบโตสไปโรซีส จำนวน 31 ราย พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตามนิยาม เฝ้าระวังโรค จำนวน 28 ราย และพบว่ามีผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามและรายงาน 506 จำนวน 27 ราย คำนวณค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง ได้ร้อยละ 96.42 และค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 90.32 ความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ดี ความทันเวลาร้อยละ 77.77 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานที่

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

[1]Satun Provincial Public Health

[2]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

[2]Office of Disease Prevention and Control Region 12, Songkhla

Corresponding Author: nararak1357@gmail.com

เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ควรนำระบบเฝ้าระวังนี้ ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคเลบโตสไปโรซีส ในพื้นที่อำเภออื่นต่อไป

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, โรคเลบโตสไปโรซีส, กูเกิ้ลแอปพลิเคชัน

Abstract

The purpose of this study was to create a surveillance system for leptospirosis. The process was conducted from January to July of 2023 in Manang district, Satun Province. Three steps were involved in this action research: 1) Research the state of situation and barriers to leptospirosis surveillance, prevention, and control; 2) Create a surveillance system; and 3) Assess the system's efficacy. The instrument utilized in this study was an application included Google form and Google sheet. Data analysis used in this study were number, and percentage.

According to the findings, the developed application had an easily legible report, easily accessible information that could be shared and accessed on a website, and a real time report. The developed application facilitated quick access to plan for disease surveillance, control, and prevention. Health care providers, volunteers, and stakeholders all acknowledged high levels of satisfaction and benefit from the developed system. According to the surveillance system's results, 31 patients had leptospirosis. Twenty-eight patients met the criteria of the surveillance system, whereas twenty-seven patients met the definition and report of the 506 protocols.

The sensitivity of surveillance system was 96.42 and positive predictive value was 90.32. The completeness and accuracy of data were in the good level. Timeliness was 77.77%. The plan for disease prevention can be enhanced using this surveillance system by sharing data with relevant organizations. As a result, this surveillance system ought to be expanded to include additional districts for the purpose of surveillance and preventing leptospirosis.

Keywords: Surveillance system, Leptospirosis, Google application

บทนำ

โรคเลบโตสไปโรซีสในประเทศไทยเรียก “โรคฉี่หนู” เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คน (Zoonosis) และสัตว์ที่เป็นตัวกลางในการแพร่โรคนี้ของประเทศไทยส่วนใหญ่ มักพบใน หนู สุนัข วัว ควาย หมู เชื้อก่อโรคมักพบในสิ่งแวดล้อมที่เป็นดินโคลนหรือแอ่งน้ำ ระยะฟักตัวของโรคประมาณ 10

วัน หรืออยู่ในช่วง 4 - 19 วัน จากรายงานที่ผ่านมาพบว่า การเกิดโรคเลบโตสไปโรซีสทั่วโลกทำให้เกิดผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 1.03 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 5.8 หมื่นรายต่อปี เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด ประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ 2555 ถึง พ.ศ.2561 รายงานผู้ป่วยโรคเลบโตสไปโรซีสต่อปีอยู่ที่ 4.25 รายต่อแสนประชากร (Chadsuthi, Chalvet-Monfray, Geawduanglek, Wongnak, & Cappelle, 2022) อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์การเกิดโรคอาจจะต่ำเกินไปสำหรับการติดเชื้อที่แท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเลบโตสไปโรซีส ส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการหรืออาการไม่รุนแรง ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคจะมีอาการปวดศีรษะ และปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งมีคล้ายกับการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ชิคุนกุนยา ไข้หวัดใหญ่ และมาลาเรีย ส่งผลให้การวินิจฉัยจากอาการแสดงเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากการป่วยในระยะแรกการตรวจเลือดผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการอาจจะยังไม่พบแอนติบอดีในสิ่งส่งตรวจ (Sykes, Reagan, Nally, Galloway, & Haake, 2022) ขณะที่การศึกษาโรคเลบโตสไปโรซีส ในหลายประเทศได้อธิบายให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีรายงานวิจัยที่บ่งชี้ว่าโรคเลบโตสไปโรซีสในมนุษย์มีความซุกและความหลากหลายของโรคค่อนข้างสูง (Dung et al., 2022) มนุษย์สามารถติดเชื้อได้จากการสัมผัสกับปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อหรือปัสสาวะที่ปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้เชื้อโรคยังสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทางแผลบนผิวหนัง หรือผ่านอวัยวะ เช่น ปาก ตา และจมูก การป้องกันและควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีสที่ดีที่สุด คือ การป้องกันการสัมผัสเชื้อ ควรมีการให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยง การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลบโตสไปโรซีสที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการติดตามและควบคุมโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องส่งเสริมกิจกรรมที่นำไปสู่การรับรู้ที่ถูกต้อง ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถนำไปสู่การติดเชื้อ การใช้ชีวิตที่ลดความเสี่ยงการเกิดโรค (Jittimanee & Wongbutdee, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่มีอาชีพที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อหรือสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่อาจจะมีเชื้อก่อโรคเลบโตสไปโรซีส (Azfar et al., 2018) รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถสนับสนุนการเฝ้าระวังและการตัดสินใจ (Calero & Monti, 2022)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโดยใช้หลักในการทำงาน ได้แก่ รู้เร็ว รายงานเร็วและควบคุมเร็วจะส่งผลให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพสามารถตรวจจับเหตุการณ์การป่วยหรือตาย ส่งผลให้สามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ทันเวลา ช่วยลดอัตราป่วยและอัตราป่วยตายได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังแบบเชิงรุกโดยการค้นหากลุ่มเสี่ยงต้องอาศัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานและข้อมูลจากการสอบสวนโรคพบว่าส่วนใหญ่ยังดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีสไม่

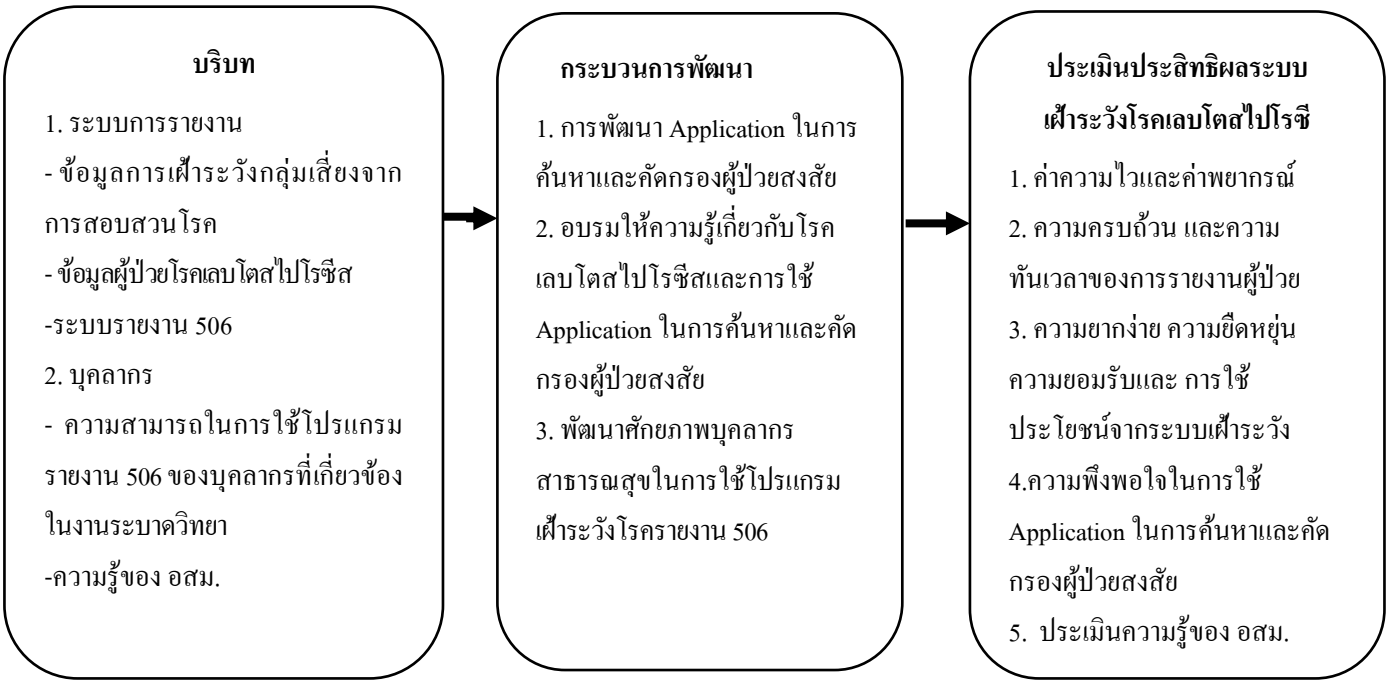
ถูกต้องตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม ไม่มีการค้นหาแหล่งรังโรคในสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถตรวจจับหรือประเมินได้ว่ายังมีประชาชนในพื้นที่ไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งเป็นข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนเพื่อกำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้อง จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการระดมความคิดเห็น โดยมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน จาก Google Drive ในการเฝ้าระวังโรค เนื่องจาก Google Drive มีการบริการ Google sheet และ Google form ทำให้สามารถสร้างเอกสารหรือข้อมูลต่างๆผ่าน Google Drive จากประโยชน์และคุณสมบัติ Google Drive จึงเป็นทางเลือกในการนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีสให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้สามารถตรวจจับกลุ่มเสี่ยงและสามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีสในประชากรกลุ่มเสี่ยงและอาศัยในพื้นที่เสี่ยง โดยการพัฒนาระบบข้อมูล ส่งเสริมความรู้ให้ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีสอำเภอมะนัง จังหวัดสตูล
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดำเนินงานทางระบาดวิทยา (Concept of Epidemiological Activities) โดยสาระสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public health surveillance) 2) การสอบสวนทางระบาดวิทยา (Field Investigation) และแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีส (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2005) นำแนวคิดดังกล่าวมาสังเคราะห์ และพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส ในขั้นตอนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส ได้นำแนวคิดของ Kemmis and Mctaggart (1988) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซิส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในพื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน มกราคม 2566 – กรกฎาคม 2566 แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary research) แหล่งข้อมูลคือแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเลบโตสไปโรซีสในประเทศไทย และแบบรายงานสอบสวนโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) ในลักษณะวงรอบ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ขั้นการวางแผน (Planning) คณะผู้วิจัยได้ประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นสภาพปัญหา รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีสที่ผ่านมา ทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนนี้ ได้แก่ 1) การประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย กระบวนการตลอดจนระยะเวลาในการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน

และตรงกันระหว่างผู้วิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) การประชุมกลุ่ม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ในพื้นที่ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และบริบทการทำงานเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ 3) การวิเคราะห์สภาพ ปัญหาร่วมกันเพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 65 คน, นักวิชาการสาธารณสุข 12 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน

เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะนี้คือ แบบบันทึกการประชุมและสนทนากลุ่มย่อย ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ระยะนี้ดำเนินการในเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

ขั้นตอนที่ 1 โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 กำหนดแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังโรคที่เหมาะสม ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาการระบาดของโรคเลบโตสไปโรซีสและปัญหาหรือข้อจำกัดในระบบเฝ้าระวังในรูปแบบเดิม รวมทั้งการดำเนินมาตรการควบคุมโรค หลังจากนั้นจะมีการประชุมระดมความคิดเห็นและร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการเข้าข่ายโรคเลบโตสไปโรซีส โดยใช้แอปพลิเคชัน ของ Google drive ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีอาการเข้าข่ายโรคเลบโตสไปโรซีส และสร้าง Google form, Google sheet แล้วทำการแชร์ไฟล์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ทำลิงก์ไว้ บนเว็บไซต์ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล โดยใช้ชื่อ Lepto surveillance คณะผู้วิจัยใช้ผลิตภัณฑ์หรือแอปพลิเคชัน ของ Google drive มีอยู่ 3 อย่าง ได้แก่ Google form หรือ form online ใช้สำหรับการบันทึกข้อมูลหรือสร้างเป็นแบบสอบถามซึ่งคณะผู้วิจัย สร้างฟอร์มโดยให้มีรายละเอียดหรือข้อมูลที่ต้องการและเป็นไปตามมาตรฐานของสำนักระบาดวิทยา โดยให้ อสม.ค้นหากลุ่มเสี่ยงและประเมินอาการของกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้ใช้นิยามในการเฝ้าระวังโรคจากกองระบาดวิทยา ดังนี้ ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ร่วมกับอย่างอื่นอย่างน้อยสองอาการ ดังนี้ หนาวสั่น ปวดศีรษะรุนแรง ปวดกล้ามเนื้อรุนแรง เยื่อบุ ตาแดง / ตาแดงผิดปกติของระบบประสาท เช่น คอแข็ง หรือความรู้สึกตัวผิดปกติ ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับมีประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคหลังจากนั้น รายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านฟอร์มออนไลน์ Google sheet สามารถประมวลผลหรือสร้างรายงาน (report) ให้เป็นระบบ real time เช่น สถานการณ์การเกิดโรครายบุคคล เวลา และ สถานที่และผลการปฏิบัติงาน และ App sheet ซึ่งเป็นแอปพลิเคชัน มีหน้าที่ในการจัดการฐานข้อมูลในระบบออนไลน์โดยพื้นที่แนบไฟล์เอกสารที่เป็น

รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น ทั้งนี้ข้อมูลที่เป็นรูปถ่าย ไฟล์ เอกสาร รายงานการสอบสวนโรค เมื่อ Upload ผ่าน App sheet จะถูกจัดเก็บอยู่ใน Google drive นอกจากนี้ยังมีการนำระบบเช็คอินซึ่งมีอยู่ใน App sheet มาปรับใช้ในระบบเฝ้าระวัง โดยการลงพิกัด GPS (Global Positioning System) ซึ่งมีความเชื่อมโยง กับ Google map ในการแสดงข้อมูลการเกิดโรค ในรูปแบบ GIS (Geographic Information System) หลังจากนั้นมีการอบรมให้ความรู้เรื่องเลบโตสไปโรซีส ให้กับ อสม. จำนวน 65 คน และอบรมการใช้แอปพลิเคชัน ให้กับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอมะนัง

กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย อสม. จำนวน 65 คน, นักวิชาการสาธารณสุข 12 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลการค้นหากลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นแบบรายงานออนไลน์ใน Google Application ทั้งฟอร์มออนไลน์ (Google form) และฐานข้อมูลออนไลน์ (Google sheet) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยารายงาน 506 โดยใช้หลักสูตรที่กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนดระยะเวลาในการอบรมจำนวน 2 วัน

กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและงานควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาลมะนัง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอมะนัง จำนวน 20 คน

3.ขั้นสังเกตการณ์ คณะผู้วิจัยได้พัฒนาระบบให้สามารถติดตามและประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้นได้ในระบบแบบ real time โดยติดตามการบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคด้านความครบถ้วนและถูกต้อง

4. ขั้นสะท้อนผล (reflect) โดยการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสรุปผลการดำเนินงานระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ประกอบด้วย การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส เฉพาะในโรงพยาบาลมะนัง และการประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย 1) เวชระเบียนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลมะนัง ตั้งแต่เดือนมกราคม - 31 กรกฎาคม 2566 ที่มีรหัส ICD-10 TM ดังนี้ Leptospirosis (A27, A270, A278, A279) 2) ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (รายงาน 506) ของโรงพยาบาลมะนัง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 - 31 กรกฎาคม 2566

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีถ่วงค่าน้ำหนัก นำเสนอข้อมูลค่าความถี่และร้อยละ ตามคุณลักษณะ ดังนี้

1. ค่าความไว (Sensitivity) คำนวณจาก (จำนวนผู้ป่วยโรคเลบโตสไปโรซิสที่เข้าได้ตามนิยามและมีการรายงาน / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าได้ตามนิยามในระยะเวลาที่ทำการศึกษา) x 100

2. พยากรณ์บวก (Predictive positive) คำนวณจาก (จำนวนรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสที่เข้าได้ตามนิยาม / จำนวนผู้ป่วยโรคเลบโตสไปโรซีส ทั้งหมด) x 100

3. คุณภาพของข้อมูล (Data Quality) ได้แก่ 1) ความถูกต้องของการบันทึกตัวแปรต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเลบโตสไปโรซีส เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยารายงาน 506 แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ความครบถ้วนของการบันทึกทุกตัวแปร รายงาน 506 และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย ประเภทผู้ป่วย (ผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยนอก) 2) ความทันเวลา (Timeliness) ได้จากการนับจำนวนข้อมูลที่มีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเลบโตสไปโรซีส จนถึงเวลาที่รายงานเข้าระบบรายงาน 506 ไม่เกิน 3 วัน

เกณฑ์การสรุปผลการประเมินระบบเฝ้าระวัง โดยกำหนดจากค่าความไวและค่าพยากรณ์บวกที่พบ ได้แก่ ระดับดี มากกว่าร้อยละ 70 ระดับพอใช้ ร้อยละ 50-70 ระดับที่ต้องปรับปรุง น้อยกว่าร้อยละ 50

การประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังเป็นรายบุคคล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค เกี่ยวกับความยากง่าย (Simplicity) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความยอมรับ และการนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน คำถามประเมินความพึงพอใจและประโยชน์ของระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมี 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 อันดับ นำมารวมคะแนน แล้วนำมาจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนน 1 - 1.99 คะแนน หมายถึง พึงพอใจระดับต่ำ คะแนน 2 - 2.99 คะแนน หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง คะแนน 3 - 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจระดับสูง

ประเมินความรู้ ของ อสม. ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเลบโตสไปโรซีส จำนวน 10 ข้อแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเลบโตสไปโรซีส จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมการวิจัยมากำหนดคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การแปลผลคะแนนการวัดความรู้ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ใช้การพิจารณาคะแนนแบบอ้างอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom, Hastings, and Madaus (1971) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับมาก คือ คะแนนระหว่าง ร้อยละ 80 - 100 (คะแนน 8 – 10 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง ร้อยละ 61 – 79 (คะแนน 6 – 7 คะแนน)

ความรู้ระดับน้อย คือ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน)

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเลบโตสไปโรซีส วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรง ด้านเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ *0.67* ขึ้นไป และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ ใช้วิธี ของ Kuder and Richardson (1937) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

สำหรับเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ยินดีเข้าร่วมโครงการ และปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้หรือต้องการออกจากการวิจัยด้วยเหตุผลต่าง ๆ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เลขที่ ET-ST 001 / 2566 ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการสอบถามกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ โดยขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นที่เข้าใจ รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล และกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม หรือออกจากการวิจัยในระยะใดก็ได้ หลังวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ทำลายเอกสารทั้งหมดภายใน 6 เดือน

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการระบาดของโรคเลบโตสไปโรซีสและปัญหาหรือข้อจำกัดในระบบเฝ้าระวังในรูปแบบเดิม รวมทั้งการดำเนินมาตรการควบคุมโรค พบ Pain Point ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคยังขาดความรู้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากระบบฐานข้อมูล ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังน้อย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มย่อย เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้การใช้ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (รายงาน 506) มีใช้เฉพาะในโรงพยาบาลมะนังและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง ในส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ได้ใช้ข้อมูลรายงาน 506

2. การดำเนินการเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีสในพื้นที่ ใช้ระบบการเฝ้าระวังเชิงรับ (passive surveillance) เป็นหลัก ซึ่งผู้ให้บริการในโรงพยาบาลมะนัง บันทึกข้อมูลตาม รายงาน 506 เมื่อพบผู้ป่วยเข้าข่ายโรคเลบโตสไปโรซีส ระบบการเฝ้าระวัง เชิงรับนี้ยังมีข้อจำกัดและโอกาสในการพัฒนาหลาย

ประการ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการจึงไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคเลบโตสไปโรซีสในระบบรายงาน 506 จากโรงพยาบาลมะนังไม่ทันเวลาตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. อสม. ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคเลบโตสไปโรซีส จากการสัมภาษณ์ อสม.พบว่า เมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล อสม. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะลงสอบสวนโรค กิจกรรมที่ลงไปดำเนินการ เป็นการสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมของบ้านผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการ

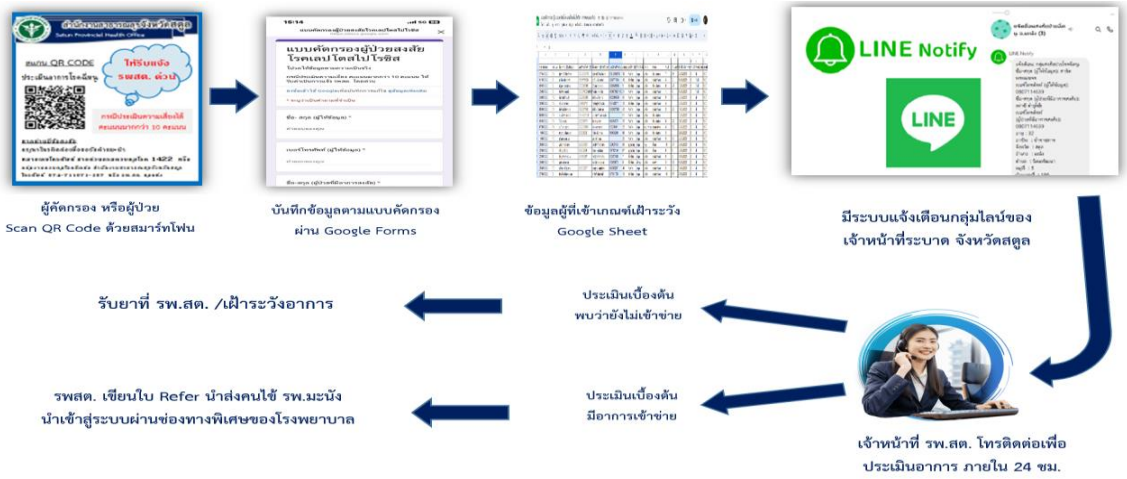
ระยะที่ 2. กระบวนการพัฒนา

การพัฒนาแอปพลิเคชัน ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง

วงรอบที่ 1 คุณลักษณะของแอปพลิเคชัน เป็นแอปพลิเคชัน ที่พัฒนาขึ้นเป็นการรายงานในระบบออนไลน์ (Google sheet) โดยมีขั้นตอนการทำงานของแอปพลิเคชัน แบบคัดกรองผู้ป่วยสงสัยโรคเลบโตสไปโรซีส ประกอบด้วย บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกข้อมูลการป่วย บันทึกข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง และการประเมินอาการ ถ้ามีคะแนนมากกว่า 10 คะแนน แสดงว่ามีอาการเข้าได้กับโรคเลบโตสไปโรซีส ขั้นตอนการใช้งานแอปพลิเคชัน ให้ทีม อสม. และเครือข่ายในพื้นที่ ออกให้คำแนะนำตามหลังคาเรือนที่อยู่ละแวกบ้านรับผิดชอบ เพื่อแจ้งให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้มีอาการสงสัยโรคเลบโตสไปโรซีส Scan QR code ด้วยสมาร์ทโฟน และบันทึกข้อมูลตามแบบคัดกรองผ่าน Google Form โดยปฏิบัติงานควบคู่กันไปกับการกิจกรรมด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น เคาะประตูบ้าน คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไข้เลือดออก และสำรวจ / ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ / กำจัดลูกน้ำยุงลายไปพร้อม ๆ กัน ฐานข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในรูปแบบ Relational Database เป็นการเก็บข้อมูลในรูปแบบของตาราง (table) เสมือนเป็นแฟ้มเก็บข้อมูล ในแต่ละตารางจะเก็บข้อมูลไว้เป็นแถว (Row) และแต่ละแถวจะประกอบไปด้วยคอลัมน์ (Colum) ซึ่งในการเชื่อมโยงกันระหว่างข้อมูลในตารางต่าง ๆ โดยใช้การอ้างอิงจากข้อมูลในคอลัมน์ที่กำหนดไว้ พัฒนาโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชัน google forms และ google sheets โดยจัดเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ทำให้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการคืนข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ของอำเภอมะนัง ล่าช้า เนื่องจากได้กำหนดผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เท่านั้น เพื่อป้องกันข้อมูลของผู้ป่วย และกำหนดเวลาในการดึงข้อมูล เวลา 16.00 น. ของทุกวัน

วงรอบที่ 2 พัฒนาระบบในเรื่องการคืนข้อมูลไปให้ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของอำเภอมะนัง โดยการสร้างระบบการแจ้งเตือน โดยการส่งข้อมูลจาก Google forms ไปแสดงบนแอปพลิเคชัน

Line โดยใช้ระบบ Line notify และกำหนดผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล เป็นผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบลทุกแห่งในอำเภอมะนัง และใช้วิธีแบคอัพข้อมูลโดยการซื้อพื้นที่ Could และสำรองข้อมูลไปเก็บไว้ และทำการแบคอัพข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลมาจัดเก็บที่ External HDD ที่เป็นระบบสำรองข้อมูล เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ขั้นตอนการรายงาน เมื่อมีระบบแจ้งเตือนเข้ากลุ่มไลน์ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาอำเภอมะนัง เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินอาการภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับการแจ้ง ในกรณีประเมินเบื้องต้นพบว่า ยังไม่เข้าข่าย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะให้คำแนะนำและนัดมาประเมินอาการซ้ำอีก 2 วัน ในกรณีประเมินเบื้องต้นพบว่ามีอาการเข้าข่าย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเขียนใบส่งตัวนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมะนัง หลังจากนั้น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จะบันทึกผลการปฏิบัติงานผ่าน Google sheet (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการใช้แอปพลิเคชัน ระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

ผลการรายงานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีสโดยใช้แอปพลิเคชัน ที่ได้พัฒนาทดลองใช้ พบว่า มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยส่งต่อโรงพยาบาลมะนัง จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.40 เป็นผู้ป่วยเข้าข่ายสอบสวนโรค จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.73 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าข่ายเฝ้าระวังและเข้าข่ายสอบสวนโรค หลังพัฒนา ระบบการใช้แอปพลิเคชัน อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล (n = 121)

ผลการเฝ้าระวัง	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเข้าข่าย	83	68..60
จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยส่งต่อโรงพยาบาลมะนัง	38	31.40
จำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (คิดร้อยละจากผู้ป่วยสงสัย)	17	44.73

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

1. ผลการประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ตามรหัส ICD - 10 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยที่ถูกรายงานด้วยโรคเลบโตสไปโรซิส จำนวน 31 ราย พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตามนิยาม เฝ้าระวังโรค จำนวน 28 ราย และพบว่ามีผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามรายงาน 506 จำนวน 27 ราย คำนวณค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง ได้ร้อยละ 96.42 และค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 90.32 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าความไว และค่าพยากรณ์บวก การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส โรงพยาบาลมะนัง ปี พ.ศ. 2566

	ตรงตามนิยาม	ไม่ตรงตามนิยาม	รวม
พบรายงาน 506	27	0	27
ไม่พบรายงาน 506	1	3	4
รวม	28	4	31

Sensitivity = 27/28*100 = 96.42 %

Positive predictive value = 28/31*100 = 90.32 %

ด้านคุณภาพของข้อมูล เมื่อเปรียบเทียบผลการรายงานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังรายงาน 506 ก่อนและหลังจากดำเนินการวิจัย พบว่าภายหลังดำเนินการวิจัย ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของอำเภอมะนัง สามารถรายงานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังรายงาน 506 เพิ่มขึ้น ทั้งความครบถ้วนและความทันเวลา

- ความถูกต้อง จากการเปรียบเทียบข้อมูลจากรายงาน 506 กับข้อมูลผู้ป่วยที่สำรวจได้จากเวชระเบียนจำนวน 27 รายงาน พบว่า ข้อมูลเพศ อายุ อาชีพและที่อยู่ มีความถูกต้องร้อยละ 100 ส่วนข้อมูล วันที่วินิจฉัย และข้อมูลวันเริ่มป่วยมีความถูกต้อง ร้อยละ 96.6

- ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวัง จังหวัดสตูลได้กำหนดให้รายงานผู้ป่วยโรคเลบโตสไปโรซีสเข้าสู่ระบบภายใน 3 วัน นับจากวันที่ทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ และทำการสอบสวนโรคภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับรายงาน ในผู้ป่วยที่รายงานทั้งหมด 27 ราย มีผู้ป่วยที่รายงานทันเวลา (ภายใน 3 วัน) จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.77 ได้สอบสวนโรคภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรายงาน จำนวน 24 ราย ร้อยละ 88.88 เวลาที่ทำการสอบสวนโรคเฉลี่ย 1 - 3 วัน หลังรายงานและรายที่ช้าที่สุด ทำการสอบสวนโรค หลังรายงาน 5 วัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละความทันเวลาของการรายงานและความครบถ้วนของข้อมูล เปรียบเทียบก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ด้านคุณภาพของข้อมูล	ก่อนการพัฒนา ม.ค. 65 – ก.ค 65		หลังการพัฒนา ม.ค. 66 – ก.ค 66	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความทันเวลาของการรายงาน	6 (N=18)	33.33	21 (N=27)	77.77
ความครบถ้วนของข้อมูล	14 (N=18)	77.77	27 (N=27)	100

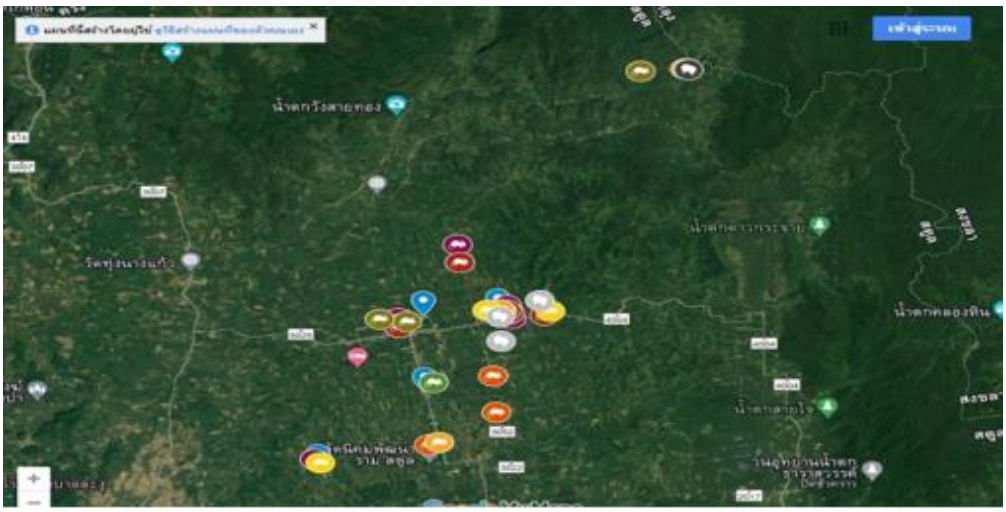
2. ผลการประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพ

2.1 ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง มีขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ เมื่อแพทย์สงสัยหรือวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคเลบโตสไปโรซีส พยาบาลประจำแผนกจะประสานแจ้งรายงานผู้ป่วยแก่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ผ่านทางโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมรักษาของโรงพยาบาล ตามรหัส ICD – 10 และผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ดึงข้อมูลจากโปรแกรม ตาม ICD -10 - TM (A27, A270, A278 และ A279) ทุกวัน เพื่อส่งเข้าระบบรายงาน 506 และส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ระบาดวิทยาระดับจังหวัด ทุกวัน สำหรับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนวินิจฉัย ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จะแก้ไขข้อมูลและส่งรายงาน 507 ไปยังศูนย์ระบาดวิทยาระดับจังหวัด

2.2 ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเก็บข้อมูลสามารถดำเนินการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว

2.3 ความยอมรับของระบบเฝ้าระวัง บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความยอมรับและเห็นว่าเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต

2.4 การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคมากขึ้นหลังจากการอบรม มีการปรับเปลี่ยนในการรายงานโรคจากเดิมที่มีเพียงการเก็บรวบรวมรายงาน 506 เพื่อส่งให้ศูนย์ระบาดอำเภอเพียงอย่างเดียว เปลี่ยนเป็นนำข้อมูลไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่มากขึ้น *"เมื่อก่อนทำหน้าที่เก็บรวบรวมรายงาน 506 ส่งให้ศูนย์ระบาดอำเภออย่างเดียว และให้ศูนย์ระบาดอำเภอวิเคราะห์ให้ช่วงสิ้นเดือน แต่เดี๋ยวนี้วิเคราะห์ข้อมูลเองและสามารถทำแผนที่ GIS ส่งให้ อบต. / โรงเรียนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง"* (ดังภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงแผนที่ทางภูมิศาสตร์พิกัดสถานที่ที่พบผู้ป่วย

3. ผลการประเมินความพึงพอใจและประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ที่ใช้ จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้งานซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขและ อสม.ที่มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรค จำนวน 79 คน พบว่า ด้านความพึงพอใจและประโยชน์ของการใช้แอปพลิเคชัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

4. ผลการประเมินความรู้ของ อสม. ผลการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเลบโตสไปโรซีส หลังจากได้รับการอบรม พบว่า ภาพรวมระดับความรู้ของ อสม. อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.20 และร้อยละ 25.40 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเลบโตสไปโรซีส โดยภาพรวมของ อสม. อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล (n = 65)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเลบโตสไปโรซีส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง 8 - 10 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	45	67.20

ความรู้เกี่ยวกับโรคเลบโตสไปโรซีส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง 6 - 7 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	17	25.40
ระดับต่ำ 0 - 5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	3	4.50
Mean = 2.64, S.D. = .57		

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ประกอบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังโรค ได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคโดยใช้แอปพลิเคชัน จาก Google drive เป็นแอปพลิเคชัน ที่ไม่มีค่าใช้จ่าย การใช้งานสะดวก การปรับปรุงหรือแก้ไขระบบทำได้ง่ายซึ่งเหมาะกับการใช้ในการเฝ้าระวังโรค โดยเฉพาะ อสม.สามารถบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวังได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องส่งรายงานเป็นกระดาษให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะช่วยให้การรายงานข้อมูลมีความรวดเร็ว จากการศึกษา พบว่าการค้นหา ผู้สงสัยโรคเลบโตสไปโรซีสเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจาก อสม.ได้รับการอบรมความรู้โรคเลบโตสไปโรซีส ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยการบรรยายสาเหตุการเกิดโรค ระยะฟักตัว อาการสำคัญ การรักษา และแนวทางการตรวจคัดกรอง รวมทั้งวางแผนการค้นหาผู้สงสัยโรคเลบโตสไปโรซีสในชุมชน ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการอบรม อสม.จะได้รับมอบหมายให้ไปให้ความรู้เรื่องโรคเลบโตสไปโรซีสและอาการสงสัยแก่ประชาชนในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ของ อสม. แต่ละคน และแจ้งให้ประชาชนสำรวจอาการผ่านช่องทางไลน์ จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองผู้สงสัยโรคเลบโตสไปโรซีส สามารถดำเนินการโดย อสม. ได้ นอกจากนี้ระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส ที่พัฒนาขึ้นออกแบบให้มีการเฝ้าระวังในชุมชน และในสถานบริการสาธารณสุข ส่งผลให้สามารถเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการเล็กน้อยและยังไม่ได้ไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำจาก อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ Prompunjai, Saelim, Auitpol, and Simmatan (2021) พบว่าโปรแกรมพัฒนาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนโดยใช้เครือข่ายแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถค้นหาผู้สงสัยโรคเรื้อนเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Junsawang, Namwong, and Pholkhaew (2019) พบว่า ระบบเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในคน โดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ Google app สามารถติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าให้เข้ารับการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น

ด้านคุณภาพของข้อมูลในระบบเฝ้าระวังดีขึ้น มีความครบถ้วนของข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรค เช่น วันเริ่มป่วย วันพบผู้ป่วย อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยง เป็นต้น ด้านความไวในการรายงานโรคในพื้นที่อยู่ในระดับดีขึ้น โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถตรวจสอบความผิดปกติที่เกิดขึ้นในทันทีแตกต่างจากอดีตที่ผ่านมา โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นหน่วยบริการที่ตรวจจับความผิดปกติแล้วแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงไปดำเนินการควบคุมโรค

ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และโรงพยาบาลในพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลทุกสัปดาห์และส่งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบล ปศุสัตว์อำเภอ โรงเรียน และชุมชนทุกสัปดาห์ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งการเฝ้าระวังโรคและประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่มีอยู่ในระบบในวางแผนและเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thaewnongiew, Sriamporn, Nilvarangkul, Tangsawad and Sarachai (2009) ที่พบว่าการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเพิ่มช่องทางของ social media เข้ามาช่วยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษา การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกจังหวัดยโสธร ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งใช้แอปพลิเคชัน จาก Google drive ซึ่งส่งผลดีต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ (Namwong, Saengpak, Duangkaew, Khampat, & Jankeaw, 2019) และการศึกษา การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร ในปี 2562 ซึ่งใช้ แอปพลิเคชัน จาก Google drive เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและการกำกับติดตามการกักกันกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Namwong et al., 2021) และการศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในคน อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ในปี 2562 โดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ Google app สามารถติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าให้เข้ารับการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น

สรุป

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส โดยใช้แอปพลิเคชัน ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงได้เร็ว ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเข้าระบบการรักษาและการวินิจฉัยได้เร็ว ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง พบว่า ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังดีขึ้น มีความครบถ้วนของข้อมูล บุคลากรในพื้นที่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ ทำให้ผู้ที่มี

ส่วนเกี่ยวข้องและเครือข่ายสามารถนำข้อมูลที่มีอยู่ในระบบไปวางแผนและเฝ้าระวังโรคที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเลบโตสไปโรซีส ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส โดยใช้แอปพลิเคชัน จาก Google เป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีขั้นตอนการทำไม่ยุ่งยาก ดังนั้น พื้นที่อื่นสามารถนำแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังนี้ไปปรับใช้ได้

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเลบโตสไปโรซีส ทั้งในคนและในสัตว์ให้อยู่ในระบบเดียวกัน เพื่อให้เกิดการบูรณาการของข้อมูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ได้

รายการอ้างอิง (References)

Azfar, Z.M., Nazri, S.M., Rusli, A.M., Maizurah, O., Zahiruddin, W.M., Azwany, Y.N., & Aziah, B.D. (2018). Knowledge, attitude and practice about leptospirosis prevention among town service workers in northeastern Malaysia: a cross sectional study. *Journal of preventive medicine and hygiene,*59(1), E92.

Best, J.W. (1977). *Research in Education. (3rd ed.).* New Jersey: Prentice Hall; 1977

Bloom, B.S., Hastings, J.T., & Madaus, G.F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw–Hill;

Calero, M.L., & Monti, G. (2022). Assessment of the current surveillance system for human leptospirosis in ecuador by decision analytic modeling. *Front Public Health*, 10, 711938. DOI: 10.3389/fpubh.2022.711938

Chadsuthi, S., Chalvet-Monfray, K., Geawduanglek, S., Wongnak, P., & Cappelle, J. (2022) *Spatial–temporal patterns and risk factors for human leptospirosis in Thailand, 2012–2018.* Scientific Reports, 12, 5066. DOI: 10.1038/s41598-022-09079-y

Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2005). *Leptospirosis Academic Manual*, Bangkok: War Veterans Organization Printing House, 5th edition; (in Thai).

Dung, L.P., Mai, T.N., Hanh, N.T., Than, P.D., Quyet, N.T., Hai, H., & Anh, D.D. (2022). Characteristics of human leptospirosis in three different geographical and climatic zones of Vietnam: a hospital-based study. *International Journal of Infectious Diseaswes*, 120, 113 - 120.

Jittimanee, J., & Wongbutdee, J. (2019). Prevention and control of leptospirosis in people and surveillance of the pathogenic Leptospira in rats and in surface water found at villages. *Journal of Infection and Public Health*, 12(5), 705 - 711.

Junsawang, P., Namwong, T., & Pholkhaew, N. (2019). *Development of Surveillance System among Human Rabies Exposure in Community.* Thai-Charoen District, Yasothon Province. (in Thai).

Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The action research planner Victoria.* Deakin University press;

Kuder, G.F., & Richardson, M.W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151 - 160;

Namwong, T., Saengpak, M., Duangkaew, J., Khampat, S., & Jankeaw, S. (2019). The development of a database system. Caution in epidemiology and monitoring system for dengue fever control measures 3-3-1 using Google Drive, Yasothon Province. *Journal of Health Science*, 28(3), 402 - 10.

Namwong, T., Saengpak, M., Thanapathomsinchai, P., Duangkaew, J., Khampat, S., Wisitphachonchai, P., Pratchayakhup, P. (2021). Development of COVID-19 Surveillance System, Yasothon Province, *Disease Control Journal*, 47 (Suppl 2). DOI: 10.14456/dcj.2021 .102

Prompunjai, N., Saelim, W., Auitpol, T., & Simmatan, S. (2021). The effectiveness of using line application network in leprosy case detection among Village Health Volunteers (VHVs) in Health Region 7. *Disease Control Journal*, 47(3), 621 – 631. DOI: 10.14456/dcj. 2021.55

Sykes, J.E., Reagan, K.L., Nally, J.E., Galloway, R.L., & Haake, D.A. (2022). Role of diagnostics inepidemiology, management, surveillance, and control of leptospirosis. *Pathogens*, 11(4), 395.

Thaewnongiew, K., Promthet, S., Nilvarangkul, K., Rangsin, R., Phitak, P., & Sarakarn, P. (2009). The surveillance system in health centers in northeastern Thailand, *Japanese Journal of Infectious Diseases,* 62(6), 444 - 449.

ความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์

Health Literacy and Predicting Factors to Controlled Blood Sugar Levels among Women with Gestational Diabetes Mellitus

บุญสืบ โสโสม[1], ตรีชฎา ปุ่นสำเริง[2*] , กมลรัตน์ เทอร์เนอร์[3] จุฬารัตน์ ห้าวหาญ[4]
บำเพ็ญ คำดี[5] พรทิพา ศุภราศรี[6] สุเพียร โภคทิพย์[7]
Boonsurb Sosome[1], Treechada Punsomreung[2], Kamolrat Turner[3], Chularat Howharn[4],
Bumpen Kamdee[5], Porntipa Suparasri[6], Supian Pokathip[7]

(Received: October 16, 2023; Revised: December 21, 2023; Accepted: January 4, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 171 คน มาตรวจตามนัดที่คลินิกฝากครรภ์ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสูติกรรม และผลการตรวจน้ำตาล ส่วนที่ 2 คือ แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย แบบวัดความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข และแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และ .98 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจีสติก ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลขอยู่ในระดับมาก (M = 6.80, S.D. = 2.19) คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก (M = 3.85, .S.D = .46) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพมีคะแนนสูงสุด (M = 4.07, S.D. = .36) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุภาพและบริการสุขภาพ สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ได้ (odds ratio = 2.41, p =.04) ข้อเสนอแนะการวิจัยคือ ทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพควรส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เบาหวานในระยะตั้งครรภ์, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, การควบคุมน้ำตาล

Abstract

This descriptive cross-sectional study was aimed to study health literacy and factors predicting blood glucose control level among Thai pregnant women with gestational diabetes. The sample was 171 Thai pregnant women with gestational diabetes, followed up at the prenatal clinic. The research instrument consisted of 2 parts. The firstly was demographic data and obstetrics questionnaires and blood sugar level record. The secondly was the Health Literacy scale, including of health literacy on numeric and Nutbeam's health literacy concept in which CVI were .92, and .98 and reliabilities, Cronbach's alpha were .70 and .93 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Logistic regression. The results demonstrated the mean score of health literacy on numeric is at a high level (M = 6.80, S.D. = 2.19), health literacy on Nutbeam's concept is at a high level (M = 3.85, S.D. = .46), the communication to potential improve patient health dimension is the highest score (M = 4.07, S.D. = .36). The access to health data and service was the predicted factors for controlled blood sugar on women with gestational diabetes mellitus (odds ratio = 2.41, p =.04). The recommendation from the results is that multidisciplinary should effectively promote access to health information and service.

Keywords: Gestational diabetes, Health literacy, Blood sugar control

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[1]Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[2]Boromarajonani College of Nursing, Phra - putthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[3]Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[4]Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[5]สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

[5]Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

[6]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[6]Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[7]โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

[7]Sunpasitthiprasong hospital, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health

[*]Corresponding Author: Treechada_p@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุ 5 คน จะเป็นเบาหวาน 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 5.3 ล้านคน (Ratarasarn, 2017) ในจำนวนนี้พบว่าผู้หญิงเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงเคยเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) มาก่อนจะมีโอกาสเป็นเบาหวานในครรภ์ถัดไป และมีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่ออายุมากขึ้นกว่าคนทั่วไป (Tharavanij, 2021) เมื่อติดตามในระยะยาว 9 - 16 ปี พบว่าหญิงที่เคยเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์มาก่อนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตจากเบาหวาน (glomerular hyperfiltration) และไตเสื่อม (renal damage) เป็นโรคหัวใจหลังจากการตั้งครรภ์ 25 ปี ในอัตรา 190.8 ต่อ หญิง 1,000 คน (Rawal et al., 2018) หญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์จะเป็นเบาหวานมากกว่าหญิงที่ไม่มีประวัติการเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ 117.8 ต่อ 1,000 คน (McKenzie-Sampson, Paradis, Healy-Profitós St-Pierre, & Auger, 2018) ส่วนผลกระทบต่อความเสี่ยงทางสุขภาพคือ ทารกมีขนาดใหญ่มากเกินไป อัตราทารกตายคลอดสูงขึ้น ครรภ์เป็นพิษ และจำนวนการผ่าตัดคลอดสูงเพิ่มขึ้น คลอดก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ตกเลือดก่อนคลอด และตกเลือดหลังคลอด (Muche, Olayemi, & Gete, 2020) ส่วนทารกพบว่า แรกเกิดค่า APGAR ต่ำ (Muche et al., 2020) พิการแต่กำเนิด (Parnell, Correa, & Reece, 2017) มีค่าน้ำตาลต่ำ ตัวเหลือง และการหายใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น (Werner et al., 2019)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและทางสังคมของของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจ เพื่อการตัดสินใจเลือกจัดการสุขภาพ หรือวิธีการในการดูแลตนเอง (Nutbeam, 2000) ช่วยให้จัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต่ำด้วย (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011) สำหรับภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปพบว่า ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Mojoyinola, 2011) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการจัดการตนเองต่ำ (Lupattelli, Picinardi, Einarson & Nordeng, 2014) ความรอบรู้ทางสุขภาพมีบทบาททั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ผ่านการจัดการตนเอง (Tachasuksri et al., 2017) เนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพทำให้เกิดความเข้าใจเรื่องการตั้งครรภ์ การดูแลตนเอง และแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี และมีสุขภาพดี (Nutbeam, 2000) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจในการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพที่น่าจะทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมภาวะเบาหวานได้พบว่า การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกได้ (Pirdehghan, Eslahchi, Esna-Ashari, & Borzouei, 2020; Yee et al., 2021) และความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 17.9 (R^2 = .179, p < .05) (Rattanawarang & Chantha, 2018) และยังทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ได้ด้วย (β = .213, t = 2.619, p = .01) อีกทั้งความรอบรู้ทางสุขภาพยังทำให้หญิงตั้งครรภ์ค้นหาข้อมูล สื่อสารกับทีมสุขภาพ และปรับปรุงพฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ (Jangsavang, Siriarunrat, & Tachasuksri, 2020)

อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ (Lee et al., 2018) และอายุมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ โดยอายุของหญิงตั้งครรภ์เป็นตัวพยากรณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อไม่ได้นำช่วงเวลาของการตั้งครรภ์เข้ามาพิจารณา และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานอายุมาก มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (p = .003) (Xu, Li, Tang, & Lu 2022) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี 2.71 เท่า (95 %, CI = 1.19 - 6.17) (Panmuang & Amatayabundit, 2022)

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ โดยพบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่า 30 กิโลกรัม / เมตร^2 และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (OR adj = 0.54, 95 % CI = 0.29 - 0.99) (Panmuang & Amatayabundit, 2022) ในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ที่มีผลน้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหาร (PPG)ไม่ดี และพบว่าดัชนีมวลการก่อนการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยทางประชากร (demographic factor) ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (p = .013) (Xu et al., 2022)

วรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ (Gharachourlo, Mahmoodi, Akbari Kamrani, Tehranizadeh, & Kabir, 2018; Mohamady, Abd Elmoneim, & Abdelhakam, 2022; Nawabi et al., 2021a; Nawabi et al., 2021b) พบว่า ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพที่จำแนกเป็นรายด้าน โดยนำรายด้านมาทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ แต่พบเพียงงานวิจัยที่เสนอว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจะมีผลทำให้หญิงที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลได้ ซึ่งเป็นโปรแกรมทบทวนความรู้ก่อนกลับบ้านรายบุคคลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจำนวน 1 ครั้ง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้ข้อมูล และชี้แนะวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ จำนวน 2 ครั้ง (Pornkuna, Wenuka, & Anusornteerakul, 2017) และโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่นำความต้องการที่ได้จากหญิงตั้งครรภ์มาวางแผนในการให้คำปรึกษาจำนวน 3 ครั้งโดยมีการสอนความรู้ทางทฤษฎีจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ความรู้เรื่องเบาหวานในระยะตั้งครรภ์และการจัดการ การส่งเสริมทัศนคติ และการปฏิบัติ 1 ครั้ง ที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนวทางปฏิบัติและรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Mohamady et al., 2022) ซึ่งไม่ได้ระบุตัวแปรที่ชัดเจน ว่าเป็นโปรแกรมที่มาจากการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีตัวแปรใดเป็นตัวทำนาย หรือมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

จากการวิเคราะห์บริบทของประเทศไทยที่มีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทยมีการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนในทุกมิติ หญิงตั้งครรภ์ถือว่าเป็นกลุ่มสำคัญที่ต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังโดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ชนิด GDMA1 และ GDMA2 ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงต้องการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาการให้บริการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ ระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ เพื่อเป็นข้อเสนอในการจัดทำกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสมกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ หรือทำนายการควบคุมน้ำตาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ต่อไป

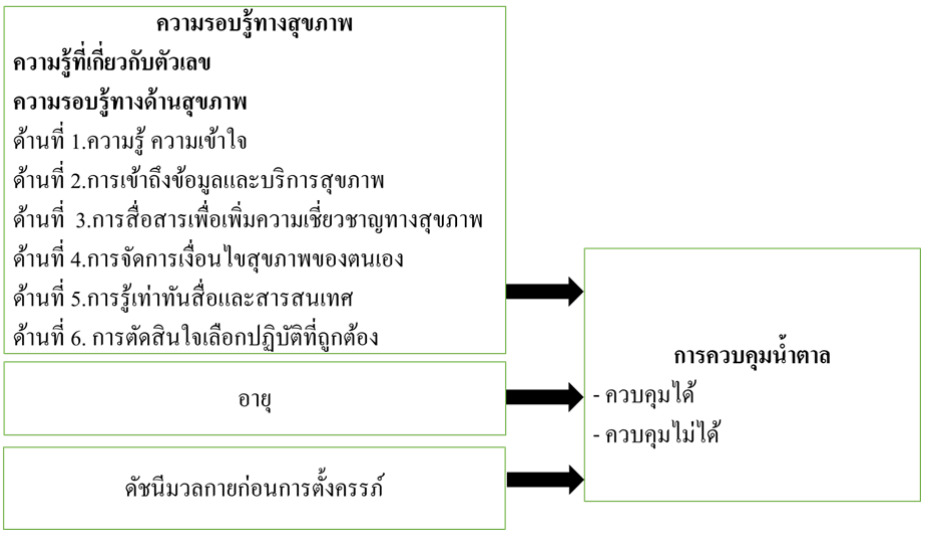
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์
2. ศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ พบว่าอายุ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล (Jangsavang et al., 2020; Panmuang & Amatayabundit, 2022;; Pirdehghan et al., 2020) โดยการศึกษาในครั้งนี้จะ

ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ชนิด GDMA1 และ GDMA2 อายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลของการควบคุมน้ำตาลจากการมาตรวจตามนัดในแต่ละครั้ง โดยการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Nutbeam , 2000) เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566

ประชากร หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDMA1 และ GDMA2 ตามเกณฑ์คัดกรองของ Carpenter & Coustan (Diabetic Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Service, National Health Security Office, 2017)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการตามนัด ณ คลินิกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDMA1 และ GDMA2 โดยมีเกณฑ์การ

คัดเข้า ได้แก่ 1) หญิงไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 เป็นต้นไป เพราะเป็นระยะที่ฮอร์โมนที่มีผลต่อการเกิดเบาหวานสูงสุด โดยฮอร์โมนคอร์ติซอลหลั่งสูงสุดมาตั้งแต่อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ร่วมกับโปรเจสเตอโรนที่หลั่งสูงสุดเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (Jovanovic-Peterson, & Peterson, 1996) ทำให้เกิดเบาหวานสูงสุดหรือการควบคุมน้ำตาลยาก และ 3) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น ธาลัสซีเมีย โรคจิต โรคหัวใจ โรคไต โรคธัยรอยด์ เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตร n = p (100-p) z2 / E2 เมื่อ E = ค่าความคลาดเคลื่อน p = ร้อยละของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น Z = 1.960 (Taherdoost, 2017) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 ร้อยละของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เท่ากับ ร้อยละ 15 โดยคำนวณจากผลการวิจัยของ Singwongsa and Boriboonhirunsarn (2016) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 195 คน

กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบกลุ่ม เลือกโรงพยาบาลศูนย์ของประเทศไทย จำแนกออกเป็นภาค 5 ภาค ๆ ละ 1 โรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบกลุ่ม เลือกโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการสุ่มเลือกภาค ๆ ละ 2 โรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มเลือกจากเลขคู่หรือ เลขคี่ของบัตรประจำตัวโรงพยาบาล โดยเลือกเฉพาะที่เป็นเลขคี่ โดยกำหนดโควตา โดยเก็บตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง ๆ ละ 15 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง ๆ ละ 12 คน เก็บข้อมูล ได้ 172 คน เนื่องจากเกณฑ์คัดเข้าที่เข้มงวดเลือกอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้เก็บข้อมูลต้องรอคอยอายุครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ให้มีอายุครรภ์ถึง 32 สัปดาห์ก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูล และบางโรงพยาบาลมีบริการที่มีผู้รับบริการแออัดจำนวนมาก ประกอบกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของ COVID - 19 จึงทำให้เก็บข้อมูลไม่ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด เมื่อนำข้อมูลเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและค่าผิดปกติ (outliers) โดยใช้พิจารณาจาก Boxplots ส่วนที่อยู่สูงและต่ำกว่า whisker ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ตัดออกจำนวน 1 ตัวอย่าง เหลือจำนวนข้อมูลที่เข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 171 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 87.69 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณไว้ 195 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่มากนัก แต่ก็ยังไม่เป็นอันตรายสำหรับการวิเคราะห์โดยใช้ Logistic regression เพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 100 ตัวอย่าง (Long,1997)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจน้ำตาล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนการแท้ง จำนวนบุตร สิทธิหลักประกันสุขภาพ ประวัติการตรวจตามนัด การวินิจฉัยจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) เป็น GDMA1 อย่างเดียว 2) เป็น GDMA1 แล้วต่อมาคุมน้ำตาลไม่ได้กลายเป็น GDMA2 และ 3) เป็น

GDMA2 ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผลการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อติดตามผลการดูแลรักษา จำแนกเป็น จำนวนครั้งที่แสดงว่าคุมน้ำตาลได้ คือ 1) ผล FBS น้อยกว่า 105 มก. / ดล. 1hrPPG น้อยกว่า 140 มก / ดล หรือในบางโรงพยาบาลใช้ ผล 2hrPPG ผลตรวจน้อยกว่า 120 มก / ดล และ 2) คุมน้ำตาลไม่ได้ คือ FBS มากกว่า 105 มก. / ดล. 1hrPPG มากกว่า 140 มก / ดล หรือ 2hrPPG มากกว่า 120 มก/ดล กรณีโรงพยาบาลนั้นตรวจ 2hrPPG และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

2. แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ใช้แบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Sosome, Wimonmala, Suwannaka, & Howharn, 2021) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบวัดการวัดความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบว่า รู้ กำหนดให้ 1 คะแนน ไม่รู้ กำหนด 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 10 โดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ (Best, 1977) คือ ค่าเฉลี่ย .00 – 2.00 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.01 – 4.00 อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 4.01 – 6.00 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 6.01 – 8.00 อยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ย 8.01 – 10.00 อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3 ข้อ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 2 ข้อ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 12 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 4 ข้อ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 4 ข้อ รวม 27 ข้อ เป็นแบบวัด Likert scale 5 ระดับ เลือกตอบว่าสามารถทำได้ในระดับมากที่สุด-มาก-ปานกลาง-น้อย-ไม่ได้เลย กำหนดการให้คะแนน 1 - 5 คะแนนที่เป็นไปได้คือ 27 - 135 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อ คะแนนรวมและรายด้านคะแนน คือ 1 - 5 คะแนน โดยแบ่งค่าคะแนนรวมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็น 5 ระดับ (Best, 1977) คือ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 อยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบคุณภาพดังนี้ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตัวเลข 10 ข้อ และ2) ความรอบรู้ทางสุขภาพ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่า CVI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เท่ากับ .92 และ.98 ตามลำดับ และทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Empirical reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 1 แบบวัดการวัดความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลขได้เท่ากับ .70 และส่วนที่ 2 ภาพรวมเท่ากับ .93 ความเชื่อมั่นด้านที่ 1 - 6 เท่ากับ .86, .75, .71, .83 .88, และ .89 ตามลำดับ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ส่งโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท และ โรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อขอจริยธรรมในการวิจัย

2. จัดทำเอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยและส่งไปที่โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ซักซ้อมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้กับนักวิจัยในพื้นที่ของโรงพยาบาลต่าง ๆ รับทราบวิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกฝากครรภ์

4. ดำเนินการขอคำยินยอม สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เก็บข้อมูล

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และรวบรวบข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก 1) คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท รับรองให้ดำเนินการวิจัย เลขที่ IRB No.002 / 2565 วันที่ 23 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ว่าผลของการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องกับระดับของน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาล การควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ โดยใช้ วิเคราะห์ถดถอยโลจีสติก (Logistic regression) โดยการนำตัวแปรอิสระ ทำนายตัวแปรตามทีละตัว และนำตัวแปรอิสระทุกตัวที่มีค่า p >.25 (Zhang, 2016) ร่วมทำนายตัวแปรตามอีกครั้ง ด้วยวิธี Enter ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงตามปกติ (Normality) โดยมีค่าความเบ้ และความโด่งอยู่ระหว่าง -3 ถึง +3 และ 2) multicollinearity โดยพิจารณาจากเมตริกส์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .80 (Stevens, 1996) พบตัวแปรด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าเมตริกส์สหสัมพันธ์มากกว่า .80

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 39.6 รองลงมาเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 30.8 มีอายุเฉลี่ย 31.23 ปี (S.D. = 6.36) โดยมีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี มากที่สุดร้อยละ 72.51 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.32 จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 58.70 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 23.98 ประกอบอาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 32.75 รองลงมาคือ พนักงานบริษัท/ห้างร้าน / โรงงาน / อุตสาหกรรม ร้อยละ 28.07 รายได้เฉลี่ย 15,235.85 บาท (S.D. = 14,650.17) โดยรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.79 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.38 มาฝากตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 96 ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 25.86 ก.ก / ตร.ม. (S.D. = 5.65) มาตรวจตามนัดทุกครั้ง 167 คน คิดเป็นร้อยละ 97.66 ขาดการมาตรวจตามนัด 1 – 2 ครั้ง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.34 และไม่มีการขาดมาตรวจตามนัด 3 ครั้งขึ้นไป

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.85, S.D. =.46) จำแนกตามรายด้าน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ เป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด (M = 4.07, S.D. =.66) ด้านความรู้ ความเข้าใจ (M = 3.70, S.D. =.73) เป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 171)

ด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข	6.83	2.16	มาก
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	3.85	.46	มาก
1.ความรู้ ความเข้าใจ	3.70	.73	มาก
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.03	.64	มาก
3.การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	4.07	.66	มาก
4.การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง	3.82	.45	มาก
5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	3.83	.64	มาก
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.82	.62	มาก

3. การวินิจฉัยโรคของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์พบว่า เป็นเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ ชนิด GDMA1 และตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ยังเป็น GDMA1 มากที่สุดร้อยละ 62.6 และพบ GDMA1 ที่คุมน้ำตาลไม่ได้ และวินิจฉัยเปลี่ยนเป็น GDMA2 ร้อยละ 11.1 การตรวจระดับ

น้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ มีผลการเจาะระดับน้ำตาลเมื่อมาตรวจตามนัดที่คุมน้ำตาลได้ และคุมน้ำตาลไม่ได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการควบคุมระดับน้ำตาลเมื่อมาตรวจตามนัด (n = 171)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนคนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์		
GDMA1 และตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ยังเป็น GDMA1	107	62.60
GDMA1 ที่คุมน้ำตาลไม่ได้ และวินิจฉัยเปลี่ยนเป็น GDMA2	19	11.10
เป็น GDMA2 ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก	45	26.30
การควบคุมระดับน้ำตาลเมื่อมาตรวจตามนัด		
จำนวนครั้งที่คุมน้ำตาลได้		
FBS-ระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ปกติ ($\leq$ 105 mg / dl)	100	58.80
1-h PPGระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ปกติ ($\leq$ 140 mg / dl)	99	58.20
2-h PPG ระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ปกติ ($\leq$ 120 mg / dl)	96	56.10
จำนวนครั้งที่คุมน้ำตาลไม่ได้		
FBS-ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ($\geq$ 105 mg / dl)	71	41.20
1-h PPG ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ($\geq$ 140 mg / dl)	72	41.80
2-h PPG ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ($\geq$ 120 mg / dl)	48	43.90

4. ปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว (Univariate) จำนวน 9 ตัว ที่คาดว่าจะมีผลต่อการควบคุมน้ำตาล พบว่ามีตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญ p ที่น้อยกว่า .25 จำนวน 4 ตัว ได้แก่ ความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และอายุ จึงนำมาเข้าสมการถดถอยโลจิสติก โดยมีตัวแปรอิสระหลายตัว (Multivariate) อีกครั้ง เมื่อพิจารณาค่า -2 Log likelihood ของโมเดลที่มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร เท่ากับ 165.11 และเมื่อใช้สถิติทดสอบโมเดล ระหว่างโมเดลฐานกับโมเดลที่มีตัวแปรอิสระพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 13.51, df = 4, p = .00) พบว่าตัวแปรอิสระที่อิทธิพลต่อตัวแปรตาม (Wald Statistics: Chi-square = 48.02, df = 8, p = .00) เมื่อพิจารณาทำนายความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์สอดคล้องกับการเกิดเหตุการณ์จริงที่วัดได้จากข้อมูลที่เก็บมา(Hosmer and Lemeshow Test: Chi-square = 14.02, p =.08) แสดงว่าโมเดลโลจิสติก ยอมรับได้เพราะค่าที่พยากรณ์กับค่าจริงไม่แตกต่างกัน

เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว เข้าสมการถดถอยโลจิสติกพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Enter method)เพื่อทำนายการควบคุมน้ำตาลพบว่า โมเดลดังกล่าวสามารถทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้ ร้อยละ 11.7 (Nagelkerke R = .117) และตัวแปรมีอิทธิพลสูงสุดและทำนายการควบคุมน้ำตาลได้ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เมื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การควบคุมน้ำตาลได้ เพิ่มขึ้น 2.41 เท่า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ (n = 171)

ตัวแปร	Univariate Model	Multivariate Model		
	p value	odds ratio (OR)	95%CI	*p value*
ความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข	.07			
ความรู้ ความเข้าใจ	.62			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.00	2.41	1.06-5.45	.04
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	.03			
การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง	.34			
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.86			
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	.89			
อายุ	.17			
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์	.87			

-2 Log likelihood = 165.11, Chi-square = 13.51, df = 4, p = .01 Wald Statistics: Chi-square = 48.02 p = .00)

Hosmer and Lemeshow Test: Chi-square = 14.02, p =.08

Cox & Snell R Square = .078, Nagelkerke R Square = .117

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.85, S.D. =.46) สอดคล้องกับการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงขณะตั้งครรภ์ที่พบในประเทศไทย (Bootsri & Sirisophon, 2020; Uthaithum, Gettong, & Somja,2021; Waraphok, Ratinthorn, & Limruangrong,2020) โดยการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมาฝากตามนัดทุก

ครั้ง ร้อยละ 96 อยู่ในช่วง 5 - 8 ครั้ง ตามการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการให้ความรู้จากทีมสหวิชาชีพหรือค้นหาข้อมูลได้เองจากบริบททางสังคมของตนเองซึ่งอาจทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ Uthaithum et al. (2021) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ 3 ครั้งขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้งานวิจัยครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์จบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.30 อาจส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับมาก เนื่องจากระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Forghani, Ahmadian, Rezaeisharif, & Ahadi, 2021;Kharrazi, Peyman & Esmaily, 2018) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากของการศึกษาครั้งนี้ อาจมาจากอายุของหญิงตั้งครรภ์ อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 31.23 ปี ซึ่งหญิงที่อายุมากจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้น (Pirdehghan et al, 2020)

2. ปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ จากผลการวิเคราะห์ตรวจสอบตัวแปรที่ทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ เมื่อด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การควบคุมน้ำตาล เพิ่มขึ้น 2.41 เท่า ผลการศึกษานี้เมื่อพิจารณารายละเอียดแบบสอบถามในเครื่องมือพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีคำถาม 2 ข้อ คือ ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการขอความช่วยเหลือคนในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ และ ความสามารถในการเข้าถึงบริการเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการติดต่อหรือปรึกษากับหมอ หรือพยาบาล เป็นไปได้ว่าผลการศึกษานี้สะท้อนบริบทของแนวปฏิบัติของการให้บริการสุขภาพในบริบทของประเทศไทยที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานจะได้รับการสอนจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ดังเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดทุกครั้ง 167 คน คิดเป็นร้อยละ 97.66 ขาดการมาตรวจตามนัด 1 – 2 ครั้ง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.34 และ ไม่มีการขาดมาตรวจตามนัด 3 ครั้งขึ้นไป ดังนั้นจึงเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายได้

ข้อค้นพบดังกล่าวนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุครรภ์ช่วง 24 - 28 สัปดาห์ และให้ข้อสังเกตว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ถ้ามีความรอบรู้ทางสุขภาพดีจะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่ยังไม่สามารถยืนยันได้แน่นอนเนื่องจากเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Pirdehghan, Eslahchi, Esna-Ashari, & Borzouei, 2020) ในขณะที่การศึกษานี้ เก็บข้อมูลเมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลประวัติการติดตามผลการควบคุมน้ำตาลที่มีระยะเวลาของการได้รับการมาตรวจตามนัดเป็นส่วน

ใหญ่ ประกอบกับการศึกษาที่มีมาก่อนไม่ได้แยกวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นรายด้านตามแนวคิดของ Nutbeam (2000)

สรุป

การศึกษาพรรณนาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDMA1 และ GDMA2 รับบริการตามนัด ณ คลินิกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง เป็นหญิงไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์ และไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุกรรม จำนวน 171 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ตอน 1) ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสูติกรรม และผลการตรวจน้ำตาล 2) แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย แบบวัดความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข จำนวน 10 ข้อ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ผลการวิเคราะห์ได้ผลการศึกษาที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในเขตภาคกลางมากที่สุด สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพแม่บ้าน และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด

คะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับตัวเลข 10 ข้อ มีค่าเฉลี่ย 6.80 (S.D. = 2.19) ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพสูงสุดคือ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ คือ 4.07 (S.D. = .66) ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = .68) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ คือ ทีมสุขภาพควรส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่าเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการกำหนดนโยบายสุขภาพ ควรเน้นการให้บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์สามารถขอความช่วยเหลือคนในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด ติดต่อหรือปรึกษากับหมอ หรือพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

ด้านการวิจัย ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่เน้นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

รายการอ้างอิง (References)

Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97 - 107. DOI:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

Best, J.W. (1977). *Research in education. (2nd ed.)*. New Jersey: Prentice–Hall.

Bootsri, W., & Sirisophon, A. (2020). Predicting Factors of Promoting Behaviors among Pregnant Women Receiving Antenatal Care Services at Community Hospital, Nakhonsawan Province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 5(1), 60 - 70.

Diabetic Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Service, National Health Security Office. (2017). *Clinical Practice Guideline for Diabetes, Prathum Thani*. Royen Media Company Limited. (in Thai)

Forghani, T., Ahmadian, M., Rezaeisharif, F., & Ahadi, M. (2021). Survey of health literacy during pregnancy and its relationship with prenatal care. *Journal of Health Literacy*, 6(1), 20 - 30.

Gharachourlo, M., Mahmoodi, Z., Akbari Kamrani, M., Tehranizadeh, M., & Kabir, K. (2018). The effect of a health literacy approach to counselling on the lifestyle of women with gestational diabetes: A clinical trial. *F1000Research*, 7, 282. DOI:10.12688/f1000research.13838.1.

Jangsavang, S., Siriarunrat, S., & Tachasuksri,T. (2020). Factors predicting blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 79 - 89.

Jovanovic-Peterson, L., & Peterson, C.M. (1996). Review of gestational diabetes mellitus and low-calorie diet and physical exercise as therapy. Diabetes/metabolism reviews, 12(4), 287 - 308. DOI:10.1002/(SICI)1099-0895(199612)12:4<287::AID-DMR170>3.0.CO;2-E

Kharrazi, S.S., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Correlation between maternal health literacy and dietary self-efficacy in pregnant mothers. *Health Education and Health Promotion*, 6(1), 9 - 16.

Lee, K.W., Ching, S.M., Ramachandran, V., Yee, A., Hoo, F.K., Chia, Y.C., … Veettil, S.K. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 494 DOI:10.1186/s12884-018-2131-4

Long, J.S. (1997). *Regression Models for categorical and limited dependent variables*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A. & Nordeng, H. (2014). Health Literacy and Its Association with Perception of Teratogenic RIsks and Health Behavior During Pregnancy. *Patient Education and Counseling,* 96(2), 171 - 178.

McKenzie-Sampson, S., Paradis, G., Healy-Profitós, J., St-Pierre, F., & Auger, N. (2018). Gestational diabetes and risk of cardiovascular disease up to 2 5 years after pregnancy: A retrospective cohort study. Acta *Diabetologica*, 55(4), 315 - 322. DOI:10.1007/s00592-017-1099-2.

Mohamady, S.H., Abd Elmoneim, S.O., & Abdelhakam, E.M. (2022). Effect of counseling program based on health literacy model regarding gestational diabetes on maternal and fetal outcomes. *Tanta Science Nursing Journal*, 26(3), 181 - 203.

Mojoyinola, J.K. (2011). Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *An International Multi-Disciplinary Journal Ethiopia,* 5(3), 28 - 39.

Muche, A.A., Olayemi, O.O., & Gete, Y.K. (2020). Effects of gestational diabetes mellitus on risk of adverse maternal outcomes: A prospective cohort study in Northwest Ethiopia. *BMC regnancy and Childbirth*, 20(1), 73. DOI:10.1186/s12884-020-2759-8.

Nawabi, F., Alayli, A., Krebs, F., Lorenz, L., Shukri, A., Bau, A. M., & Stock, S. (2021). (a). Health literacy among pregnant women in a lifestyle intervention trial: Protocol for an explorative study on the role of health literacy in the perinatal health service setting. *BMJ Open*, 11(7), e047377.

Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). (b). Health literacy in pregnant women: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3847.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259 - 267. DOI:10.1093/heapro/15.3.259.

Panmuang, S., & Amatayabundit, N. (2022). Effective factors associated with blood sugar among gestational diabetes mellitus at Mahasarakham hospital. *Journal of MCU Nakhondhat,* 9(4), 278 - 291.

Parnell, A. S., Correa, A., & Reece, E. A. (2017). Pre-pregnancy obesity as a modifier of gestational diabetes and birth defects associations: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 1105 - 1120. DOI:10.1007/s10995-016-2209-4.

Pirdehghan, A., Eslahchi, M., Esna-Ashari, F., & Borzouei, S. (2020). Health literacy and diabetes control in pregnant women. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 1048 - 1052. DOI:10.4103/jfmpc. jfmpc891_19.

Pornkuna, W., Wenuka, & Anusornteerakul, S. (2017). The effects of program on knowledge, blood sugar level control and re-admission of women with insulin-dependent gestational diabetes mellitus. *Srinagarind Medical Journal*, 32(2), 135 - 142.

Ratarasarn, C. (2017). *Current situation and cooperation to reform diabetes care in Thailand*. Retrieved January 31, 2020 from https://www.novonordiskcontent/dam/Denmark/HQ/ sustainablebusiness/performance-on-tbl/more-about-how-we-work/Creating%20shared%20 valuePDF/Thailand%20Blueprint %20for%20Change_2017TH.pdf.

Rattanawarang, W., & Chantha, W. (2018). Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. *The Journal of Baromarajonani College of Nusing Nakhonratchasima*, 24(2), 34 - 51.

Rawal, S., Olsen, S.F., Grunnet, L.G., Ma, R.C., Hinkle, S.N., Granström, C., … Zhang, C. (2018). Gestational diabetes mellitus and renal function:a prospective study with 9- to 16-year follow-up after pregnancy. *Diabetes Care*, 41, 1378 - 1384. DOI: 10.2337/dc17-2629.

Singwongsa, A., & Boriboonhirunsarn, D. (2016). Incidence and associated factors of gestational diabetes mellitus diagnosed during 24-28 weeks of gestation. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24, 184 - 192.

Sosome, B., Wimonmala, K., Suwannaka, Y., & Howharn, C. (2021). Promoting Health Literacy: The Essential Care for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus in COVID-19 Era. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 48(1), 224 - 240.

Stevens, J. (1996). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N., & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health,* 4(1), 28 - 46.

Taherdoost, H. (2017). *Determining sample size; how to calculate survey sample size. Leadership & Organizational Behavior eJournal.* Retrieved January 20, 2020 from SSRN: https://ssrn .com/abstract=2984854.

Tharavanij, T. (2021). *Women with diabetic*. Retrieved January 20, 2020 from https://www.thaihealth.or.th.

Uthaithum, N., Gettong1, N., & Somjai C. (2021). Factors predicting health literacy of pregnant women. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province,* 4(2), 53 - 56.

Waraphok, S., Ratinthorn, A., & Limruangrong, P. (2020). Factors Influencing Maternal Health Literacy in Pregnant Women. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(1), 86 - 98.

Werner, E. F., Romano, M. E., Rouse, D. J., Sandoval, G., Gyamfi-Bannerman, G., Blackwell, S., … Sorokin, Y. (2019). Association of gestational diabetes mellitus with neonatal respiratory morbidity. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 349 - 353. doi:10.1097/AOG.0000000000003053.

Xu, H.B., Li, M.H., Tang, X.F., & Lu, J. (2022). The relationship between poor glycaemic control at different time points of gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(7), 2979 - 2986. DOI:10.1080/01443615.2022.2124852

Yee, L.M., Silver, R., Haas, D.M., Parry, S., Mercer, B.M., Wing, D.A., ... Grobman, W.A. (2021). Association of health literacy among nulliparous individuals and maternal and neonatal outcomes. *JAMA* Network Open, 4(9), e2122576.

Zhang, Z. (2016). Model building strategy for logistic regression: purposeful selection. *Annals of Translational Medicine.* 4(6), 111. DOI:10.21037/atm.2016.02.15

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

The Effect of the Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent the Compartment Syndrome among Patients, Suffering from Closed Fracture Lower Leg

จุฬาลักษณ์ แสงงาม[1], อัจฉรา คำมะทิตย์[2*], พรพันธ์ คณาศรี[1]

Julaluck Sangngam[1], Adchara Khammathit[2*], Pornpun Kanasri[1]

(Received: October 10, 2023; Revised: December 25, 2023; Accepted: January 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 10 คน โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล จำนวน 15 คน

เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาล 3) แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล 4) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Match Paired Test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{x} = 8.20$, S.D. = 0.14) โดยพบว่าด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านต่ำที่สุดคือ ด้านความยาก

[1]โรงพยาบาลอุดรธานี

[1]Udonthani Hospital

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

*Corresponding Author:. adcharakham@bcnu.ac.th

ง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 8.70, S.D. = 0.78) นอกจากนี้ พบว่าในระหว่างการทดลองใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วย 15 คน ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง จากผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และควรนำไปใช้ในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเป็นมาตรฐานทางการพยาบาล

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลิกนิก, กระดูกหัก, ความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง, กระดูกขาท่อนล่างหัก

Abstract

This one group pre-post test, quasi-experimental study, aimed to determine the effectiveness of the clinical nursing practice guideline to prevent the compartment syndrome among patients, suffering from closed fracture lower leg. The research samples were 10 registered nurses at the orthopedic ward and 15 patients who were diagnosed as a closed facture lower leg.

The experimental instrument was the clinical nursing practice guideline to prevent the compartment syndrome, developed by the researcher. Data were collected by 1) demographic questionnaire, 2) the knowledge and nursing skill questionnaire, 3) the quality of clinical nursing practice assessment, and 4) the satisfaction questionnaire. Wilcoxon Match Paired Test was employed for data analysis. The result revealed that the participants had the knowledge and nursing skills at post intervention significantly higher than baseline ($p \leq 0.05$). The participants indicated that the overall quality of clinical nursing practice guideline was at high level ($\bar{x}$ = 8.20, S.D. = 0.14). Knowledge of nursing care was showed at the highest score while the level of difficulty was indicated at lowest score. The clinical nursing practice guideline was satisfied by the participant at high level ($\bar{x}$) = 8.70, S.D. = 0.78). In addition, while conducting the clinical nursing practice guideline through the 15 patients, there was no incident of compartment syndrome. The results recommend that the feasibility of CNPG was illustrated, and it should be implemented through the orthopedic department in other hospitals to enhance the quality of nursing care.

Key words: Clinical Nursing Practice Guideline, Closed fracture, Compartment syndrome, Fracture of lower leg

บทนำ

ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุซึ่งมีผลต่อการได้รับบาดเจ็บด้านร่างกายเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การจราจร การทำงาน การเล่นกีฬา มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการคมนาคม ทำให้มีการขับขี่ยานพาหนะด้วยความเร็วสูง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน จากข้อมูลสถิติผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการเกิดอุบัติเหตุ ในระดับประเทศพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการศึกษาข้อมูล 3 ปี ย้อนหลังของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี แนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุดคือ กระดูกขาท่อนล่างหักทั้งชนิดที่มีแผลเปิดและไม่มีแผลเปิด จากสถิติปี พศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 791, 522 และ 491 ราย ตามลำดับ (Medical record department Udonthani hospital, 2022) โดยพบว่า กระดูกขาหัก เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยจากการเกิดอุบัติเหตุ ถึงแม้ว่าการบาดเจ็บจากกระดูกหักจะไม่รุนแรงถึงชีวิต แต่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความพิการตามมาได้ สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในกระดูกขาหัก เป็นภาวะฉุกเฉินทางออร์โธปิดิกส์ ที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) (Thanapanich, 2019; McMillan, Gardner, & Schmidt, 2019; Pechar & Lyons, 2016; Mortensen et al., 2021; Wang, Guo, Long, & Hou, 2023) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทำให้มีการเพิ่มความดันภายในช่องกล้ามเนื้อ ทำให้การไหลเวียนเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์และเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อ เส้นประสาท หลอดเลือดขาดเลือดมาเลี้ยงและตายไปในระยะเวลาอันรวดเร็ว หากไม่ได้รับการแก้ไข อาจก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ ระบบประสาทสูญเสียหน้าที่ เกิดความพิการ เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีการติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะล้มเหลวหลายระบบและเสียชีวิตได้ (Taiwong, Baothong, Palachai, Paenghom, & Nuchphool, 2019; McMillan et al., 2019; Pechar & Lyons, 2016) สะท้อนให้เห็นว่า ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญอย่างยิ่ง การป้องกันการเกิดสามารถลดความรุนแรง และลดการสูญเสียอวัยวะ หรือ ความพิการที่อาจตามมาได้ หากผู้ป่วยได้รับการประเมินที่รวดเร็ว เหมาะสมและถูกต้อง รวมทั้งได้รับการเฝ้าระวังและการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือความล่าช้าในการวินิจฉัยจากการประเมินอาการและการส่งต่อข้อมูล นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องคือลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ตำแหน่งของกระดูกที่หัก ลักษณะของกระดูกที่หักแบบกดทับ (crush injury) (Mortensen et al., 2021; Wang et al., 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตำแหน่งของกระดูกที่หักและลักษณะการหักของกระดูกที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) คือ

กระดูกขาท่อนล่าง และลักษณะการหักแบบกดทับชนิดที่ไม่มีแผลเปิด ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง การรักษาที่สำคัญคือ การกรีดบาดแผลเพื่อลดความดันในช่องกล้ามเนื้อ (Fasciotomy) หรือในกรณีที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อตาย จากภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดอวัยวะทิ้ง (Amputation) ก่อให้เกิดความพิการทุพพลภาพ (Osborn, Patrick, Schmidt, & Andrew, 2020; Stella et al., 2019) จากสถิติที่ผ่านมา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่กระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 3 โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2563 - 2565 มีจำนวน 136, 111 และ 116 ราย ตามลำดับ มีอัตราการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง และเกิดความรุนแรงจนได้รับการรักษาโดยทำ Fasciotomy มีจำนวน 5 ราย (พ.ศ.2563), 6 ราย (พ.ศ.2564) และ 3 ราย (พ.ศ.2565) (Orthopedic department Udonthani hospital, 2019)

จากความรุนแรงและผลกระทบดังกล่าว พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมินและเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป้าหมายในการดูแล คือ พยาบาลต้องสามารถประเมินและเฝ้าระวัง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Pokharel, 2020) จึงต้องมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ปลอดภัย จากภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง การทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผ่านมาพบว่ามีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบเดิมของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเรื่องการเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการนำแนวทางการปฏิบัติมาใช้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยการใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้างปลายเปิด จำนวน 10 ราย และมีการสัมภาษณ์รายกลุ่ม จำนวน 6 ราย ในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง และส่วนใหญ่พบว่าการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง มีการใช้การประเมินที่แตกต่างกัน รวมถึงความสามารถในการประเมินและเฝ้าระวังขึ้นกับประสบการณ์การทำงาน และพบว่าแบบประเมินตามแนวปฏิบัติเดิมถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงค่อนข้างน้อย เนื่องจากประเด็นปัญหาด้านความเข้าใจวิธีการประเมิน การขาดรายละเอียดแนวทางการประเมิน และรู้สึกว่าการประเมินการเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงตามแบบฟอร์มเป็นการเพิ่มภาระงาน รวมถึงมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงค่อนข้างน้อย

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล และนำแนวปฏิบัติไปใช้

เพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยมุ่งหวังว่าการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน มีวิธีการประเมินที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลและป้องกันการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบทบทวนแนวปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020) ประเทศออสเตรเลียมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ทันสมัยและเชื่อถือได้เกี่ยวกับการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล และสร้างมาตรฐานสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล ทำให้มีการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

คำถามการวิจัย

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลเป็นอย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

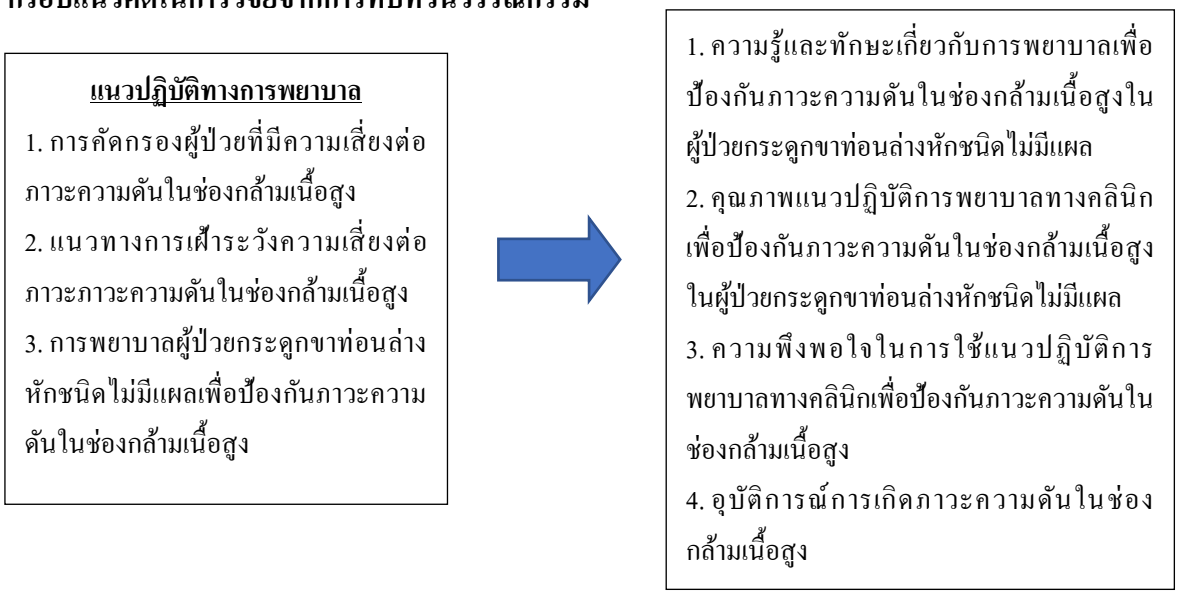
1. คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในระยะหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ สูงขึ้นกว่าระยะก่อนใช้

2. คุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลอยู่ในระดับสูง

3. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงอยู่ในระดับสูง

4. อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงเกิดขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 10

กรอบแนวคิดในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–experimental one group pre–test post–test design) พื้นที่ในการวิจัย หอผู้ป่วยศัลกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 10 คน โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นโดยการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์นำเข้าสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

2. แบบประเมินความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3. แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล ที่ทีมพัฒนาขึ้น

4. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลและแบบสอบถามที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ได้ถูกนำมาตรวจสอบคุณภาพเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 ท่านและพยาบาล 2 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่า IOC = 0.67 - 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง

2. หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำแบบประเมิน มาทดลองใช้กับพยาบาลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยพบว่า แบบสอบถามความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลเป็นลักษณะข้อสอบแบบถูกผิดจำนวน 30 ข้อ ได้ค่า KR - 21 = 0.71 ส่วนแบบประเมินคุณภาพและแบบประเมินความพึงพอใจ ทดสอบโดยวิธี Inter-rater Reliability ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2563 – พฤษภาคม 2565 ดำเนินการดังนี้

1. การทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ตามแนวคิดของ Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn,2020; Khammathit & Makrat, 2016; Khammathit, 2021)

2. การประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล มีการเก็บข้อมูลดังนี้

2.1 วัดผลก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้แบบประเมินดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน 2) แบบประเมินความรู้และทักษะ

เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

2.2 ทดลองใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยรวมเมตตา 2 นำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 15 ราย

2.3 ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ทำการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลทันทีหลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้แนวปฏิบัติ (post- intervention assessment) ตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลในการวัดประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเนื่องจากการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ และเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่งมีจำนวน 10 คน วัดผลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม จึงใช้สถิติแบบ non parameter โดยใช้สถิติ Wilcoxon Match Paired Test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ได้หมายเลขรับรอง รหัส I060 / 2563 รับรองวันที่ 20 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 18 ตุลาคม 2565 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัดในกระบวนการของการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1

การทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีบาดแผล จัดทำขึ้นโดยใช้รูปแบบทบทวนแนวปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris &Munn, 2020) ประเทศออสเตรเลียมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ได้

มาตรฐาน โดยรายละเอียดขั้นตอนและผลการการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยละเอียดจะเผยแพร่ในบทความวิชาการอื่นต่อไป ส่วนรายงานวิจัยฉบับนี้ได้สรุปแนวปฏิบัติฯพอสังเขปได้ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถประเมินและคัดกรองความเสี่ยงตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงตามรายละเอียดดังนี้ (Wang et al., 2023; Guo et al., 2019)

1.1 เพศ โดยพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากลักษณะมวลกล้ามเนื้อของเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง เมื่อเกิดการบาดเจ็บทำให้เกิดความเสี่ยงที่มากกว่า

1.2 อายุ โดยพบว่า บุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีภาวะเสี่ยงสูงเนื่องจากมีมวลกล้ามเนื้อมาก อยู่ในวัยที่กล้ามเนื้อเจริญเติบโตและแข็งแรง เมื่อบาดเจ็บจึงส่งผลให้เกิดความดันในช่องกล้ามเนื้อได้ง่าย

1.3 ลักษณะบาดแผล โดยพบว่า บาดแผลแบบปิดมีภาวะเสี่ยงสูงเนื่องจากเมื่อเกิดการบาดเจ็บบาดแผลที่มีลักษณะปิดจะมีความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

1.4 บริเวณกระดูกที่หัก โดยพบว่า การหักของกระดูก fibular มีโอกาสเกิดได้ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงมากกว่าบริเวณอื่น เนื่องจากเป็นกระดูกขาที่มีขนาดเล็ก แตกหักได้ง่าย และเมื่อเกิดการแตกหักมีโอกาสหักเป็นชิ้นส่วนขนาดเล็กส่งผลต่อการทำลายเนื้อเยื่อได้หลายตำแหน่ง

1.5 ลักษณะการหักของกระดูก โดยพบว่าการหักของกระดูกแบบแตกละเอียดทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและส่งผลให้เกิดความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงได้มากกว่าการหักแบบอื่น

1.6 ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ โดยพบว่าการกระแทกจากการบาดเจ็บรุนแรง และหลายตำแหน่ง รวมทั้งการมีภาวะเลือดออกมากผิดปกติทำให้เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงมากกว่าการบาดเจ็บที่รุนแรงน้อย

1.7 ประวัติการสูบบุหรี่ โดยพบว่าบุคคลที่มีประวัติการสูบบุหรี่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

1.8 ประวัติโรคประจำตัว โดยพบว่า บุคคลที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

1.9 ประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือดจะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้มากกว่าคนทั่วไป

2 แนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อภาวะภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

2.1 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ประกอบด้วย 7 P คือ 1) Pain (อาการปวดซึ่งเป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุดของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง) 2) Paresthesia

(อาการชารู้สึกเจ็บปวดลดลง) 3) Pallor (อาการผิวหนังส่วนปลายซีด) 4) Paralysis (อาการอ่อนแรง) 5) Pulselessness (อาการคลำชีพจรไม่ได้) 6) Passive stretch (ปวดมากขึ้นเมื่อถูกยืดกล้ามเนื้อ โดยการดันนิ้วของผู้ป่วย) 7) Puffiness (อวัยวะส่วนปลายบวมตึงอย่างเห็นได้ชัด) (McMillan et al., 2019; Pechar & Lyons, 2016)

2.2 การเฝ้าระวังควรมีการประเมินผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ภายหลังได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากเป็นช่วงที่ความดันในช่องกล้ามเนื้อจะเริ่มสูงขึ้น และเฝ้าระวังภายใน 24 - 48 ชั่วโมง (Taiwong et al., 2019)

2.3 การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ white cell count (WCC), erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), Creatinine kinase levels (McMillan et al., 2019), myoglobin level (MB), Lactic acid level, Electrolyte level, และ Protein albumin (Taiwong et al., 2019)

3. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง สามารถสรุปได้ดังนี้ (McMillan et al., 2019; Pechar & Lyons, 2016; Taiwong et al., 2019)

3.1 แรกรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงตามแนวปฏิบัติฯ

3.2 ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบว่ามีความดันโลหิตต่ำ อาจส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายลดลงทำให้เกิดความเสี่ยงของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงขึ้น พยาบาลควรรายงานแพทย์เพื่อการรักษา

3.3 ประเมินและบันทึกผลการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง 7 P คือ 1) Pain 2) Paresthesia 3) Pallor 4) Paralysis 5) Pulselessness 6) Passive stretch 7) Puffiness ตามแบบบันทึกในแนวปฏิบัติฯ โดยประเมินผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ภายหลังการบาดเจ็บ ภายในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมง

3.4 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบตามแนวปฏิบัติฯ หากพบความผิดปกติ เช่น Serum creatine kinase (CK) เริ่มสูงขึ้น สัมพันธ์กับระดับ myoglobin level (MB) และ Lactic acid level ที่สูงขึ้นเช่นกัน

3.5 จัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมโดยใช้หมอนรองขาส่วนปลายข้างที่บาดเจ็บให้อยู่ในระดับหัวใจเพื่อลดการบวมและส่งเสริมการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจ ใช้หมอนหรือผ้ารองตามปุ่มกระดูกเพื่อความสุขสบายและลดความเสี่ยงของแผลกดทับ

3.6 การพันผ้าที่ถูกวิธี โดยเลือกใช้ผ้ายืดพันแผลขนาดที่เหมาะสมไม่เล็กและใหญ่เกินไป โดยพันผ้าที่มีความแน่นในระดับที่เหมาะสม ทดสอบโดยการสอดนิ้วเข้าไปใต้ผ้าพันแผล 2 นิ้ว หากทำได้แปลว่ามีความแน่นในระดับพอดี ทำการประเมินการไหลเวียนของเลือดทุก 1 - 2 ชั่วโมงโดยการสอบถามผู้ป่วย และต้องคลายผ้ายืดที่พันไว้ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด

ส่วนที่ 2

ผลการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล สามารถสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 34.1 ปี ($\bar{x}$ = 34.1 ปี, S.D. = 11.7) (range 23 - 59 ปี) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก อายุงานเฉลี่ย 9.9 ปี (S.D. = 8.8) (range 1 - 25 ปี) ผลการศึกษาประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

การเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon sign ranks test

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n = 10)

ระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติ	n	$\bar{x}$	S.D.	IQR	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนการทดลอง	10	21.4	3.27	0	-2.82	.002*
หลังการทดลอง	10	25.6	1.90	0		

$P \leq 0.05^{*}$

จากตารางที่ 1 พบว่าภายหลังการทดลองการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีบาดแผล กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ (pre test $\bar{x}$ = 21.4, S.D. = 3.27 post test $\bar{x}$ = 25.6, S.D. = 1.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.002

2. การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล (n = 10)

ระดับคุณภาพแนวปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.
1. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ทำให้เกิดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	8.8	0.75
2. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ทำให้ฉันเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	8.6	0.80
3. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	8.3	0.64
4. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ทำให้ฉันและผู้ร่วมงานมีมาตรฐานการทำงานเพิ่มขึ้น	8.1	0.54
5. การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	8.4	0.49
6. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้สามารถนำมาใช้ปฏิบัติงานได้จริง	8.3	0.46
7. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้มีความสะดวกและรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อการรักษาอย่างทันท่วงที	7.7	0.46
8. ระดับความยากง่ายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้	7.4	0.49
ภาพรวมระดับคุณภาพแนวปฏิบัติ	8.2	0.14

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 8.20, S.D. = 0.14) โดยพบว่าคะแนนสูงที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติคือด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 8.80, S.D. = 0.75) รองลงมาคือด้านการเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 8.60, S.D. = 0.80) ส่วนการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{x}$ = 7.40, S.D. = 0.49)

3. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล (n = 10)

ระดับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก	8.7	0.78	มาก
2) ความต้องการในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้	8.1	0.70	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	8.4	0.74	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีบาดแผลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 8.70, S.D. = 0.78) และกลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความต้องการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้จริงในระดับมาก ($\overline{X}$ = 8.10, S.D. = 0.70)

4. อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีบาดแผลพบว่า พยาบาลได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีบาดแผลจำนวน 15 คน พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 34.40 ปี (S.D. = 7.54) (range 23 - 49 ปี) ส่วนมากประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่มอเตอร์ไซด์ ได้รับวินิจฉัยเป็นกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีบาดแผล (Closed fracture both bone leg) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานบนตึกศัลยกรรมกระดูกชายได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้กับผู้ป่วยทั้ง 15 คน ไม่พบภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงคิดเป็นร้อยละ 100

อภิปรายผล

จากผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล พบว่าภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) เนื่องจากการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯในครั้งนี้ ได้มีการทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้ตามมาตรฐานสากลของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris &Munn, 2020) ประเทศออสเตรเลีย มีการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยใช้แบบประเมินค่างานวิจัย (Critical appraisal tool) (Khammathit & Makrat, 2016; Khammathit, 2021) และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ก่อนนำมาใช้จริง ประเด็นสำคัญในแนวปฏิบัติมีความครอบคลุมทั้งด้านการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงทำให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง คือ เพศ อายุ ลักษณะบาดแผล บริเวณกระดูกที่หัก ลักษณะการหักของกระดูก ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ ประวัติการสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (Wang et al., 2023; Guo et al., 2019)

นอกจากนั้น แนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง โดยการเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ประกอบด้วย 7 P

คือ 1) Pain 2) Paresthesia 3) Pallor 4) Paralysis 5) Pulselessness 6) Passive stretch 7) Puffiness (McMillan et al., 2019; Pechar & Lyons, 2016) การเฝ้าระวังควรมีการประเมินผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ภายหลังได้รับบาดเจ็บ และเฝ้าระวังภายใน 24 - 48 ชั่วโมง (Taiwong et al., 2019) การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ ผลการตรวจเลือดที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (McMillan et al., 2019) ประเด็นสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้คือ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Thanapanich, 2019; Taiwong et al., 2019) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่นำแนวปฏิบัติไปใช้มีมาตรฐานในการดูแลที่น่าเชื่อถือทำให้พยาบาลเกิดความรู้และทักษะของการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับผลการศึกษาการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พบว่าคะแนนสูงที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติคือด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 8.80 , S.D. = 0.75) รองลงมาคือด้านการเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 8.60 , S.D. = 0.80)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kraisriwattana (2020) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะ Compartment Syndrome อย่างเป็นระบบและเป็นแนวทางเดียวกันช่วยให้รวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุมและพยาบาลสามารถจำแนกอาการผิดปกติผู้ป่วยได้และรายงานอาการผิดปกติได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้นภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมในระดับมาก ($\bar{x}$ = 8.70, S.D. = 0.78) และมีความต้องการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้จริงในระดับมาก($\bar{x}$ = 8.10, S.D. = 0.70) ซึ่งตรงกันกับผลการศึกษาของ Kraisriwattana (2020) ที่พบว่าพยาบาลที่ใช้ในปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

สรุป

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล พบว่าภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ โดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากการค้นคว้าหลักฐาน เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่ทันสมัย นำมาปรับปรุงใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน จะช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติงานได้ง่าย สะดวก มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน (Kraisriwattana, 2020) การพัฒนาแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาล เนื่องจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเป็นการนำองค์ความรู้ที่ดีที่สุดและทันสมัยที่สุดในขณะนั้นมาใช้อ้างอิงร่วมกับข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Khammathit, 2021) พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมิน การติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น (Thanapanich, 2019; Pokharel, 2020)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผลในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ทั้งหมดของโรงพยาบาลและขยายผลการนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ

2. สามารถนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักชนิดไม่มีแผลและตรวจสอบประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และติดตามผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวปฏิบัติไปใช้ในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกอื่น ๆ เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการพยาบาลและควรประเมินผลการใช้โดยทำการวิจัยซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อสนับสนุนประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในพื้นที่อื่น ๆ

2 ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นเป็นการจัดการองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหักชนิดไม่มีแผล

3. ควรทำการวิจัยร่วมกับหน่วยงานอื่นโดยนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ในแผนกศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลอื่นๆ และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลต่างๆที่เข้าร่วมวิจัย

รายการอ้างอิง (Reference)

Aromataris, E., & Munn, Z. (Editors). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI,* Retrieved May 20, 2022 from https://synthesismanual.jbi.global. DOI: 10.46658/JBIMES-20-01

Guo, J., Yin, Y., Jin, L., Zhang, R., Hou, Z., & Zhang, Y. (2019). Acute compartment syndrome: Cause, diagnosis, and new viewpoint. *Medicine (Baltimore),* 98 (27), e16260. DOI: 10.1097/MD.0000000000016260.

Khammathit, A., & Makrat, M. (2016). Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in evidence-based practice: A 3 step method, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 249 - 259.

Khammathit, A. (2021). The evidence-based approach in health care management applied to nursing, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 315 - 328.

Kraisriwattana, S. (2020). Nursing practice guideline development for surveillance of compartment syndrome in orthopedic department Udonthani Hospital, *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(2), 192 - 202.

McMillan, T.E., Gardner, W.T., & Schmidt, A.H., (2019). Johnstone AJ. Diagnosing acute compartment syndrome-where have we got to?. *International Orthopedics*, 43(11), 2429 - 2435. DOI: 10.1007/s00264-019-04386-y

Medical record department Udonthani hospital. (2022). Patient visit statistic report, Udonthani Hospital, N.P. (in Thai).

Mortensen, S.J., Orman, S., Serino, J., Mohamadi, A., Nazarian, A., & von Keudell, A. (2021) Factors Associated with Development of Traumatic Acute Compartment Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *The archives of bone and joint surgery*, 9(3), 263 - 271. DOI: 10.22038/abjs.2020.46684.2284.

Orthopedic department Udonthani hospital (2019). *Annual report of Orthopedic department*, Udonthani hospital; 2017-2019, N.P. (in Thai).

Osborn, C., Patrick, M., Schmidt, M.D., & Andrew, H. (2020) Management of Acute Compartment Syndrome. *Journal of the American Academy of Orthopedic Surgeons,* 28(3), 108 -114. DOI: 10.5435/JAAOS-D-19-00270

Pechar, J., & Lyons, M. M. (2016). Acute compartment syndrome of the lower leg: a review. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(4), 265 – 270. DOI: 10.1016/j.nurpra.2015.10.013

Pokharel, K. (2020). Knowledge regarding prevention of post traumatic compartment syndrome of limbs among nurses of a teaching hospital. *Journal of Patan Academy of Health Sciences*, 7(3), 84-94. DOI: 10.3126/jpahs.v7i3.33832

Stella, M., Santolini, E., Sanguineti, F., Felli, L., Vicenti, G., Bizzoca, D., & Santolini, F. (2019). Aetiology of trauma-related acute compartment syndrome of the leg: A systematic review. *Injury*, 50, S57 -S64. DOI: 10.1016/j.injury.2019.01.047

Taiwong, A., Baothong, K., Palachai, T., Paenghom, C., & Nuchphool, J. (2019). Compartment Syndrome among Orthopedic Patient: Nurse' Roles in Assessment and Prevention. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 17 - 24.

Thanapanich, T. (2019). Nursing care of closed fracture left Tibia with compartment syndrome: case study, *Singburi hospital journal*, 28(2), 77 - 96.

Wang, T., Guo, J., Long, Y., & Hou, Z. (2023). Predictors of acute compartment syndrome in with tibial fractures: a meta-analysis. *International Orthopedics (SICOT),* 47, 51 - 65. DOI: 10.1007/s00264-022-05643-3

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในภาคใต้ ประเทศไทย

Knowledge, Attitudes, and Caring Behaviors Towards Elderly Patients of Nursing Students at Southern University, Thailand

อรชร หลำพรม[1], วราภรณ์ คงสุวรรณ[1], ทัศนีย์ ขาว[1],
นูรดีนี ดือเระ[2], ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง[3*]
Orachorn Lumprom[1], Waraporn Kongsuwan[1], Tusanee Khaw[1],
Nurdeenee Dereh[2], Praditporn Pongtriang[3*]

(Received: April 22, 2023; Revised: June 18, 2023; Accepted: July 10, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ และความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของมหาวิทยาลัยในภาคใต้ 3 แห่ง จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3) แบบวัดทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และ 4) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุฉบับนักศึกษาพยาบาล ค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.98, 0.99 และ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ (rKR-20) เท่ากับ 0.78 แบบวัดทัศคติและพฤติกรรม (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (M = 28.37, S.D. = 2.88) ทัศนคติอยู่ในระดับสูง (M = 197.40, S.D. = 15.64) และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับสูง (M = 53.00, S.D. = 6.17) 2) ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.26,

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[1]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
[2]Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
[3]Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University
*Corresponding Author: Praditporn.pon@sru.ac.th

p = .00) รวมถึงทัศนคติและพฤติกรรมก็มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (r = 0.37, p = 0.00) แต่พบว่า ความรู้และพฤติกรรมไม่ได้มีความสัมพันธ์กัน (r = 0.016, p = 0.79)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนควรพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมโภชนาการที่ถูกต้องและการชะลอความเสื่อมทางร่างกายในผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล และเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ป่วยสูงอายุ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This correlational study aimed to determine the levels and relationships between knowledge, attitudes and caring behaviors towards elderly patients among nursing students. The sample comprised of 260 third-year undergraduate nursing students from three universities in Southern of Thailand. There were four components of data collection included: 1) personal characteristics, 2) gerontological knowledge questionnaire, 3) attitudes towards the elderly, and 4) nursing students' caring behaviors towards elderly patients. The research instruments' content validity indexes were 0.98, 0.99 and 1.00. The reliability of the gerontological knowledge questionnaire (rKR-20) was 0.78. The coefficients of Cronbach's alpha for the questionnaires on attitudes towards elderly patients and caring behaviors towards elderly patients were 0.84 and 0.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean), and Pearson's correlation coefficients. The results showed that third-year nursing students had moderate level of knowledge towards elderly patients (M = 28.37, SD = 2.88), while their attitudes (M = 197.40, SD = 15.64) and their caring behaviors towards elderly patients (M = 53.00, SD = 6.17) were both at a high level. Pearson's correlation indicated a substantial relationship between knowledge and attitudes (r = 0.26, p = 0.00) as well as between attitudes and caring behaviors towards elderly patients (r = 0.37, p = 0.00). However, a non-significant relationship between knowledge and caring behavior towards elderly patients was found (r = 0.016, p = 0.79).

The findings indicate that the development of teaching and learning management strategies for nursing students should promote accurate nutrition and prevent physical deterioration in the elderly. The study also provides recommendations for programs to encourage nursing students' favorable attitudes toward behavioral change in the elderly population.

Keyword: Knowledge, Attitude, Caring behavior, Elderly patients, Nursing students

บทนำ

การพัฒนาทางเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ส่งผลให้อายุไขเฉลี่ยของประชากรยาวนานขึ้น ซึ่งทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว องค์การอนามัยโลกระบุในปี 2019 พบประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลก 1000 ล้านคน และคาดการณ์จะเพิ่มขึ้น เป็น 1400 ล้าน ในปี 2030 (World Health Organization, 2023) และในปี พ.ศ. 2561 จำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นเกือบ 11 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 16 ของประชากรไทยทั้งหมดจำนวน 66 กว่าล้านคน (Department of Older Persons, 2018) แนวโน้มดังกล่าวอาจมีผลต่อการเตรียมพร้อมรับมือด้านความก้าวหน้าทางการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยผู้สูงอายุไทยมีทั้งกลุ่มที่สามารถพึ่งตนเองได้ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้เลย ซึ่งสาเหตุภาวะพึ่งพาอาจมาจากความเสื่อมหน้าที่ของร่างกายและระบบการทำงานของภูมิคุ้มกันที่ลดลง ทำให้ต้องดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับปัญหาสุขภาพชนิดเรื้อรัง และโรคร่วมหลาย ๆ โรค ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไตวาย ภาวะกระดูกพรุน เป็นต้น เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในระยะยาวทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพและสมาชิกครอบครัว (Ansbro et al., 2022; Sasat, Pagaiya, & Wisesrith, 2019)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งจากตัวโรคและความเสื่อมถอยของร่างกาย ผู้ให้การดูแลจึงต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่จำเพาะ โดยความรู้ความสามารถทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสำคัญ เช่น ด้านสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ และกลุ่มอาการสูงอายุ การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทักษะการให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสม และการมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุและญาติ รวมถึงการประเมินสภาพอย่างครอบคลุมและให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Thaniwattananon, 2016) นอกจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องเริ่มต้นด้วยการมีทัศนคติทางบวกและมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ไม่ใช่ภาระของการดูแล การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลบางส่วนมีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย เนื่องจากปัจจัยด้านการเติมเต็มความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อน ผู้สูงอายุบางรายอาจมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่มาก ต้องใช้เวลาและความอดทน (Rush, Hickey, & Janke, 2017) การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะดังกล่าวอยู่ในระดับสูง แต่ทัศนคติและคะแนนปฏิบัติในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Arsavisate, Leethong-in, & Piyawattanapong, 2019) อย่างไรก็ตามในบางการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับ ความเปราะบาง ความเสื่อมถอยของร่างกายที่ค่อนข้างน้อย (Asaisong, 2012) ผลการศึกษาเหล่านี้อาจเป็นจุดที่

สะท้อนถึงปัญหาของการได้รับความรู้และสร้างทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่พยาบาลได้รับมาขณะที่ตนเองเป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีความจำเป็นต่อการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

ตามทฤษฎีของ Krathwohl, Bloom, and Masia (1964) เชื่อว่าความรู้และทัศนคติของบุคคลส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม และเพื่อให้สามารถผลิตพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพนั้น การเตรียมนักศึกษาเพื่อให้มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้จึงต้องให้ความสนใจทั้ง 3 ด้านนี้ ในหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ สภาการพยาบาลได้กำหนดให้มีการสอนการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งปัจจุบันทางคณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ได้มีการจัดการเรียนการสอน โดยจัดทำรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุในชั้นปีที่ 2 หรือ 3 ซึ่งมีเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับทฤษฎีสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของการสูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ กระบวนการพยาบาลตามปัญหาที่พบบ่อย และการใช้ยาในผู้สูงอายุ เป็นต้น (Course specification 3, 2020) ทั้งยังมีการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และ 2 ในชั้นปีที่ 2 หรือ 3 ซึ่งนักศึกษาได้มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุบนหอผู้ป่วยต่าง ๆ และปัญหาที่พบจากประเมินผลการเรียนการสอนรายวิชาผู้สูงอายุด้านทฤษฎีและปฏิบัติ คือ การนำความรู้ในห้องเรียนไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัตินั้นยังไม่เห็นถึงภาพการดูแลที่เข้าถึงผู้สูงอายุ เช่น การเข้าใจถึงสภาวะโรคและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ความบกพร่องต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ การเข้าถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงการประเมินสภาพผู้สูงอายุนั้น มักจะเป็นเรื่องที่ยากเพราะความลำบากในการเข้าหาผู้สูงอายุ การสื่อสาร และทักษะการใช้แบบประเมิน ทั้งนี้สิ่งที่นักศึกษาสะท้อนความรู้สึกออกมาจากการดูแลผู้สูงอายุขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยนั้นมีทั้งทัศนคติด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นพฤติกรรมการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่แสดงออกมา อาจมีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้จากห้องเรียนและการปลูกฝังทัศนคติก่อนการฝึกปฏิบัติร่วมด้วย

จากการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วยสูงอายุ (Faronbi, Adebowale, Faronbi, Musa, & Ayamolowo, 2017; Mandville-Anstey, Ward, Grainger, & Foley, 2014) มีเพียงบางส่วนที่มีมุมมองและให้คำจำกัดความเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุในด้านลบ เกี่ยวกับปัญหาในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ และมองว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา (Celik, Kapucu, Tuna, & Akkus, 2017) อีกทั้งยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่จบการศึกษาออกไปแสดงถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งด้านบวกและด้านลบ ในประเด็นการดูแลตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุยังมีข้อบกพร่องหรือถูกละเลยไปอันเนื่องมาจากทัศนคติ และความรู้ที่จำเป็นต้องเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการของการเกิดความสูงอายุ (Hanson, 2014) และอาจเกิดจากการมีความไม่เข้าใจ กลัวการเข้าหาในการปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายอาจ

มีพฤติกรรม ขี้น้อยใจ ขี้บ่น (Karuncharernpanit & Seesanea, 2017) อย่างไรก็ตาม พบว่า นักศึกษาที่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุนั้นมีผลต่อทัศนคติเชิงบวก ซึ่งเกิดจากการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้านการพยาบาลผู้สูงอายุแก่นักศึกษาพยาบาลตามหลักสูตรและรายวิชาของสถาบันต่าง ๆ กำหนด เพื่อการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะการดูแลของนักศึกษาพยาบาลอย่างหลากหลาย (Singhasem, Nawsuwan, & Suwanwaha, 2019)

ทั้งนี้ในประเทศไทย ยังมีการศึกษาด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลค่อนข้างน้อย โดยพบการศึกษาปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล (Leethong-in, & Piyawattanapong, 2015) ซึ่งยังต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในเรื่องดังกล่าว เพื่อพัฒนาและยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาภายใต้รายวิชาปฏิบัติเพียงอย่างเดียว และการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในสถาบันการศึกษาทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งบริบทการจัดการเรียนการสอนอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของนักศึกษาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นการศึกษาความรู้ ร่วมกับทัศนคติและพฤติกรรมของนักศึกษาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะนำไปสู่การส่งเสริมการบริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต และเป็นการเตรียมพร้อมฝึกฝนการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะในบริบทของนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยในภาคใต้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

สมมติฐาน

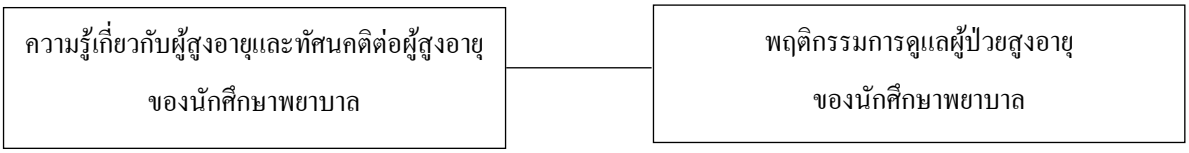
1. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม โดยผู้พัฒนา Krathwohl et al. (1964) ปรับปรุงโดย Anderson and Krathwohl (2001) มาอธิบายความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ของนักศึกษาพยาบาล โดยบุคคลมีการเรียนรู้ผ่านกระบวนการของประสบการณ์ ซึ่งมีความเชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการจำแนกทฤษฎีการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (cognitive domain) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญา เกี่ยวข้องกับความสามารถในการรู้จำ เข้าใจ นำไปใช้ วิเคราะห์หรือแยกแยะ การประเมินค่าเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ และการสร้างสรรค์ให้เกิดสิ่งใหม่ที่ดีกว่าเดิม 2) ด้านทัศนคติหรือจิตพิสัย (affective domain) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก การรับรู้ ค่านิยม ความเชื่อ การให้คุณค่า ซึ่งส่งผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม และ 3) ด้านการปฏิบัติหรือทักษะพิสัย (psychomotor domain) เป็นการแสดงออกทางร่างกายหรือความสามารถในการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทัศนคติมาประกอบกันให้เกิดเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติ หรืออาจกล่าวได้ว่า ความรู้และทัศนคติของบุคคลส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม จากองค์ประกอบข้างต้น จึงจำเป็นต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทั้ง 3 ที่อาจมีผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ดีและให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ในทางตรงกันข้าม หากนักศึกษาพยาบาลขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาลอาจขาดทักษะการดูแลผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่มีคุณภาพ นั่นหมายความว่าความรู้และทัศนคติอาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational study) เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยในภาคใต้ ประเทศไทย ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของมหาวิทยาลัยในภาคใต้จำนวน 673 คน แบ่งเป็นมหาวิทยาลัยจากภาคใต้ตอนบน ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยภาคใต้ตอนกลาง ได้แก่ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ สำหรับมหาวิทยาลัยภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต

ปัตตานี และมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ซึ่งกลุ่มประชากร ดังกล่าว ได้ผ่านกระบวนการเรียนการสอนทั้งรายวิชาทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นที่เรียบร้อยในระยะเวลาที่สามารถทำให้การวัดประเมินผลเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม สะท้อนความเป็นจริงมากที่สุด

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ จาก 3 มหาวิทยาลัยของภาคใต้ ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี และมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ซึ่งได้จากการสุ่มเลือกมหาวิทยาลัยตัวแทนของภาคใต้แต่ละส่วน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (1967) คือ $n = N \div (1+Ne2)$ เมื่อ n คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N คือ จำนวนประชากรทั้งหมดที่มี และ e คือ ค่าความความคาดเคลื่อนในการสุ่มที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ 5 % เนื่องจากจำนวนประชากรทั้งหมด 673 คน เมื่อคำนวนแล้วจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน และกลุ่มนี้นับว่าเป็นกลุ่มที่มักจะมีอัตราการตอบกลับสูง แต่เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4 ของจำนวนที่คำนวณได้ ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 260 คน จากจำนวนนี้จะมีการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (proportional stratified random sampling) เทียบตามสัดสัดส่วนขนาดประชากรของมหาวิทยาลัยทั้ง 3 แห่ง (National Statistical Office, 2012) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละมหาวิทยาลัย คือ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จำนวน 122 คน มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จำนวน 74 คน มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 64 คน

หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บในแต่ละมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยดำเนินการใช้วิธีการสุ่มรหัสนักศึกษาอย่างง่าย (simple random sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และ 2 มาแล้ว และ 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ชั้นปีที่เรียนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เกรดเฉลี่ย ณ ปัจจุบัน เกรดรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลและบทบาทหน้าที่ในการดูแล วิธีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและรายวิชาปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่นักศึกษาได้เรียน และวิธีการเรียนการสอนที่นักศึกษาพึงพอใจหรืออยากให้มีขึ้น

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยออกแบบโดยยึดตามหัวข้อเนื้อหาการเรียนการสอนตามหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีจำนวน 40 ข้อ ครอบคลุม

เนื้อหามโนทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีความสูงอายุ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพ การพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ geriatric syndromes การฟื้นฟูสภาพและการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หากตอบผิดจะได้คะแนน 0 และตอบถูกจะได้คะแนน 1 คะแนน คะแนนเฉลี่ยจะนำมาคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละเพื่อแปลผลเปรียบเทียบกับระดับอ้างอิงคะแนนตามหลักเกณฑ์ของ Bloom, Madaus and Hastings (1971) ดังนี้ ความรู้ระดับสูง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 (32 - 40 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 79.99 (24 - 31 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 23 คะแนน)

3. แบบวัดทัศนคติของนักศึกษาที่มีต่อผู้สูงอายุฉบับภาษาไทยจากการวิจัยของ Asaisong (2012) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตนำใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 50 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 28 ข้อ และคำถามเชิงลบ 22 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับคะแนน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยให้เลือกตอบเพียงระดับเดียว ส่วนของข้อความเชิงลบจะมีการกลับคะแนนจากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) แปลผลโดยนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยจากข้อคำถามทั้งหมดและแบ่งเป็น 3 ระดับทัศนคติ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ได้แก่ ระดับสูง 3.34 – 5.00 ระดับปานกลาง 1.67 – 3.33 และระดับต่ำ 1.00 – 1.66

4. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ ฉบับนักศึกษาพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นภายใต้ทฤษฎีทางการพยาบาลของวัตสัน (Caring Behaviors Inventory for Elderly) ในการวิจัยของ ของ Wolf (2006) ผู้วิจัยได้ทำการแปลและแปลย้อนกลับ (translate and back translate) เพื่อนำใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยข้อคำถามเดิมมีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการสนองความต้องการส่วนบุคคล การแสดงความเคารพ การปฏิบัติด้วยทักษะความรู้ที่เพียงพอ การเคารพเอกสิทธิ์ การสนับสนุนทางด้านศาสนา ความเชื่อ / จิตวิญญาณ ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ที่ไม่สอดคล้องกับนักศึกษาพยาบาลได้ถูกตัดออกภายหลังการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ คำถามข้อที่ 5 10 11 14 15 16 25และ 26 แบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (3 – point Likert rating scale) (Jacoby & Matell, 1971) มี 3 ระดับคะแนน ประกอบด้วย นาน ๆ ครั้ง (1) บางครั้ง (2) บ่อยครั้ง (3) คะแนน คะแนนถูกรวบรวมนำมาหาค่าเฉลี่ยโดยเทียบกับจำนวนข้อคำถามทั้งหมดและแบ่งได้ 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) คือ พฤติกรรมการดูแลที่อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.5 – 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแบบวัดพฤติกรรมการ

ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ ฉบับนักศึกษาพยาบาล โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้งทางด้านการพยาบาลและการเรียนการสอนโดยตรงเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้นำผลการพิจารณามาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (scale content validity index: S-CVI) ได้เท่ากับ 0.98, 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การหาค่าความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดดังกล่าวไปตรวจสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาคนละกลุ่มกับนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบวัดทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้เท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson 20 (rKR-20) สำหรับแบบวัดความรู้ เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2564 ภายหลังจากการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันแล้ว ซึ่งเป็นช่วงที่นักศึกษาทั้ง 3 สถาบันเสร็จสิ้นจากรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ 1 และ 2 ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ได้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาในสถาบันเข้าร่วมในการวิจัยโดยใช้คนกลางซึ่งเป็นตัวแทนนักศึกษาในการชี้แจงและเชิญชวนเข้าร่วมโดยความสมัครใจ พร้อมดำเนินการแจกและเก็บแบบสอบถาม สำหรับรายละเอียดข้อมูลการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างจะเขียนไว้ในใบปะหน้าของชุดแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างอ่านและยินยอมเข้าร่วมวิจัย นักศึกษาจะดำเนินการแจกแบบสอบถาม ทั้ง 4 ส่วน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามโดยประมาณ 60 นาที ผู้เข้าร่วมอาจเกิดความเหนื่อยล้าระหว่างตอบแบบสอบถามได้ จึงสามารถหยุดพักหรือทำให้แล้วเสร็จภายใน 1 – 2 วันแล้วส่งคืน หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรม จากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2020-NL 017) และวิจัยนี้ดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยผู้เข้าร่วมมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยและตัวแทนนักศึกษามีการแนะนำตนเอง อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยและข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมและการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมวิจัย คือ ความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม รวมถึง การเก็บรักษาข้อมูลความลับและถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยไปแล้ว 5 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัยเบื้องต้น ผลการทดสอบการกระจายคะแนนรวมของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูล

ทั่วไป และ ค่าคะแนนของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล จะใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 260 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 240 คน (ร้อยละ 92.3) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 19 - 24 ปี (M = 21.05, S.D. = 0.79) นับถือศาสนาพุทธ 150 คน (ร้อยละ 57.7) รองลงมาเป็นอิสลาม 108 คน (ร้อยละ 41.5) และคริสต์ 2 คน (ร้อยละ 0.8) ส่วนใหญ่เรียนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 75.4) รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 24.6) ในจำนวนทั้งหมดมีเกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 3.21 (S.D. = .25, Max = 3.83, Min = 2.55) และเกรดรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุพบว่า มีเกรด A จำนวน 49 คน (ร้อยละ 18.8) เกรด B และ B+ จำนวน 123 คน (ร้อยละ 47.3) เกรด C และ C+ จำนวน 88 คน (ร้อยละ 33.9) กลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่งมีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว (ร้อยละ 51.2) และในจำนวนนี้มีร้อยละ 31 ที่มีผู้สูงอายุจำนวน 1 คนอยู่ในครอบครัว ร้อยละ 16.2 มีจำนวน 2 คนในครอบครัว จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวนร้อยละ 28.5 ที่มีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความสุขสบายและดูแลขณะเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุสูงสุดเป็นระยะเวลาที่ 9 ปี (M = 0.66, S.D. = 1.63) วิธีการจัดการเรียนการสอน 3 ลำดับที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้เรียน ได้แก่ การบรรยาย (ร้อยละ 94.2) simulation (ร้อยละ 86.5) และการฝึกปฏิบัติ (ร้อยละ 72.3) วิธีการจัดการเรียนการสอนที่กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยากให้มีขึ้น 3 ลำดับ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติจริง (ร้อยละ 75) วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง (ร้อยละ 15.4) และการบรรยาย (ร้อยละ 7.3)

2. ระดับของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ระดับของความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 28.37 (S.D. = 2.88) โดยค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 และสูงสุด 36 ซึ่งคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละของความรู้เท่ากับ 70.93 แสดงถึงการมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) ข้อความรู้ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ DASH diet (แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง) เป็นทางเลือกที่สำคัญที่สุดในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงกลุ่มทุติยภูมิ คำแนะนำผู้สูงอายุให้ลดการรับประทานอาหารประเภทข้าวขาว แป้งและน้ำตาล เป็นคำแนะนำตามทฤษฎีการสะสม และผู้สูงอายุสามารถฝึก Kegel exercise (การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน) เพื่อลดการคั่งของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ

ระดับของทัศนคติต่อผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 197.40 (S.D. = 15.64) และคิดเป็นค่าเฉลี่ยจากข้อคำถามทั้งหมด เท่ากับ 3.94 แสดงถึงการมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) โดยค่าเฉลี่ยทัศนคติรายข้อที่มีค่าต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การมีความคิดว่าเมื่อสูงอายุก็เหมือนกลับไปเป็นเด็กเล็กอีกครั้ง ผู้สูงอายุ ขี้หลงขี้ลืม และผู้สูงอายุชอบติ ขี้บ่น วิพากษ์ วิจารณ์

ระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 53.00 (S.D. = 6.17) และ คิดเป็นค่าเฉลี่ยจากข้อคำถามทั้งหมดเท่ากับ 2.65 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) โดยมีการปฏิบัติค่อนไปทางบ่อยครั้ง พฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ ช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวในการตัดสินใจ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุไม่ว่าผู้สูงอายุจะร้องขอหรือไม่ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวม และคะแนนต่ำสุด 3 ลำดับ (n = 260)

ตัวแปร/ข้อคำถาม	M	S.D.	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยรวมทุกข้อ	**28.37**	**2.88**	**ร้อยละ 70.93 = ระดับปานกลาง**
คะแนนความรู้ของข้อที่ต่ำสุด 3 ลำดับ			
1. DASH diet เป็นทางเลือกที่สำคัญที่สุดในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงกลุ่มทุติยภูมิ	0.06	0.23	
2. คำแนะนำผู้สูงอายุให้ลดการรับประทานอาหารประเภทข้าวขาว แป้งและน้ำตาลเป็นคำแนะนำตามทฤษฎีการสะสม	0.28	0.45	
3. ผู้สูงอายุสามารถฝึก Kegel exercise เพื่อลดการคั่งของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ	0.32	0.47	
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยรวมทุกข้อ	**197.40**	**15.64**	**ค่าเฉลี่ย 3.94 = ระดับสูง**
คะแนนทัศนคติของข้อที่ต่ำสุด 3 ลำดับ			
1. นักศึกษาคิดว่าเมื่อสูงอายุก็เหมือนกลับไปเป็นเด็กเล็กอีกครั้ง	2.34	1.02	
2. นักศึกษาคิดว่าผู้สูงอายุขี้หลงขี้ลืม	2.48	0.82	
3. นักศึกษาคิดว่าผู้สูงอายุชอบติ ขี้บ่น วิพากษ์ วิจารณ์	2.86	0.97	
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมทุกข้อ	**53.00**	**6.17**	**ค่าเฉลี่ย 2.65 = ระดับสูง**
คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของข้อที่ต่ำสุด 3 ลำดับ			
1. นักศึกษาช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวในการตัดสินใจ	2.13	0.68	
2. นักศึกษาตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุไม่ว่าผู้สูงอายุจะร้องขอหรือไม่	2.41	0.62	
3. นักศึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน	2.67	0.55	

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.26, p = 0.00) แต่ความรู้ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (r = 0.016, p = 0.79) ทั้งนี้ ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.37, p = 0.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (n = 260)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม
ความรู้	1	0.26*	0.016
ทัศนคติ	0.26*	1	0.37*
พฤติกรรม	0.016	0.37*	1

*$p < 0.01$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาระดับของความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของมหาวิทยาลัยในภาคใต้ 3 สถาบัน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเรียนการสอนในช่วงของสถานการณ์ โควิด - 19 เป็นรูปแบบออนไลน์ที่นักศึกษามีการปฏิสัมพันธ์ตัวต่อตัวกับผู้สอนได้น้อย (Panyoyai & LeSeure, 2021) และมีช่วงระยะเวลาที่นักศึกษาต้องมีการศึกษาด้วยตนเอง และอาจไม่ได้มีช่วงในการสอบถามหรือพูดคุยเพิ่มเติมกับผู้สอน ซึ่งในบางการศึกษาก็ชี้ให้เห็นว่านักศึกษาชื่นชอบการสอนแบบพบปะเห็นหน้ามากกว่าการเรียนออนไลน์ (Li et al., 2021) ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลต้องมีการเรียนรายวิชาทฤษฎีที่ควบแน่นหลายวิชาในช่วงระยะเวลาเดียวกัน เนื่องจากไม่สามารถจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติได้ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 จึงอาจมีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาและอาจต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ เป็นผลให้มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า ความรู้ในระดับปานกลางจากผลการวิจัยครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับเกรดรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.3 ได้เกรด B และ B+ รองลงมาคือเกรด C และ C+ ร้อยละ 33.9 สำหรับความรู้รายข้อของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างในวิจัยนี้พบประเด็นปัญหา คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความสูงอายุ การให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่มีความละเอียดและมีปริมาณมาก นอกจากนี้ วิธีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างนั้นร้อยละ 94.2 ได้รับการฟังบรรยาย และได้ฝึกปฏิบัติจริงน้อยอยู่เมื่อเทียบกับความต้องการของนักศึกษา ซึ่งอาจทำให้นักศึกษาไม่ได้นำความรู้มาใช้ ทำให้ความรู้ที่ได้รับจากการ

บรรยายคงอยู่ได้ไม่นาน โดยในการศึกษาที่ผ่านมาก็เห็นสมควรว่าการเรียนการสอนฝึกปฏิบัติควรให้นักศึกษาได้มีเวลาเพียงพอกับการดูแลผู้สูงอายุจริง (Muhsin, Munyogwa, Kibusi, & Seif, 2020)

ในส่วนของทัศนคติที่มีระดับสูงนั้น เบื้องต้นอาจเนื่องมาจากการเรียนการสอนที่บ่มเพาะนักศึกษาพยาบาลด้วยการปลูกฝังมุมมองที่เป็นด้านบวกต่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคตไม่ว่าจะดูแลให้การพยาบาลผู้ใช้บริการวัยใดหรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดก็ตาม ประกอบกับการที่นักศึกษาได้รับความรู้จากการเรียนเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกระบวนการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยของร่างกาย การรู้คิดและสติปัญญาของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งส่วนหนึ่งได้ปฏิบัติทักษะการให้การพยาบาลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง ทำให้มีความเข้าใจความเป็นผู้สูงอายุมากขึ้นและมีความรู้สึกอารมณ์นึกคิดในทางบวกต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมา มองว่าวัฒนธรรมไทยมีส่วนที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ต่อผู้สูงอายุที่ดี เนื่องจากมีการส่งเสริมให้ความเคารพผู้สูงอายุจากครอบครัวไทย (Prabripoo & Mongkol, 2018) ซึ่งจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษานี้มีนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 51.2 มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวร่วมด้วย ส่วนหนึ่งจึงอาจได้รับการปลูกฝังทัศนคติที่ดีของสังคมไทยมาจากครอบครัว (Ankanawin, Untaja, Yuroong, & Bohplian, 2020) ร่วมกับประสบการณ์การอยู่ร่วมกับสมาชิกผู้สูงอายุ (Ghimire et al., 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุจะทำให้มีทัศนคติทางบวก เพราะได้เรียนรู้จากการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเอง (Muhsin et al., 2020) สำหรับค่าเฉลี่ยทัศนคติ รายข้อที่มีค่าต่ำสุด 3 ลำดับ ไม่ว่าจะเป็นการมองว่าการสูงอายุก็เหมือนกลับไปเป็นเด็กเล็กอีกครั้ง ผู้สูงอายุขี้หลงขี้ลืม ติ บ่น วิพากษณ์ วิจารณ์ อาจเป็นเพราะว่าข้อความเหล่านี้เป็นความรู้สึกช่องว่างระหว่างคนสองวัยทำให้มีทัศนคติทางลบในบางส่วนที่ซ่อนอยู่ (Verhage, Schuurman, & Lindenberg, 2021) การจัดให้นักศึกษาได้รับทั้งความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์ที่ได้คลุกคลีกับผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากผู้สูงอายุในครอบครัวนั้นมีความน่าจะเป็นไปได้ในการช่วยลดช่องว่างระหว่างวัยดังกล่าว

ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ค่อนไปทางบ่อยครั้งนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้มีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุในระดับสูง มีความเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leethong-in and Piyawattanapong (2015) ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า ทัศนคติต่อผู้สูงอายุนั้นเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เช่น พฤติกรรมของอาจารย์ผู้สอนปฏิบัติการพยาบาล ที่เป็นตัวแบบและมีปฏิสัมพันธ์กับนักศึกษาโดยตรง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Prabripoo and Mongkol (2018) ที่เห็นว่าการปฏิบัติที่ดีของนักศึกษาต่อผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติที่มีการปลูกฝังนักศึกษาทั้งด้านจริยธรรมและการเป็นแบบอย่าง

ร่วมด้วย ทั้งนี้ประกอบกับการที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มากกว่าครึ่งมีเกรดในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุอยู่ที่เกรด B ถึง A (ร้อยละ 66.1) ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุได้ (Leethong-in & Piyawattanapong, 2015) หากมองพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในรายข้อของงานวิจัยนี้ มี 3 ลำดับที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อาจเป็นเพราะนักศึกษามองว่าตนเองเป็นเพียงนักศึกษาพยาบาลที่ยังมีบทบาทช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวในการตัดสินใจได้น้อย ยังมีความรู้ไม่มากนัก นอกจากนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยที่นักศึกษายังเข้าใจน้อยประกอบกับทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่แม่นยำ ส่งผลต่อการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและการตอบสนองต่อความต้องการนั้น ๆ

ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญทางสถิติในงานวิจัยที่ศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า หากนักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุก็จะส่งผลให้ทัศนคติทางบวกของนักศึกษาเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในนักศึกษาพยาบาลต่างประเทศที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอาจสืบเนื่องมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกที่เข้าใจในตัวผู้สูงอายุ นอกจากนี้คือความรู้ที่เพิ่มขึ้น ก็ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในทางบวกและทำให้นักศึกษามีความสนใจที่จะดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (Ghimire et al., 2019; Wang, Yan, Huang, Li, & Wang, 2021)

จากผลการศึกษาทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น ทำให้เห็นว่าทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นทำให้เกิดพฤติกรรมทางบวกในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดความเข้าใจและรู้สึกต่อผู้สูงอายุในทางบวก จากคะแนนเฉลี่ยทัศนตินั้นอยู่ในระดับสูงอันเป็นผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดี นักศึกษามีความตั้งใจและใส่ใจที่จะดูแลโดยแสดงพฤติกรรมค่อนไปทางบ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่สูงนั้นจะให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Wang et al., 2021) อีกทั้งยังพบว่า ทัศนคติต่อผู้สูงอายุนั้นยังสามารถทำนายความรู้สึกยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลได้ (Won & Jang, 2020)

อย่างไรก็ตาม ในวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ อาจเนื่องด้วยระดับของความรู้ของนักศึกษาในวิจัยนี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่ได้อธิบายว่าความรู้เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องและบุคคลต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน โดยยังต้องอาศัยทัศนคติเข้ามา

เกี่ยวข้อง (Parayat, Theerapitayanon, Jiamtanopachai, & Thienfaidee, 2021) จึงทำให้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติโดยตรงกับพฤติกรรม ทั้งนี้ในงานวิจัยที่ผ่านมามีการศึกษาข้อบ่งชี้สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลพบว่ามี 4 สมรรถนะหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแล และด้านจริยธรรม (Singhasam, Nawsuwan, Suwanrag, & Jamtim, 2016) ซึ่งการเรียนการสอนของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านมานั้นอาจจะไม่ได้เน้นครบถ้วนทั้ง 4 องค์ประกอบข้างต้น จึงอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งนี้ ยังสามารถอธิบายจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ในนักศึกษาที่มีความรู้สูงเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะมีความตั้งใจดูแลผู้สูงอายุมากกว่านักศึกษาที่มีความรู้น้อยกว่า (Zhang, Liu, Zhang, Meng, & Liu, 2016) แต่ความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างนั้นยังพบอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากช่องว่างระหว่างวัยและการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมไทยที่มีโครงสร้างของรูปแบบครอบครัวขยายลดน้อยลง ส่งผลให้การซึมซับความใกล้ชิดระหว่างวัยรุ่นและผู้สูงอายุลดน้อยลง และอาจส่งผลต่อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุตามมา ด้วยปัจจัยดังกล่าว จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการเข้าถึงและเข้าใจความเป็นผู้สูงอายุ มุ่งเน้นทัศนคติเชิงบวก โดยการใช้สื่อที่สร้างความตระหนัก และส่งเสริมการเรียนรู้จากผู้สูงอายุจริงมากกว่าการเรียนรู้ในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัดในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละสถาบันที่เสร็จลุล่วงไม่พร้อมกัน สืบเนื่องจากการปรับเปลี่ยนแผนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันออกไปประกอบกับการกำหนดระยะเวลาของการเรียนการสอนที่อาจมีผลต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 สถาบัน

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยของภาคใต้ประเทศไทย มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระดับปานกลาง และยังปรากฏว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามข้อค้นพบในครั้งนี้ อาจเป็นข้อมูลเพื่อการออกแบบและวางแนวทางของหลักสูตรทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนและยุคสมัยที่เปลี่ยนไป เพื่อเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ สามารถจดจำ เข้าใจและสามารถนำใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาที่ต้องการการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งช่วยให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจเพิ่มจากทฤษฎี ได้เรียนรู้และปรับมุมมองทัศนคติจากประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงรายวิชาสามารถหาแนวทางปลูกฝังทัศนคติที่ดี โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติที่มีคะแนนต่ำสุด 3 ลำดับแรก เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นไปในทางด้านบวกโดยการใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation based learning) ที่สามารถสอดแทรกในรายวิชาทฤษฎีก่อนการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้มีสมรรถนะการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริงต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนางานวิจัยในอนาคต ควรทำการศึกษาการสร้างโปรแกรมการเรียนรู้ตามสมรรถนะที่ควรได้รับ ให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจความเป็นผู้สูงอายุ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่มีความเฉพาะด้วยความเข้าใจ โดยนำไปสู่การวัดและประเมินผลติดตามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเมื่อนักศึกษาได้จบการศึกษาแล้วมีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพ

รายการอ้างอิง (References)

Anderson, L.W., & Krathwohl, D.R. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Addison Wesley Longman.

Ankanawin, U., Untaja, P., Yuroong, A., & Bohplian, S. (2020). Perception of Royal Thai Army Nursing Students Towards Elderly Care before Studying Gerontological Nursing. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 21(2), 140 - 149.

Ansbro, É., Issa, R., Willis, R., Blanchet, K., Perel, P., & Roberts, B. (2022). Chronic NCD care in crises: A qualitative study of global experts' perspectives on models of care for hypertension and diabetes in humanitarian settings. *Journal of Migration and Health*. 5, 100094. DOI: 10.1016/j.jmh.2022.100094

Arsavisate, L., Leethong-in, M., & Piyawattanapong, S. (2019). Nurse' Knowledge, Attitude and Practice on Post-operative Delirium in Elderly Patient, a Tertiary Hospital, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 37(4), 235 - 243.

Asaisong, W. (2012). *Knowledge and Attitude Toward the Elderly in the Nursing Profession in Sangkha Hospital, Surin Province.* An Independent Study Report Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Gerontological Nursing Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (in Thai)

Best, J.W. (1977). *Research in Education.* 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Bloom, B.S., Madaus, G.F., & Hastings, J.T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.* New York: McGraw-Hill.

Celik, S.S., Kapucu, S., Tuna, Z.Y., & Akkus, Y. (2017). Views and Attitudes of Nursing Students Towards Ageing and Older Patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 27(4), 24 - 30.

Course specification 3 (2020). *Course specification 3 640-321 Geriatric Nursing*. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)

Department of Older Persons (2018). *Statisical Numbers of Thai Elderly People in 2018*. Retrieved January 16, 2020 from http://www.dop.go.th/th/know/1/153.

Faronbi, J.O., Adebowale, O., Faronbi, G.O., Musa, O.O., & Ayamolowo, S.J. (2017). Perception Knowledge and Attitude of Nursing Students Towards the Care. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 7, 37 - 42. DOI: 10.1016/j.ijans.2017.06.004

Ghimire, S., Shrestha, N., Callahan, K.E., Nath, D., Baral, B.K., Lekhak, N., … Singh, D.R. (2019). Undergraduate Nursing Students' Knowledge of Aging, Attitudes Toward and Perceptions of Working with Older Adults in Kathmandu Nepal. *International Journal of Nursing Sciences*. 6, 204 - 210.

Hanson, R.M. (2014). Is Elderly Care Affected by Nurse Attitudes? A Systematic Review. *British Journal of Nursing.* 23(4), 225 - 229.

Jacoby, J., & Matell, M.S. (1971). Three-Point Likert Scales Are Good Enough. *Journal of Marketing Research,* 8(4), 495 – 500. DOI: 10.1177/002224377100800414.

Karuncharernpanit, S., & Seesanea, S. (2017). Development of Nursing Students' Competency Enhancing Program Regards Comprehensive Geriatric Assessment Using Experiential Learning. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 27(2), 168 - 180.

Krathwohl, D.R., Bloom, B.S., & Masia, B.B. (1964). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals.* Handbook II: Affective Domain. New York: David McKay Co.

Leethong-in, M., & Piyawattanapong, S. (2015). Predicting Factors of Age-friendly Nursing Care Behavior by Nursing Students-nursing Practice Subject. *Journal of Nursing and Health Care*. 33(3), 70 - 79.

Li, W., Gillies, R., He, M., Wu, C., Liu, S., Gong, Z., … Sun, H. (2021). Barriers and Facilitators to Online Medical and Nursing Education During the COVID-19 Pandemic: Perspectives from International Students from Low- and Middle-income Countries and there Teaching Staff. *Human Resources for Health*. 19(1), 1 - 14.

Mandville-Anstey, S.A., Ward, P., Grainger, P., & Foley, V. (2014). Nursing Students' Knowledge and Attitudes Toward Caring for Older Adults. *Perspectives*. 37(2), 6 - 14.

Muhsin, A.A., Munyogwa, M.J., Kibusi, S.M., & Seif, S.A. (2020). Poor Level of Knowledge on Elderly Care Despite Positive Attitude Among Nursing Students in Zanzibar Island: Findings from a Cross-sectional Study. *BMC Nursing*. 19, 96. DOI: 10.1186/s12912-020-00488-w

National Statistical Office. (2012). *Sampling Technique and Estimation*. Bangkok: National Statistical office. (in Thai)

Panyoyai, P., & LeSeure, P. (2021). Effective Instruction Design During the COVID-19 Pandemic: Lesson Learned from Teaching the Gerontological Nursing Practicum in Community. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. 3(3), 1 - 18.

Parayat, C., Theerapitayanon, S., Jiamtanopachai, R., & Thienfaidee, U. (2021). Predictive Factors of Caring Behaviors Among Caregivers of Elderly People in the Elderly Care Center. *Journal of the Police Nurse*s. 13(1), 43 - 51.

Prabripoo, T., & Mongkol, J. (2018). Experiences in Gerontological Nursing Practicum of the Third Year Air Force Student Nurses, Royal Thai Air Force Nursing College. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 64(3), 17 - 24.

Rush, K.L., Hickey, S., & Janke, R. (2017). Nurses' Attitudes Towards Older People Care: An Integrative Review. *Journal of Clinical Nursing*. 26, 4105 - 4115.

Sasat, S., Pagaiya, N., & Wisesrith, W. (2019). Estimates and Trends in Health Workforce to Support Long-term Care for Older Persons. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 19, 49 -59.

Singhasam, P., Nawsuwan, K., Suwanrag, M., & Jamtim, N. (2016). Developing Indicators of Gerontological Nursing Competencies Among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 3(3), 15 - 34.

Singhasem, P., Nawsuwan, K., & Suwanwaha, S. (2019). Development of an Instruction Model to Enhance Gerontological Nursing Competencies Among Nursing Students. *Journal of Health Science*. 28(special issue), 65 - 78.

Thaniwattananon, P. (2016). *Care Towards Best Nursing Practice in Geriatric Syndromes*. Songkhla: Chanmuang Press. (in Thai)

Verhage, M., Schuurman, B., & Lindenberg, J. (2021). How Young Adults View Older People: Exploring the Pathways of Constructing a Group Image after Participation in an Intergenerational Programme. *Journal of Aging Studies*. 56, 100912.

Wang, S., Yan, L., Huang, S., Li, Y., & Wang, X. (2021). Nursing Students' Knowledge, Attitude and Willingness Toward the Elderly Care: A Cross-sectional Study. *SCIREA Journal of Health*. 5(4), 34 - 48.

Wolf, Z. (2006). The Caring Behaviors Inventory for Elders: Development and Psychometric Characteristics. *International Journal of Human Caring*. 10(1), 49 - 59.

Won, J., & Jang, H. (2020) Factors Influencing Elderly Care Willingness of Nursing Students. *International Journal of Advanced Culture Technology*. 8(4), 306 - 317.

World Health Organization (2023). *Ageing*. Retrieved June 14, 2023 from https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*. (2nd ed.). New York: Harper and Row.

Zhang, S., Liu, Y.-H., Zhang, H.-F., Meng, L.-N., & Liu, P.-X. (2016). Determinants of Undergraduate Nursing Students' Care Willingness Towards the Elderly in China: Attitudes, Gratitude and Knowledge. *Nurse Education Today*. 43, 28 - 33.

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย

The Development of a Covid - 19 Surveillance with Network Participation Model for Thai People in State Quarantine after Returning by Land at the Thai-Malaysian Border

กรอุไร ใบตาเย็บ[1], กิตติพร เนาว์สุวรรณ[2*], นภชา สิงห์วีรธรรม[3], บังอร บุญศรีจันทร์[1]

Kornurai Baitayeb[1], Kittiporn Nawsuwan[2*], Noppcha Singweratham[3], Bungorn BoonSrichan[1]

(Received: September 4, 2023; Revised: December 2, 2023; Accepted: December 14, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสภาพการณ์ รูปแบบ ประสิทธิผลรูปแบบ และปัจจัยความสำเร็จของการเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิและแบบสอบถาม ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบจากภาคีเครือข่าย 45 คน ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานฯ เก็บข้อมูลจากกลุ่มภาคีเครือข่ายและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ One - sample t - test และการสรุปเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ของ อ.สะเดา จ.สงขลาทุกด้าน อยู่ในระดับน้อย

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายฯ คือ SADAO Care Model ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ 2) ร่วมแรงร่วมใจ 3) ร่วมเครือข่าย 4) ร่วมมอบหมายงาน 5) ร่วมลงมือทำ 6) ร่วมพัฒนา

[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

[1]Sadao District Public Health Office, Sadao District, Songkhla Province

[2*]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2*]Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

[3]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[3]Faculty of Public Health, Chaing Mai University

[*]Corresponding Author: Jock2667@gmail.com

งาน 7) ร่วมประเมินผล 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ 9) ร่วมพลังเป็นทีม และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค

3. หลังจากการใช้รูปแบบฯ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การบริการที่เป็นมิตรเอื้ออาทร การประสานงานของทุกภาคส่วนตลอดจนความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และพนักงานโรงแรม

ควรนำรูปแบบที่ได้มากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ และแผนการปฏิบัติในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด - 19 ในระลอกถัดไปหรือโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, การมีส่วนร่วม, สถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้, ชายแดนไทย-มาเลเซีย

Abstract

This research and development aimed to: 1) study the operational situation and participation in Covid-19 Surveillance networks, 2) develop a network participatory model for Covid-19 surveillance and state quarantine, 3) study the effectiveness of the model. The study was conducted between February 2021 and January 2022, including 4 steps as follows. Step 1 was the situation analysis on the operating situation and participation of the networks. Step 2 was the model development. Step 3 was the model experimentation so to study its effectiveness. The sample was 45 participants from networks. Step 4 was a study of the key success factors of the operation from the networks. Quantitative data and qualitative data were collected. The data were analyzed by descriptive statistics, one-sample t-test, and content analysis. The results showed as follows.

1. The participation of the networks in Covid-19 surveillance in Sadao District of Songkhla Province was at a low level in all aspects.

2. The participation of network partners model in State Quarantine was SADAO Care Model, consisting of 1) Strategy 2) Solidarity) 3) Association4) Assignment 5) Doing 6) Development 7) Assessment 8) Allocation and Benefits 9) Our Best Teamwork and 10) Overcoming Power of Unity.

3. After using the model, an overall mean score of the participation was more than 3.50, with statistical significance at the .001 level.

4. The top three key success factors were providing friendly and caring service, effective coordination of agencies in all sectors as well as the readiness of medical personnel and hotel employees.

The model should be used to set policies, strategies, and action plans for other Covid-19 surveillance and control in the next wave or other emerging diseases, so to strengthen the organization and surveillance networks.

Keywords: Covid-19, Participation, State Quarantine, Thai-Malaysian Border

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) หรือโรคโควิด - 19 มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอัตราป่วยสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยจำนวนมาก จุดเริ่มต้นของการติดเชื้อที่ยังไม่รู้สาเหตุที่ชัดเจน ครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และเมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 (World Health Organization, 2020) สำหรับสถานการณ์โรคโควิด - 19 พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทย เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 ในระยะต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้า ๆ ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ ตั้งแต่ปี 2563 (Manmana, Iamsirithaworn, & Uttayamakul, 2020) ดังนั้น มาตรการเฝ้าระวังควบคุมโรคผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศจึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่สกัดการแพร่กระจายเชื้อในประเทศไทย

สถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) โดยทั่วไปหมายถึงการแยกผู้ป่วยหรือชุมชนออกจากบุคคลอื่นเมื่อเกิดการติดเชื้อโรค (Parmet & Sinha, 2020) สำหรับโรคโควิด 19 สถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ใช้พื้นที่กักกันโรคสำหรับผู้เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ที่ได้รับการตรวจ คัดกรอง แยกกัก หรือ กักกัน เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคซึ่งมาจากท้องถิ่นอื่น หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร (Department of Disease Control, 2020) ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอมริกากำหนดให้รัฐเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการออกกฎหมาย บริหารจัดการ (National Conference of State Legislatures, 2021) สำหรับประเทศไทยมอบหมายให้กระทรวงกลาโหมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขดูแลในพื้นที่กรุงเทพ สำหรับในพื้นที่ต่างจังหวัด (Local Quarantine) ให้กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน (Ministry of Public Health, 2020) สำหรับจังหวัดสงขลาซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศมาเลเซีย จำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดสู่ประเทศไทย

จังหวัดสงขลา ประกาศให้อำเภอสะเดาจัดตั้งสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ตามคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดซึ่งเป็นแห่งเดียวในภาคใต้ เนื่องจากบริบทของอำเภอสะเดาที่เป็นอำเภอชายแดน มีรอยต่อกับรัฐเคดาห์และรัฐเปอร์ลิส ของประเทศมาเลเซีย มีด่านพรมแดน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สะเดา และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศปาดังเบซาร์ มีผู้เดินทางผ่านด่านฯ เป็นจำนวนมากเฉลี่ยวันละ 3,000 คน จากการสำรวจพบว่า ปี 2563 ผู้เดินทางเข้าผ่านด่านสะเดา จำนวน 1,283,939 คน ด่านปาดังเบซาร์จำนวน 520,672 คน (Sadao District Public Health Office, Songkhla Province, 2021) และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ในประเทศมาเลเซียอย่างต่อเนื่องทำให้มีการประกาศปิดประเทศส่งผลให้คนไทยที่ทำงานและอาศัยในประเทศมาเลเซียทยอยเดินทางกลับมายังประเทศไทยผ่านช่องทางด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศสะเดาและปาดังเบซาร์ ส่งผลให้อำเภอสะเดาเป็นจุดเสี่ยงสำคัญต่อการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง จึงมีการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เป็นกรณีพิเศษ โดยจัดตั้งสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (SQ) (Department of Disease Control, 2020) เพื่อใช้ในการกักกันผู้เดินทางที่เป็นผู้สงสัยเข้ามาในราชอาณาจักรไทยผ่านด่านสะเดาและปาดังเบซาร์ ตามนิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน (Department of Disease Control, 2021)

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคของอำเภอสะเดาในช่วงแรกประสบกับปัญหาเรื่อง การประสานงาน ข้อมูลไม่เป็นระบบ การดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรม การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยังไม่เป็นไปทิศทางเดียวกัน และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของอำเภอสะเดาอยู่ในระดับน้อย ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยน และสร้างความเข้าใจร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายของชุมชนด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ก่อให้เกิดผลต่อความต้องการตามวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนได้ (Ratchathawan et al., 2021) จะเห็นได้ว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implementation) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation) (Cohen & Uphoff, 1981) จากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในควบคุมป้องกันโรคโควิด - 19 ในอินเดีย ของ Khongsai et al. (2021) ประกอบด้วย 1) การแยกผู้ป่วยทันที (Segregation) 2) การควบคุมแหล่งที่มาของเชื้อ (Sensitization) 3) มาตรการทางสังคม (Social fencing) 4) ความสามัคคีและปฏิบัติตามระเบียบสังคม และ 5) การบริการสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการ

ขับเคลื่อนนโยบาย การปฏิบัติตามมาตรการดำเนินงาน การสื่อสารทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การวางแผนตัดสินใจ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ (Phuribancha, Mongkonsin, Jungphukiaw, 2022) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมมีความสำคัญ โดยเฉพาะในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ชายแดนไทย-มาเลเซียซึ่งมีบริบทที่ต่างจากพื้นที่อื่น อันจะเกิดประโยนชน์ต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด - 19 และโรคอุบัติใหม่ที่จะเข้ามาระบาดในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย

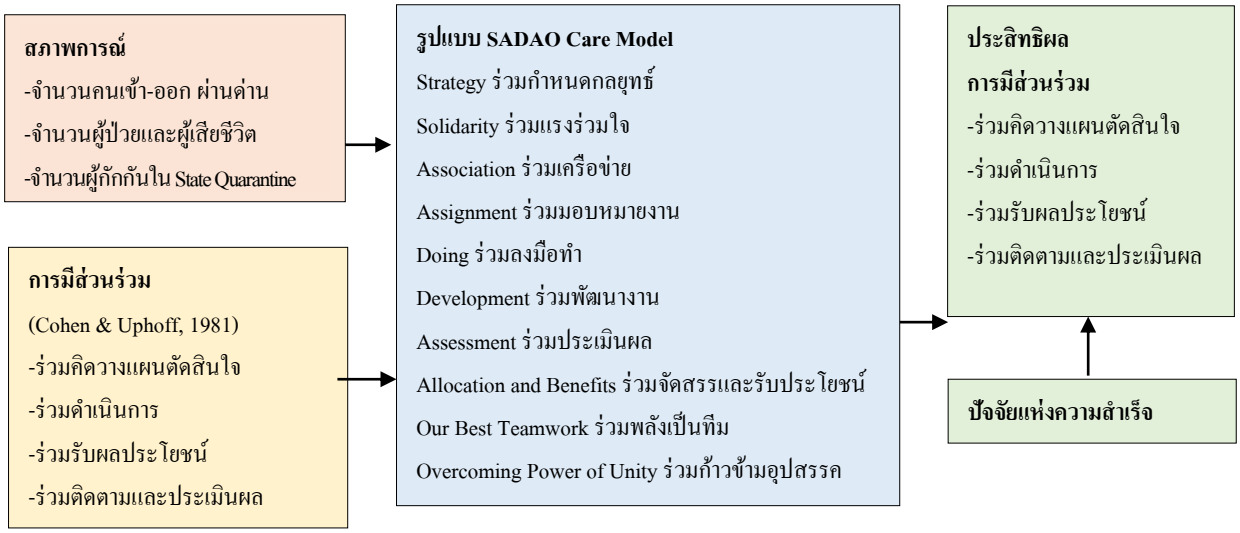
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย

4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดแนวทางการบริหารจัดการพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐแบบบูรณาการการจัดตั้ง State Quarantine ของกรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2020) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1981) ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) มากำหนดเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (SADAO Care Model) ทั้งนี้หากภาคีเครือข่ายของอำเภอสะเดานำรูปแบบดังกล่าวไปใช้จะส่งผลให้เกิดประสิทธิผลของของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research Development) ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และวิธีวิเคราะห์จากเอกสาร เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลดำเนินงานของเดือนกุมภาพันธ์ 2564 – เมษายน 2565 มีการดำเนินงาน ดังนี้

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่เป็นเครือข่ายในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ คือ ประชาชนภาคีเครือข่ายในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 250 คน ประกอบด้วย บุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานปกครอง / ท้องถิ่น องค์กรชุมชน ผู้ประกอบการโรงแรม จนท.ที่ปฏิบัติหน้าที่ด่านพรมแดน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่ปฏิบัติในช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด - 2019 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด ของ Barisri, Paladech, Muriganon, Pankalasin, and Paladech (2021) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ และบทบาทในการดำเนินงานโรคโควิด - 19 ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ คือด้านการคิดวางแผนและตัดสินใจ ด้านการดำเนินการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามและประเมินผล

รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating –Scale) มี 5 ระดับคือ มากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน (Wongratana, 2010) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากเชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือของหน่วยงานเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าพื้นที่และเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงขั้นตอนการวิจัย แผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแก่กลุ่มตัวอย่างวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที แล้วจึงเก็บกลับ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาและมีความสมบูรณ์ทั้ง 250 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ในเดือนมิถุนายน 2565 จากโปรแกรมรายงานการตรวจคัดกรองสำหรับคนไทยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และจากฐานข้อมูลโปรแกรม Songkhla Covid - 19 Tracker (Songkhla Provincial Public Health Office, 2021) และรายงานผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสะเดา และโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ (Sadao District Public Health Office, Songkhla Province, 2021) โดยได้รับความยินยอมให้เข้าถึงข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ เป็นแนวทางในการดำเนินงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ มาปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่อำเภอสะเดา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมและการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine)

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) 1 ครั้ง จำนวน 19 คน ไม่รวมผู้วิจัย ช่วงเดือนกรกฎาคม 2565 โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา และโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง 2) นักวิชาการสาธารณสุข 3) บุคลากรจากภาคส่วนอื่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานปกครอง ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ด่านศุลกากร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และผู้นำชุมชน มีแนวคำถาม 2 ข้อ คือปัญหาการดำเนินงานเป็นอย่างไร และรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศชายแดนไทย - มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา (SADAO Care Model)

2. นำรูปแบบที่ได้ SADAO Care Model ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรค ตรวจสอบโดยมีผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ปรับในประเด็นการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานระหว่างประเทศโดยเพิ่มบทบาทหน้าที่ของด่านแต่ละด่านในอำเภอสะเดา

3. แก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญโดยเพิ่มเติมกิจกรรมประสานหน่วยงานกงสุลไทยในมาเลเซียและกงสุลใหญ่เมืองปีนัง ก่อนนำไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดหลังการทดลอง (One Groups only Post-test Design) โดยเริ่มศึกษาในขั้นนี้หลังจากเสร็จสิ้นในขั้นตอนที่ 2 หนึ่งเดือน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของอำเภอสะเดาจำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในศูนย์ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 45 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรจากโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการภาคเอกชน และผู้นำชุมชน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Mean: Difference from constant (One sample case) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ SADAO Care Model ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่นเดียวกับตอนที่ 1 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้านการดำเนินการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามและประเมินผล รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับคือ มากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยอธิบายรูปแบบ SADAO Care Model ขั้นตอนวิธีการเข้าร่วมกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 5 คน และกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นทดลอง

3. ผู้วิจัยนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้มาดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ SADAO Care Model มีกิจกรรมดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยตามรูปแบบ SADAO Care Model

ลำดับ	กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย
1	ร่วมกำหนดกลยุทธ์ (Strategy)	-ประชุมแนวทางระดับจังหวัด / อำเภอ -จัดตั้ง EOC และศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด - 19 ระดับอำเภอ -ประเมินเพื่อจัดตั้งสถานที่กักกันภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสงขลา
2	ร่วมแรงร่วมใจ (Solidarity)	-ร่วมทำ MOU ระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับโรงแรม -การเตรียมความพร้อมของโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ -การเตรียมความพร้อมกับผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่
3	ร่วมเครือข่าย (Association)	-การประสานงานกับศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด - 19 ระดับอำเภอ -การประสานงานระหว่างประเทศ (กงสุลไทยในมาเลเซีย และกงสุลใหญ่เมืองปีนัง) -การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก -เครือข่ายร่วมสนับสนุนวัสดุทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
4	ร่วมมอบหมายงาน (Assignment)	-ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง -กำหนดผู้รับผิดชอบในการบริหารระบบที่ชัดเจน
5	ร่วมลงมือทำ (Doing)	-ผู้เดินทางข้ามแดนลงทะเบียนผ่านกงสุลเพื่อยืนยันการเดินทาง -คัดกรองหน้าด่านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อคัดแยกผู้มีอาการ PUI หากมีอาการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย หากไม่มีอาการส่งเข้า State Quarantine -ซักประวัติ และจัดทำทะเบียนแรกรับและชี้แจงผู้เข้ากักตัว -ออกคำสั่งกักตัว

ลำดับ	กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย
		-ตรวจอุณหภูมิร่างกายและประเมินอาการเจ็บป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 14 วัน -บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพรายวันของผู้กักตัว ผ่าน Songkhla Covid - 19 Tracker -ตรวจเพาะเชื้อ (RT-PCR) Day ที่ 3 ,7 ,13 -ออกคำสั่งยกเลิกกักตัวพร้อมเอกสารเดินทางข้ามจังหวัดและส่งกลับภูมิลำเนา
6	ร่วมพัฒนางาน (Development)	-จัดระบบการดำเนินงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค COVID - 19 ในสถานที่กักกัน -พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการจัดการความรู้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคระบาด การป้องกัน การแพร่กระจาย การสวมใส่ และถอดชุด PPE ทบทวนและฝึกซ้อมการกู้ชีพขั้นสูง
7	ร่วมประเมินผล (Assessment)	-ตรวจเยี่ยมและประเมินผลงานเป็นระยะโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสงขลา -ประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด – 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine)
8	ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ (Allocation and Benefits)	-กระจายรายได้ให้แก่สถานประกอบการ / ธุรกิจโรงแรม -ชุมชนได้ผลประโยชน์/ มีรายได้ -สร้างอาชีพใหม่ เช่น Delivery , ขนส่งผู้กักตัวไปยังขนส่งสาธารณะ
9	ร่วมพลังเป็นทีม (Our Best Teamwork)	-การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายเพื่อการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ -จัดตั้งกองทุนศูนย์บรรเทาทุกข์ -ร่วมบริจาคสิ่งของให้แก่ผู้กักตัว
10	ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค (Overcoming Power of Unity)	-สร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน -ร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ประเด็น “คนสะเดา ไม่ทอดทิ้งกัน”

ขั้นหลังการทดลอง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test ทั้งนี้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ (Shapiro-wilk, p-value = .200)

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบัญชาการและปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ประกอบการโรงแรม หัวหน้าด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ หน่วยรักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ กรณีศึกษา: ชายแดนไทย-มาเลเซีย คืออะไร 2) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที และขออนุญาตบันทึกการสนทนา เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree and Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

วิธีเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของ อ.สะเดา จ. สงขลา ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากฝ่ายปกครอง บุคลากรจากโรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วย

รักษาความปลอดภัย ผู้ได้รับการกักตัว และผู้ประกอบการโรงแรม จำนวน 45 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul et al., 2007) ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย จำนวน 24 ข้อ ของ Rodchanaarcha, Nawsuwan, and Singweratham (2022) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .82 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating –Scale) มี 5 ระดับคือจากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บด้วยตนเองจากแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) โดยส่งผ่าน Application Line ไปยังกลุ่มตัวอย่าง และเก็บด้วยแบบสอบถามโดยให้ทีมวิจัยไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ได้ข้อมูลกลับคืนมา 45 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วม กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test ทั้งนี้ผู้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ (Shapiro-wilk, p-value = .200)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข 10 / 2565 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2564 มีการพิทักษ์สิทธิครอบคลุมทุกกลุ่มตัวอย่าง การขออนุญาตบันทึกการสนทนา การขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลตลอดจนรักษาความลับของข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและคืนรหัสการเข้าถึงข้อมูลแก่ผู้ดูแลระบบ

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย พบว่า ปี 2563 - 2564 ผู้เดินทางเข้า-ออกผ่านด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศสะเดา และด่านปาดังเบซาร์มีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนปี 2564 จำนวนผู้เดินทางขาเข้ามากกว่าขาออก สาเหตุจากการประกาศปิดประเทศมาเลเซีย ทำให้คนไทยกลับภูมิลำเนาจำนวนมาก และพบว่า ในปี 2563 ผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 1 ราย ปี 2564 พบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จำนวน 5,524 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 30 ราย นอกจากนี้สภาพการณ์ผู้

เข้ารับการกักตัวใน State Quarantine ในอำเภอสะเดา พบว่า ในปี 2563 จำนวน 6,922 ราย (ไม่พบผู้ติดเชื้อ) ปี 2564 จำนวน 1,961 ราย ตรวจพบเชื้อ จำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.25

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 มีอายุระหว่าง 25 – 69 ปี อายุเฉลี่ย 46.44 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 69 ปี) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.20 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 69.20 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 33.60 บทบาทในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด - 19 ด้านการเฝ้าระวัง ร้อยละ 42.40 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 92.80 สำหรับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ในกลุ่มผู้ประกอบการโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการคิด วางแผน และตัดสินใจ ($\overline{X}$ = 1.73, S.D. = 0.67) ด้านดำเนินการ ($\overline{X}$ =1.53, S.D. = 0.74) ด้านรับผลประโยชน์ ($\overline{X}$ =1.87, S.D. = 0.64) และด้านการติดตามและประเมินผล ($\overline{X}$ =1.67, S.D. = 0.62) (ตาราง 1)

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ของอำเภอสะเดา

ประเด็น	หน่วยงานสาธารณสุข		ปกครอง / ท้องถิ่น		องค์กรชุมชน		ผู้ประกอบการ		จนท.ด่านพรมแดน	
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.
1. ด้านการคิด วางแผนและตัดสินใจ	3.93	0.87	3.93	0.94	3.34	1.28	1.73	0.67	3.78	1.24
2. ด้านการดำเนินการ	3.95	0.80	3.67	1.16	3.40	1.11	1.53	0.74	3.68	1.16
3. ด้านการรับผลประโยชน์	3.81	0.68	3.33	1.27	4.00	0.97	1.87	0.64	3.15	0.63
4. ด้านการติดตามและประเมินผล	3.80	0.92	3.78	1.24	3.66	0.77	1.67	0.62	3.61	1.14

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศชายแดนไทย-มาเลเซีย ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ (Strategy) 2) ร่วมแรงร่วมใจ (Solidarity) 3) ร่วมเครือข่าย (Association) 4) ร่วมมอบหมายงาน (Assignment) 5) ร่วมลงมือทำ (Doing) 6) ร่วมพัฒนางาน (Development) 7) ร่วมประเมินผล (Assessment) 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ (Allocation and Benefits) 9) ร่วมพลังเป็นทีม (Our Best Teamwork) และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค (Overcoming Power of Unity) (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ จำนวน 45 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรจากโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ประกอบการภาคเอกชน และผู้นำชุมชน จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 37.78 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.22 สถานะสมรส ร้อยละ 60 อาชีพข้าราชการ / พนักงานรัฐ ร้อยละ 57.78 บทบาทในการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด - 19 ด้านการเฝ้าระวัง ร้อยละ 40 ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 ส่วนใหญ่ ได้รับการอบรม ร้อยละ 84.44

3.2 เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ทั้งรายด้านและภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 (n = 45)

การมีส่วนร่วม	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value (1-tailed)
1. ด้านการคิด วางแผน และตัดสินใจ	3.87	0.62	4.036	44	<.001
2. ด้านการดำเนินการ	4.08	0.55	7.165	44	<.001
3. ด้านการรับผลประโยชน์	4.10	0.62	6.497	44	<.001
4. ด้านการติดตามและประเมินผล	4.09	0.62	6.400	44	<.001
ภาพรวม	4.03	0.54	6.556	44	<.001

4. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ จากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.11 อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 42.22 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 สถานะสมรส ร้อยละ 57.78 และอาชีพข้าราชการ / พนักงานรัฐ ร้อยละ 64.44 สำหรับปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ พบว่าทั้ง 24 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการให้บริการที่เป็นมิตรเอื้ออาทรเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือผู้กักกัน ($\bar{x}$ = 4.69, S.D. = 0.51) และข้อที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.71) ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test

ความสำเร็จ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value (1-tailed)
1. มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการรับเข้ากักตัวชัดเจน	4.53	0.55	12.65	<.001
2. การสนับสนุนของผู้บริหารทุกระดับ	4.49	0.51	13.12	<.001
3. มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ากักตัว	4.53	0.66	10.4	<.001
4.การเตรียมความพร้อมของเครื่องอำนวยความสะดวกให้กับผู้เข้ารับการกักตัวในโรงแรม	4.62	0.53	14.08	<.001
5. การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ปฏิบัติงานและผู้กักตัว	4.53	0.69	9.98	<.001

ความสำเร็จ	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (1-tailed)
6. การประสานงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ	4.67	0.52	14.98	<.001
7. ความสะดวก รวดเร็ว ในการจัดการข้อมูลโดยใช้ IT	4.51	0.59	11.52	<.001
8. ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ พนักงานโรงแรม และพนักงานรักษาความปลอดภัย	4.67	0.48	16.41	<.001
9. มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติตามได้จริง	4.60	0.58	12.72	<.001
10. สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ	4.56	0.50	14.09	<.001
11. การเคลื่อนย้าย และรับส่งผู้กักตัว/ผู้ป่วย	4.60	0.58	12.72	<.001
12. ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	4.64	0.61	12.60	<.001
13. การทำงานในรูปภาคีเครือข่าย ทั้งในภาคสาธารณสุขกับภาคีภายนอกของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน	4.58	0.54	13.31	<.001
14. รูปแบบของการจัดอัตรากำลังที่ให้บริการ	4.53	0.50	13.73	<.001
15. การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานชัดเจน	4.49	0.51	13.12	<.001
16. การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม	4.33	0.71	7.90	<.001
17. ให้บริการที่เป็นมิตร เอื้ออาทร เข้าใจ และเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือผู้กักกัน	4.69	0.51	15.50	<.001
18. การเตรียมความพร้อมโดยการสร้างความเข้าใจกับชุมชนใกล้เคียง	4.62	0.53	14.08	<.001
19. ความเข้าใจและให้ความร่วมมือของผู้เข้ากักตัว	4.47	0.55	11.83	<.001
20. การรับรู้มาตรการของโรงแรมและรัฐฯในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้กักตัว	4.51	0.63	10.83	<.001
21. ระบบการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์/พนักงานโรงแรมและผู้กักตัว	4.60	0.65	11.28	<.001
22. มาตรการการตรวจสอบเครื่องอุปโภคและบริโภคของหน่วยรักษาความปลอดภัย	4.47	0.73	8.93	<.001
23. มีการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับมาเลเซีย	4.67	0.48	16.41	<.001
24. การระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้กักตัวที่ได้รับผลกระทบ	4.64	0.57	13.46	<.001

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้บริหารมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ร่วมกับการให้ความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากภาคีเครือข่าย มีการให้บริการที่เป็นมิตร เอื้ออาทร เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือผู้กักกันทำให้เกิดการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ สร้าง

ความเข้าใจในข้อมูลที่สำคัญส่งตรงถึงประชาชน หรือชุมชนในพื้นที่ของสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ ลดความวิตกกังวล เปลี่ยนแนวคิดต่อต้านเป็นให้ความร่วมมือ ดังคำพูดต่อไปนี้

"ผู้บริหารมีเป้าหมายที่ชัดเจน และตัดสินใจร่วมกันเนื่องจากการจัดตั้ง SQ ครั้งนี้ถือเป็นการทำงานระดับประเทศในการคัดกรองคนไทยทุกคนที่เดินทางผ่านเข้ามาในประเทศไทย"

"ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือดี มีการกำหนดและรู้ข้อมูล คนเข้าเมืองในแต่ละวัน ทำให้การจัดสรรทรัพยากรทั้งคน สิ่งของได้อย่างเหมาะสม และจัดการได้เป็นระบบมากขึ้น"

สำหรับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานพบว่าการดำเนินงานเชิงรับ การสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในพื้นที่และภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วม การให้ความสำคัญกับสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐกระทบต่องานประจำ ด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อภาระงาน รวมถึงความล่าช้าในการแจ้งข้อมูลผู้เดินทางเข้าประเทศ ปัญหาสุขภาพของผู้กักตัวทั้งทางกาย และจิตใจ และการจัดสรรด้านงบประมาณไม่ทันเวลา ดังคำพูดต่อไปนี้

"*ปัญหาอุปสรรค ในช่วงแรกของการจัดตั้ง SQ ที่ต้องสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความมั่นใจและพร้อมร่วมมือกันทำงาน และการพัฒนาคนเพื่อช่วยกันทำงาน เช่น เจ้าหน้าที่ อสม. พนักงานโรงแรม ที่ต้องช่วยคัดกรอง แทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*"

"*การประสานงาน ดูแล ช่วยเหลือ ทั้งในเวลา นอกเวลาราชการ กรณีผู้กักตัวที่มีอาการป่วยทางกาย ทางจิต และต้องประสานกับหลายหน่วยงาน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ*"

อภิปรายผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ คือ SADAO Care Model ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ 2) ร่วมแรงร่วมใจ 3) ร่วมเครือข่าย 4) ร่วมมอบหมายงาน 5) ร่วมลงมือทำ 6) ร่วมพัฒนางาน 7) ร่วมประเมินผล 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ ร่วมพลังเป็นทีม และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค โดยพบว่า องค์ประกอบกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ องค์ประกอบที่ 3 คือการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อาจเป็นผลมาจากการดึงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และชุมชน มารวมเป็นหนึ่งในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและโครงการ จึงเกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งแนวคิดการมีส่วนร่วมมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) (Cohen & Uphoff, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kiatjaturong

(2021) พบว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย จากภาครัฐและเอกชน รวมไปถึงการประสานงาน ตลอดจนการส่งต่อและรักษาผู้กักตัวอย่างเป็นระบบ สามารถให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้ นอกจากนี้ รูปแบบการมีส่วนร่วมในควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 ในอินเดีย ประกอบด้วย 1) การแยกผู้ป่วยทันที (Segregation) 2) การควบคุมแหล่งที่มาของเชื้อ (Sensitization) 3)การป้องกันทางสังคม (Social fencing) เช่น การให้ความรู้ การจัดการศพที่บ้าน การลดการเดินทาง 4) ความสามัคคีและปฏิบัติตามระเบียบสังคมรวมทั้งการลดการตีตรา(Solidarity)and 5) การบริการสังคมจากองค์กรการกุศล นักการเมือง (Social services) (Khongsai et al., 2021) รวมทั้งการศึกษาของ Phuribancha et al. (2022) พบว่าการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคเอกชนเน้นการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย การกำหนดและปฏิบัติตามมาตรการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับจังหวัด การสื่อสารทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การวางแผนตัดสินใจ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์หรือผลสำเร็จของงาน

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) พบว่า ปัจจัยความสำเร็จที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ มีการให้บริการที่เป็นมิตรเอื้ออาทรเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือผู้กักกัน รองลงมาคือ การประสานงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพและความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ พนักงานรักษาความปลอดภัย และพนักงานโรงแรม อาจเป็นผลมาจากการมีเป้าหมาย จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน ร่วมดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ จึงทำให้เกิดการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พบปัญหาอุปสรรคได้แก่ ความวิตกกังวลของภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม (กลัวติดเชื้อ) การส่งต่อข้อมูลล่าช้า จึงมีการสร้างความเข้าใจในข้อมูลที่สำคัญส่งตรงถึงประชาชน หรือชุมชนในพื้นที่ของสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ และภาคีเครือข่าย เพื่อลดความวิตกกังวล จึงเปลี่ยนแนวคิดต่อต้านเป็นให้ความร่วมมือ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 จะเน้นถึงการมีส่วนร่วมในการสื่อออนไลน์โดยประชาชนจะเข้าถึงข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตหรือจากโทรศัพท์ ดังนั้นเครื่องมือหรือวิธีการที่นำมาใช้ต้องมีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจกันระหว่างภาครัฐกับประชาชน (Pantic et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ketdao, Thiengtrongdee, and Thoin (2021) พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการบริหารจัดการบุคคลโดยเฉพาะการจัดการกลุ่มเสี่ยงให้ประสบความสำเร็จนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือในทุกส่วนโดยเฉพาะภาคีเครือข่าย รวมทั้งการสื่อสาร วางแผน การติดตาม ตลอดจนการสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์

(Nawsuwan, Singweratham, & Thepaksorn, 2020) จะเห็นได้ว่าจุดเด่นของรูปแบบที่ได้จากงานวิจัยคือ การมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนโดยเฉพาะจากผู้ประกอบการและพนักงานโรงแรมซึ่งส่วนสำคัญในการดูแลในเรื่องอาหาร การสุขาภิบาลขยะ และความสะอาดโดยการฆ่าเชื้อโรคของเครื่องนอน ห้องน้ำ และเสื้อผ้าที่ใช้แล้ว (Xiang, Huang, Gao, & Lai, 2022; Kamolsiriwat, & Povatong, 2021) ซึ่งจะต้องให้ความรู้และทักษะในการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเริ่มปฏิบัติงานแก่พนักงานโรงแรม และผู้มารับบริการ เช่น การวัดอุณหภูมิ การสอบถามอาการป่วย ตลอดจนการป้องกันตนเองจากการสัมผัสเชื้อโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะ (Phuribancha et al., 2022) ทำให้ภาครัฐเกิดความมั่นใจต่อการจัดการความปลอดภัยต่อโรคโควิด - 19 ของโรงแรม ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรองมาตรฐานและความเชื่อมั่นของประชาชน

สรุป

สภาพการณ์จำนวนคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด - 19 ผ่านช่องทางด่านพรมแดนสะเดา ด่านพรมแดนปาดังเบซาร์ มีจำนวนมาก ส่งผลให้จำนวนผู้กักตัวตรวจพบเชื้อในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้เพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในช่วงแรกประสบกับปัญหาเรื่อง การประสานงาน การได้รับข้อมูล อุปกรณ์ในการป้องกันโรค ตลอดจนการส่งต่อและรักษาผู้กักตัวยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นรูปแบบที่เหมาะสมในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ คือ SADAO Care Model ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ 2) ร่วมแรงร่วมใจ 3) ร่วมเครือข่าย 4) ร่วมมอบหมายงาน 5) ร่วมลงมือทำ 6) ร่วมพัฒนางาน 7) ร่วมประเมินผล 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ 9) ร่วมพลังเป็นทีม และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะช่วยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในการร่วมคิด วางแผน ตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามและประเมินผล มีผลให้การดำเนินงานการเฝ้าระวัง ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ภายใต้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ผู้บริหารมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ร่วมกับการให้ความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากภาคีเครือข่าย จึงทำให้เกิดการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความเข้าใจในข้อมูลที่สำคัญส่งตรงถึงประชาชน หรือชุมชนในพื้นที่ของสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ ลดความวิตกกังวลเปลี่ยนแนวคิดต่อต้านเป็นให้ความร่วมมือ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำรูปแบบ SADAO Care Model มากำหนดเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการปฏิบัติตลอดจนปรับกระบวนการดูแลหากเกิดการระบาดของโรคโควิด - 19 ในระลอกถัดไป หรือโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ นอกจากนี้ควรนำเทคโนโลยี ดิจิทัลมาปรับใช้ร่วมกับ SADAO Care Model เพื่อให้แก้ไขปัญหาการส่งต่อข้อมูลล่าช้า และให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นภายใต้กลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนขององค์กรและเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่ภายใต้ในเขตชายแดนภายใต้ความร่วมมือของภาครัฐและเอกชน

รายการอ้างอิง (References)

Barisri, J., Paladech, J., Muriganon, P., Pankalasin, R., & Paladech, S. (2021). People Participation in the Prevention of COVID -2019 (COVID-2019) Kohkaew Sub-District, Selaphum District, Roiet Province. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation,* 7(2), 34 - 35.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd).* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies.* New York: Cornell University Press.

Crabtree, B. F. & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.

Department of Disease Control. (2020). *Guidelines for integrated management of State Quarantine areas.* Retrieved January 11, 2021 from https://ddc.moph.go.th/viralp

Department of Disease Control. (2021). *PUI criteria define suspected cases of COVID-19 infection who meet the criteria for disease investigation (Patient Under Investigation: PUI) 29 January 2021.* Retrieved January 10, 2021 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_290164.pdf.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175 - 191.

Kamolsiriwat, S., & Povatong, B. (2021). Adaptation Strategies to COVID-19 on The SHA Standard Hotels of Entrepreneurs in Bangkok Metropolitan Area in 2020. *Sarasatr academic Journal*. 4(3), 650 - 663.

Ketdao, R, Thiengtrongdee, R, & Thoin, P. (2021). Development of Covid-19 Surveillance Prevention and Control Model Health Promoting Hospital in Sub-district Level, Udonthani Province - Udon Model COVID-19. *Journal of Health Science,* 30(1), 53 - 61.

Khongsai, L, Anal, T.S., Rapheileng A.S., Tomba S.K., Shah, K., & Pandey, D. (2021). Combating the Spread of COVID-19 Through Community Participation. *Glob Soc Welf*, 8, 127 – 132.

Kiatjaturong, B. (2021). The Development of Network Participation Model to Corona Virus Disease 2019 Prevention, and Control in Muang Yang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office.* 3(2), 193 - 206.

Manmana, S., Iamsirithaworn, S., & Uttayamakul, S., (2020). Coronavirus Disease-19 (COVID-19). *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2), E1 - E10.

Ministry of Public Health (2020). *Guidance for Integrated Management of State Quarantine Facilities.* Retrieved July 23, 2022 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/guidelines/g_guarantine_190620 new.pdf

National Conference of State Legislatures (2021). *State Quarantine and Isolation Statutes*. Retrieved July 23, 2022 from https://www.ncsl.org/health/state-quarantine-and-isolation-statutes

Nawsuwan, K., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2020). Compositions and Indicators for Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 1 - 5.

Pantic, M., Cilliers, J., Cimadomo, G., Montaño, F., Olufemi, O., Torres, M.S., & van, B.J. (2021). ZXChallenges and Opportunities for Public Participation in Urban and Regional Planning during the COVID-19 Pandemic—Lessons Learned for the Future. *Land*, 10(12), 1379.

Parmet, E.W., & Sinha, S.M. (2020). Covid - 19 The Law and Limits of Quarantine. *The New England Journal of Medicine*, 382, e28.

Phuribancha, P., Mongkonsin, C., & Jungphukiaw, P. (2022). Development of Coronavirus Disease 2019 Surveillance, Prevention and Control Using Bubble and Seal Model in Factory, Maha Sarakham Province. *Thailand Journal of Health Science,* 31(1), 48 - 62.

Ratchathawan, R., Kaewkrajok, T., Jongkatekit, W., Phromkaew, P., Sumdangsan, D., & Thonglert, D. (2021). The Community Participation Process in Well-being Development. *Journal of Southern Technology*. 11(1), 231 - 238.

Rodchanaarcha, R., Nawsuwan, K., & Singweratham, N. (2022). Developing a Care Model for Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hospitel of Thai-Malaysian Border, Managed by the Inpatient Department of Sadao Hospital, Songkhla Province. *Princess of Naradhiwas University Journal,* 14(1), 134 - 156.

Sadao District Public Health Office, Songkhla Province. (2021). *COVID-19 Situation of Sadao District, Songkhla Province*. Retrieved December 31, 2021 from https://puisongkhla.rh12.info/novelcorona /dashboard.php?

Songkhla Provincial Public Health Office. (2021). *HDC database, Songkhla province*. Retrieved December 31, 2021 from https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.

Wongratana, C. (2010). *Techniques for using statistics for research 12th Ed.* Nontaburi: Thainiramitkij Infographic.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 71*. Geneva: World Health Organization.

Xiang, K., Huang, W.J., Gao, F., & Lai, Q. (2022). COVID-19 prevention in hotels: Ritualized host-guest interactions, *Annals of Tourism Research,* 9(3), 93. DOI: 10.1016/j.annals.2022.103376

ผลของปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11

Effects of Motivation Factors and Hygiene Factors toward the Quality of Physician's Medical Records in Community Hospital at the Public Health Region 11

กรรณ์ทิตา ไกรนรา[1*], นิรชร ชูติพัฒนะ[1], ศศิธร ธนะภพ[1]

Kantita Krainara[1*], Nirachorn Chutipattana[1], Sasithorn Thanapop[1]

(Received: June 26, 2023; Revised: July 12, 2023; Accepted: July 25, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน การสนับสนุนจากองค์กรกับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ จำนวน 216 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.94 – 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.727 เก็บข้อมูลระหว่าง 1 พฤศจิกายน – 30 พฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและเป็นนายแพทย์ปฏิบัติการ ภาพรวมแรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.45) การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.98) การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.57) ปัจจัยที่ร่วมทำนายการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน *(R^2 = 0.292)*

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

[1]Master of Public Health Programme, School of Public Health, Walailak University

*Corresponding author email: kantita.1134@wu.ac.th

ดังนั้นปัจจัยด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้การบันทึกเวชระเบียนมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: การบันทึกเวชระเบียน, โรงพยาบาลชุมชน, ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน, แพทย์

Abstract

The objective of this research was to analyze the effects of individual characteristics, motivation and organizational support on the quality of physician's medical records in community hospitals at the 11th public health region. The 216 physicians were selected by stratified random sampling with proportional to size method. The content validity of the questionnaire was certified by three experts with IOC between 0.94 – 1.00, and the Cronbach's alpha coefficient for reliability was 0.727. Data collection was carried out from 1 November to 30 November 2022. The statistical analyzes were descriptive statistic, point biserial correlation, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression. The results were as follows:

The majority of participants were female, aged between 21 and 30 years, possessed a bachelor's degree, and worked at the operational level. Overall, the motivation was at a moderate level ($\bar{x}$ = 3.45), the organizational support was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.98) and the quality of physician's medical records was at a high level ($\bar{x}$ = 3.57). The factors that predicted the quality of medical records of physicians were the motivation factors of success in work and responsibility aspect, and hygiene factors of relationships with colleagues (R^2 = 0.292).

Therefore, personal and work environment factors affect the quality of physician's medical records in community hospital at the 11th public health region. It can be used as a guideline for improving the quality of the hospital in order to keep the quality of medical records continuously and in line with the standards in the healthcare network.

Keywords: Medical Records, Community Hospital, Motivation factor, Hygiene factor, Physician

บทนำ

เวชระเบียน คือ บันทึกของแพทย์หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์และข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยในการบันทึกข้อมูล เช่น การเจ็บป่วยและการรักษาทั้งอดีตและปัจจุบัน เอกสารยินยอมในการรักษาของผู้ป่วย ผลตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่ใช้สนับสนุนการวินิจฉัย เป็นข้อมูลเฉพาะบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงขั้นตอนในการรักษาพยาบาล ที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การค้นคว้าวิจัย หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ตามที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ และยังรวมถึงเวชระเบียนที่อยู่ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ก็จัดว่าเป็นเอกสารทางการแพทย์รูปแบบใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นในยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ในการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามระบบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ต้องใช้รหัสโรคและรหัสหัตถการในเวชระเบียนวิเคราะห์สภาพการณ์ต่าง ๆ ทางสาธารณสุขเพื่อจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นทางด้านสุขภาพ (Health Needs) ให้เท่าเทียมและเหมาะสมกับผู้รับบริการในพื้นที่ให้บริการด้วย (National Health Security Office,2019) (a)

ทั้งนี้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญของความสมบูรณ์ของเวชระเบียนว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดมาตรฐานระบบเวชระเบียนไว้ว่า การดำเนินงานเวชระเบียนจะต้องมีระบบการบริหารที่มีคุณภาพ ข้อมูลในเวชระเบียนจะต้องเพียงพอที่จะใช้ในการสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเพื่อการศึกษา การวิจัยและการประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียนทุกฝ่าย ทั้งยังต้องมีการประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และความทันเวลา (The Healthcare Accreditation (Public Organization), 2021) โดยการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะตามที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ ทั้งนี้ยังเป็นการทบทวนกระบวนการรักษาพยาบาลเพื่อลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Medical Error) จากการดูแลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะเวชระเบียนเป็นเหมือนเครื่องมือสื่อสารที่เป็นรูปธรรมซึ่งมีประสิทธิภาพในการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดวิธีการพัฒนาคุณภาพระบบเวชระเบียนโดยการประเมินความสมบูรณ์ ความครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ช่วยแสดงข้อมูลย้อนกลับด้านคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนได้รับบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ และเพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในเพื่อพัฒนาสถานพยาบาลด้านคุณภาพบริการต่อไป (National Health Security Office,2019) (b) อย่างไรก็ตามจากผลการตรวจประเมินความถูกต้องของเวชระเบียนโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2564 ร้อยละ 50 เพียง

12 แห่ง หรือ ร้อยละ 17.39 เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีทั้งหมดจำนวน 69 แห่ง เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ แพทย์ที่เป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกเวชระเบียน ส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ ยังไม่ทราบแนวทางการบันทึกเวชระเบียนและไม่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Kaewsritus (2018) ที่พบว่า อายุ และภาระงานในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทำงานด้านเวชระเบียน จากข้อมูลของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พบว่าภาระงานด้านตรวจรักษาของแพทย์มีจำนวนมากไม่สมดุลกับจำนวนแพทย์ ซึ่งแพทย์ 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากรถึง 1,600 คน (Ministry of Higher Education, Science, Research and innovation, 2021) ซึ่งอาจทำให้แพทย์มีความเหนื่อยจากการทำงานด้านการตรวจรักษา ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านอื่น ๆ จากที่กล่าวมาจึงเห็นได้ว่าแพทย์เป็นบุคคลสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยตรง ต่อการพัฒนาให้ข้อมูลในเวชระเบียนมีคุณภาพ สอดคล้องมาตรฐานคุณภาพบริการ ตามแนวคิดของ Schermerhorn, Hunt, and Osborn (2003) ที่ได้กล่าวว่าลักษณะส่วนบุคคล ความเพียรพยายามของบุคคลในการทำงานซึ่งเกิดจากแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์การ ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของตัวบุคคล อีกทั้งการจูงใจในการทำงาน (Work motivation) ตามทฤษฎีของ Herzberg, Mausner, and Syndean (1990) พบว่าหากบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการมากพอก็จะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจและอุทิศตนในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ รวมทั้งการสนับสนุน คู่มือ แนวทางการปฏิบัติงาน หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เพียงพอต่อความต้องการจะสามารถเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ (Sharifi, Zahiri, Dargahi, & Faraji-Khiavi, 2021) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ หากไม่เพียงพอหรือไม่สร้างแรงจูงใจต่อแพทย์ อาจส่งผลให้การบันทึกเวชระเบียนขาดคุณภาพและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพเวชระเบียนยังไม่ได้ครอบคลุมทั้งในส่วนตัวบุคคล องค์กรและการบันทึกตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งรับหน้าที่บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเวชระเบียนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน และการสนับสนุนจากองค์กรต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ตามแนวทางการพัฒนาบุคลากรและคุณภาพสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพรรณนาลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร และการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11

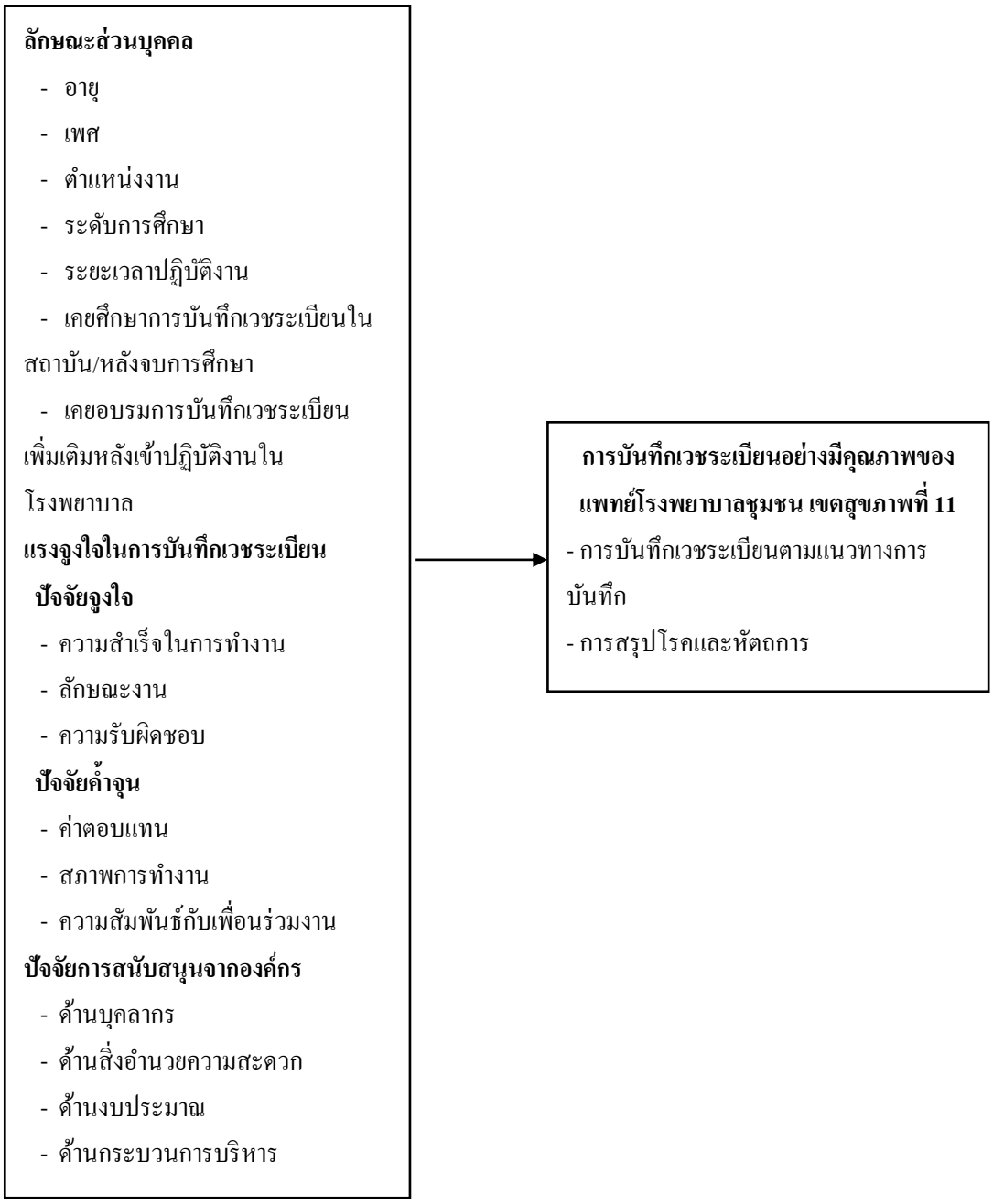
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรกับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรมีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 โดยได้ปรับใช้แนวคิดของ Schermerhorn et al. (2003) และแนวคิดทฤษฎี 2 ปัจจัยของ Herzberg et al. (1990) โดยนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 11 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 494 คน คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลและมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ๆ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 216 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ในกรณีที่ประชากรมีขนาดเล็กและทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) มีการคำนวณตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งชั้นภูมิ (Proportional stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นตามจังหวัด และคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มรายชื่อแพทย์โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือน 1 พฤศจิกายน – 30 พฤศจิกายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ **ส่วนที่ 2** แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน ประกอบด้วยปัจจัยจูงใจ จำนวน 12 ข้อ และปัจจัยค้ำจุน จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ **ส่วนที่ 3** การสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร จำนวน 12 ข้อ **ส่วนที่ 4** การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางการบันทึก 2) การสรุปโรคและหัตถการได้อย่างถูกต้อง จำนวน 21 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทั้ง 4 ส่วนเป็นมาตรส่วนประมาณค่าตามวิธีของลิเคิร์ท 5 ระดับ

เกณฑ์การแปลผล คะแนนแบบสอบถามส่วนที่ 2 – 4 ใช้วิธีการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 ระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 ทั้ง คะแนนรายด้านและคะแนนรวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจคุณภาพความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-objective Congruence Index: IOC) ของแบบสอบถามถามส่วนที่ 2 - 4 เท่ากับ 1, 0.97 และ 0.94 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ และผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หลังจากนำไปทดลองใช้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 12 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียง (Try out) จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 44 เท่ากับ 0.73, 0.73 และ 0.72 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ดำเนินการตามหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย หลักยุติธรรม ได้รับหนังสือการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาวลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC-22-285-01 ลงวันที่ 27 กันยายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลได้อยู่ภายใต้การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละพื้นที่ด้วยการใช้แบบสอบถามส่งให้โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 ผ่าน Google Form online จำนวน 216 คน และผู้วิจัยได้รับคืนข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถามในรูปแบบของรายการข้อมูลที่ตอบแบบสอบถามรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดให้นำตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 ทุกตัวแปรจากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงพหุในขั้นตอนสุดท้าย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.70 มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี (อายุเฉลี่ย 28.63 ปี) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นนายแพทย์ปฏิบัติการ ร้อยละ 85.30 จบ

การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.20 ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 50 ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 5.85 ปี

2. แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียนอยู่ในระดับระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.45, S.D. = 0.40) มีแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.76, S.D. = 0.46) แรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.98, S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสำเร็จในการทำงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดโดยมีแรงจูงใจในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.94, S.D.= 0.56) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ด้านค่าตอบแทน โดยมีแรงจูงใจในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.79, S.D.= 0.59)

3. การสนับสนุนจากองค์กร

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.98, S.D.= 0.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านกระบวนการบริหาร ($\bar{x}$ = 3.11, S.D.= 0.42) รองลงมาคือ ด้านกำลังคน ($\bar{x}$ = 3.02, S.D.= 0.51) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณ ($\bar{x}$ = 2.78, S.D.= 0.58)

4. การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.57, S.D.= 0.38) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การบันทึกแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge summary) ครบถ้วนทุกข้อ โดยไม่เว้นว่าง ($\bar{x}$ = 4.03, S.D.= 0.55) รองลงมาคือ การบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดให้ได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ($\bar{x}$ = 3.99, S.D.= 0.53) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การบันทึกคำว่า Head injury เป็นคำวินิจฉัยโรคหลัก ($\bar{x}$ = 2.90, S.D.= 0.72) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ (n = 216)

การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ	Mean	S.D.
1. การบันทึกแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge summary) ครบถ้วนทุกข้อ โดยไม่เว้นว่าง	4.03	0.55
2. การบันทึกผลการตรวจร่างกายตรงตามความจริงและลงนามกำกับทุกครั้งที่มีการแก้ไขข้อความ	3.93	0.61
3. การบันทึกเวชระเบียนโดยไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากลเช่น MCA, AR	3.67	0.78
4. การบันทึกเวชระเบียนในส่วนของแพทย์ครบทุกด้าน และเป็นข้อมูลปัจจุบันของผู้ป่วย	3.81	0.67
5. การบันทึก Progress note ครบทุกด้านตามหลัก SOAP	3.78	0.68

การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ	Mean	S.D.
6. การลงนามทุกครั้งที่มีการเขียน Progress note หรือ Doctor order	3.66	0.73
7. การบันทึกตำแหน่งและชนิดของบาดแผลโดยการวาดรูปในเวชระเบียน กรณีตรวจรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	3.45	0.68
8. การบันทึกคำวินิจฉัยโรค โดยมีชื่อโรค ตำแหน่งโรค ชนิดโรค	3.41	0.68
9. การบันทึกชื่อโรคโดยใช้คำกว้างๆ เช่น Multiple injury, Abrasion wound	2.91	0.66
10. การบันทึกคำว่า Head injury เป็นคำวินิจฉัยโรคหลัก	2.90	0.72
11. การบันทึกคำวินิจฉัยหลัก (Principal diagnosis) มากกว่า 1 โรค	2.98	0.72
12. การบันทึกการวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล *(*Complication) ในการวินิจฉัยโรคร่วม *(*Comorbidity)	3.28	0.65
13. การบันทึกการวินิจฉัยในส่วนโรคอื่นๆ (Other diagnosis) เมื่อมีโรคต้องบันทึกเพิ่มเติม	3.37	0.64
14. การบันทึกสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกครั้ง	3.43	0.59
15. การบันทึก รคส. ในคำสั่งการรักษาจะต้องลงชื่อภายหลังอีกครั้ง	3.32	0.73
16. การบันทึกเวชระเบียนทันเวลาที่กำหนดเสมอ	3.98	0.54
17. การบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนของแพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข	3.90	0.56
18. การบันทึกคำวินิจฉัยหลักโดยมีข้อมูลสนับสนุนจากในเวชระเบียนเสมอ	3.88	0.58
19. การบันทึกคำวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนโดยมีหลักฐานในเวชระเบียนเสมอ	3.84	0.62
20. การบันทึกเวชระเบียนด้วยลายมือที่อ่านง่าย และชัดเจน	3.13	0.88
21. การบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดให้ได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง	3.99	0.53
22. การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดครบทุกข้อตามแนวทางการบันทึก	3.92	0.57
รวม	**3.57**	**0.38**

5. ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน และการสนับสนุนจากองค์กรกับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละปัจจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน การได้รับการศึกษาการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน / หลังจบการศึกษา การได้รับการอบรมการบันทึกเวชระเบียนเพิ่มเติมหลังเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาล แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียนและการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน และการสนับสนุนจากองค์กรกับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 (n = 216)

ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียนและการสนับสนุนจากองค์กร	การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ลักษณะส่วนบุคคล			
อายุ	-0.197	0.004*	ต่ำ
ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน	-0.150	0.028*	ต่ำ
เคยศึกษาการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน/หลังจบการศึกษา	0.236	<0.001*	ต่ำ
เคยอบรมการบันทึกเวชระเบียนเพิ่มเติมหลังเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	-0.239	<0.001*	ต่ำ
2. แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน	0.520	<0.001*	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	0.515	<0.001*	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.484	<0.001*	ปานกลาง
ด้านลักษณะของงาน	0.432	<0.001*	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.429	<0.001*	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.378	<0.001*	ปานกลาง
ด้านค่าตอบแทน	0.264	<0.001*	ต่ำ
ด้านสภาพการทำงาน	0.364	<0.001*	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	0.306	<0.001*	ปานกลาง
3. การสนับสนุนจากองค์กร	0.348	<0.001*	ปานกลาง
ด้านกำลังคน	0.296	<0.001*	ต่ำ
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	0.301	<0.001*	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.284	<0.001*	ต่ำ
ด้านกระบวนการบริหาร	0.262	<0.001*	ต่ำ

* Point-Biserial Correlation, Pearson Correlation ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ คือ ปัจจัยจูงใจด้าน

ความสำเร็จในการทำงาน ด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z = (0.334)$(ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงาน) + (0.195)(ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ) + (0.152)(ปัจจัยค้ำจุน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถพยากรณ์การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ ได้ร้อยละ 29.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงพหุของปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R^2
1. ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.229	0.334	4.768	<0.000	0.484	0.234
2. ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ	0.150	0.195	2.746	0.007	0.521	0.271
3. ปัจจัยค้ำจุน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	0.099	0.152	2.476	0.014	0.540	0.292
ค่าคงที่ = 1.819, F = 29.098, p = <0.001						

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลในด้านเพศ ตำแหน่งงาน และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsritus (2018) ที่พบว่าเพศ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้แพทย์ที่มีตำแหน่งงานเดียวกัน ลักษณะงานที่ปฏิบัติมีความคล้ายคลึงกันและจบการศึกษาจากหลักสูตรแพทยศาสตร์เหมือนกันจึงได้รับการอบรมและปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่การทำงานของตนเองทั้งหมด โดยไม่แบ่งแยกเพศชายหรือหญิง ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างในการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ และส่วนใหญ่ไม่เคยศึกษาการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน / หลังจบการศึกษา เนื่องจากหลักสูตรแพทยศาสตรในสถาบันการศึกษามุ่งเน้นให้แพทย์ศึกษาวิชาที่ใช้ในการตรวจรักษาและการบันทึกเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาผู้ป่วยอยู่แล้วจึงไม่ได้เป็นวิชาหลักที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติม แม้ว่าความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนจะอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ.2545 และแพทย์ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมการบันทึกเวชระเบียนหลังจากที่จบการศึกษาจากสถาบัน เนื่องจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องผ่านการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล จึงต้องให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน เพราะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (The Healthcare Accreditation (Public Organization 2021) โดยเฉพาะการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในกองทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนจ่ายและหลังจ่าย เพื่อให้การเบิกจ่ายเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง (National Health Security Office, 2019) (a)

2. แรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ในทุกด้าน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 นั้นมีแรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียน ส่งผลให้แสดงออกทางพฤติกรรมต่อการบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพได้โดยที่แรงจูงใจเป็นความพึงพอใจหากได้รับการตอบสนองแล้วจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจทำงานอย่างสุดความสามารถ ทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของผลงานได้ (Herzberg et al., 1990) ดังนั้นการที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีแรงจูงใจที่มากพอก็จะช่วยให้การบันทึกเวชระเบียนมีคุณภาพด้วย โดยที่แรงจูงใจในระดับมากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคคล ที่ทำให้บุคคลนั้นมีความรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในงานที่ทำ หรือไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Suyanto, 2018) ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในองค์กรด้วยหลักการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ การฝึกอบรม การบริหารค่าตอบแทน และการประเมินผลงานอย่างสม่ำเสมอ จนสามารถแสดงออกโดยการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้โรงพยาบาลมีคุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน

3. การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ในทุกด้าน โดยที่ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์สูงสุด ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 มีแบบฟอร์มเวชระเบียนที่ง่ายต่อการบันทึก และยังมีวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์เพียงพอสามารถอำนวยความสะดวกในการบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ จึงเป็นทรัพยากรทางการบริหารที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่ผู้บริหารจำเป็นต้องดูแลให้ความสำคัญเพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ (Treedach, & Treedach, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharifi et al. (2021) ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์และกระบวนการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ที่ทำให้เวชระเบียนมีคุณภาพตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนั้นการสนับสนุนจากองค์กรให้ตอบสนองต่อความต้องการของแพทย์และเพื่อให้ประสบความสำเร็จในด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนจึงต้องอาศัยปัจจัย 4 ประการ คือ คน เงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการจัดการ หรือเรียกสั้นว่า 4M’s (Dachthai, 2002)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ พบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงานมีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์สูงสุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Nooring (2020) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงานเป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลได้ ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบมีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์รองลงมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Pratama, Tamtomo, and Sulaeman (2018) พบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และปัจจัยค้ำจุน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Keawthong (2016) พบว่า ปัจจัยค้ำจุน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ธุรการศาลยุติธรรม: กรณีศึกษา ศาลอุธรณ์ภาค 1 และปัจจัยจูงใจ ด้านลักษณะงาน ปัจจัยค้ำจุน ด้านค่าตอบแทน ด้านสภาพการทำงาน ไม่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 มีระบบเวชระเบียนที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนอยู่แล้ว

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

1. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ส่งผลให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้โดยตรง โดยจัดส่งแบบสอบถามในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านอินเทอร์เน็ต ดังนั้นคำตอบอาจจะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ผู้ที่จะนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว

2. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์โรงพยาบาลชุมชนผู้ที่จะนำผลการวิจัยไปปรับใช้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านพื้นที่และระดับการปฏิบัติงานของแพทย์ในระดับโรงพยาบาลที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบเป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมการบันทึกเวชระเบียนเพิ่มเติมหลังเข้าปฏิบัติงาน และเคยศึกษาการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน / หลังจบการศึกษาแรงจูงใจในการบันทึกเวชระเบียนและการสนับสนุนจากองค์กรรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพของแพทย์ และปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพได้แก่ พบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงานมี

ผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพมากที่สุด ปัจจัยค้ำจุน ด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพรองลงมาตามลำดับ ความสามารถพยากรณ์ของสมการเส้นตรงได้ร้อยละ 23.4 เนื่องจากการที่แพทย์มีแรงจูงใจในการทำงานจะทำให้แพทย์ทุ่มเทแรงกายแรงใจในการบันทึกเวชระเบียนให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามมาตรฐาน เพื่อให้สามารถข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

โรงพยาบาลชุมชนควรสร้างระบบแรงจูงใจให้แก่แพทย์ในการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบันทึก โดยการสนับสนุนให้ได้รับการฝึกอบรม การบริหารค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเหมาะสม และการประเมินผลงาน เพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามหลักการบริหารให้เอื้อต่อการดำเนินงานคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้สารสนเทศทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดรูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องโดยนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปออกแบบแนวทางร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเครือข่ายสถานพยาบาล เนื่องจากมีบริบทการทำงาน บรรยากาศ สภาพการทำงานที่แตกต่างกันไป โดยใช้ตัวแปรโมเดลการพัฒนาด้านแรงจูงใจและการสร้างทีมงานเวชระเบียนคุณภาพเป็นหลัก

รายการอ้างอิง (References)

Dachthai, T. (2002). *Principle of Public Health Administration* (3rd ed). Samchareanphanich. (in Thai).

Herzberg, F., Mausner, B., & Syndean, B.B. (1990). *The Motivation to work*. Transaction Publishers.

Kaewsritus, S. (2018). Quality Improvement Model of In-Patient Medical Records by Interdisciplinary Team in Det Udom Crow Prince Hospital, Det Udom District, Ubonratchathani Province. *Mahasarakham hospital journal*, (15)3, 135 - 141.

Keawthong, P. (2016). *Motivation and Effectiveness of the Performance of the Senior Courts of Justice: A Case Study of The Court of Appeals Region 1*. (Master of Public Administration, Faculty of Arts) Krik University, Faculty of Liberal Arts. (in Thai)

Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determination sample size for research activities. *Education and psychology Measurement*, 30(3), 607 - 610.

Ministry of Higher Education, Science, Research and innovation. (2021). *Produce more doctors Solve the shortage problem, set a target 13,318 for 5 years*. Retrieved May 28, 2022 from https://www.thairath.co.th/news/local/2192143.

National Health Security Office. (2019) (a). *Coding Audit Guidelines*. Bangkok. (in Thai).

National Health Security Office. (2019) (b). *Medical Record Audit Guidelines*. Bangkok. (in Thai).

Nooring, P. (2020). *Factors Affecting Work Efficiency of Vibhavadi Hospital's Nurses*. Retrieved September 14, 2022 from https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/vlt15-2/6114993399.pdf.

Pratama, T.W., Tamtomo, D., & Sulaeman, E.S. (2018). Factors Associated with the Completeness of Inpatient Medical Record Filling in Dr. R Sosodoro Djatikoesoemo, Bojonegoro, East Java. *Journal of Health Policy and Management*, 3(1), 1 - 10.

Schermerhorn, R., Hunt, & Osborn, N. (2003). *Organizational Behavior*. John Wiley & Sons.

Sharifi, S., Zahiri, M., Dargahi, H., & Faraji-Khiavi, F. (2021). Medical record documentation quality in the hospital accreditation. *Journal of Education Health Promot*ion. 10, 76. DOI: 10.4103/jehp. jehp852_20. PMID: 34084823; PMCID: PMC8057196.

Suyanto, S. (2018). Competence and Discipline on Work Motivation and the Implication on Working Performance. *European Research Studies Journal*. 21(1), 570 - 587.

The Healthcare Accreditation (Public Organization). (2021). *Hospital and Healthcare Standards (4th ed)*. The Healthcare Accreditation (Public Organization). (in Thai).

Treedach, P., & Treedach, S. (1987). *Public health administration* (2nd ed). Faculty of Public Health, Mahidol University. (in Thai).

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับของยาฟีนัยโทอินในเลือดของเด็กที่เป็นลมชัก: การศึกษาแบบย้อนหลัง

Factors Affecting the Blood Level of Phenytoin in Thai Children with Epilepsy: A retrospective study

กรกช กังวาลทัศน์, ตวงรัตน์ โพธะ, ปวลี เนียมถาวร*

Korakoch Kangwantas, Tuangrat Phodha, Pawalee Niamtaworn*

(Received: October 2, 2023; Revised: December 26, 2023; Accepted: January 5, 2024)

บทคัดย่อ

ยา phenytoin เป็นยากันชักที่มีช่วงการรักษาค่อนข้างแคบและในผู้ป่วยเด็กระดับยามักไม่อยู่ในช่วงการรักษาส่งผลต่อการรักษาโรคลมชักจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อระดับยาในเลือด งานวิจัยนี้จึงทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับยาฟีนัยโทอินในเลือดของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักอายุ 1 เดือน ถึง 18 ปี ที่ได้รับการเข้ารักษาในที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561 เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วย Multivariate logistic regression ผลการศึกษามีผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้งหมด 275 คน พบว่าผู้ป่วย 59 คนที่ได้รับการตรวจวัดระดับยานับเป็นจำนวนการตรวจวัดระดับยา 107 ครั้ง และพบว่า เพศ กลุ่มอายุ การมีโรคร่วม และการใช้ยาที่มีค่าการจับโปรตีนสูงร่วมมีความสัมพันธ์กับระดับยาในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพศชาย (OR = 1.65) ผู้ป่วยกลุ่มทารก (OR = 2.34) มีโรคร่วม (OR = 144.40) และการใช้ยาที่มีค่าการจับโปรตีนสูงร่วม (OR = 1.28) เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้ระดับยาไม่อยู่ในช่วงการรักษา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในกลุ่มเด็กเล็กเป็นกลุ่มที่มีระดับยาอยู่ในช่วงการรักษาได้ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่น สรุปได้ว่าปัจจัยที่พึงคำนึงถึงเมื่อสั่งใช้ยาphenytoin ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ โรคร่วม และการใช้ยาที่มีค่าการจับโปรตีนสูงร่วม เพื่อให้การใช้ยา phenytoin ในผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย

คำสำคัญ: ระดับยาฟีนัยโทอิน, เด็ก, ฟีนัยโทอิน, โรคลมชัก

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Faculty of Pharmacy, Thammasat University

*Corresponding author: pawalee.n@gmail.com

Abstract

Phenytoin is a medication for epilepsy with a narrow therapeutic index. There is not nearly as much at the therapeutic level in children. Therefore, it is very crucial to study the factors affecting the blood level of phenytoin. This study aimed to study factors affecting the blood level of phenytoin in Thai children with epilepsy, aged 1 month to 18 years, who were hospitalized to tertiary hospitals between 2014 and 2018. The cross-sectional study was used to gather electronic data. Data analysis utilized in this study was Multivariate logistic regression. The results found that phenytoin was administered to 275 subjects. A blood level of phenytoin test was administered 107 times to the 59 subjects. The blood level of phenytoin was statistically substantially correlated with gender, age group, comorbidities, and highly protein bound drugs ($p<0.05$). Phenytoin levels in the blood were associated with male gender, infant group, comorbidities, and highly protein bound drugs. In contrast to the teenage group, the toddler group had a factor associated with the blood level of phenytoin. In conclusion, age group, comorbidities, and highly protein bound drugs should be taken into consideration when administrating phenytoin. These factors affect the blood level of phenytoin, which can become ineffective in controlling epileptic symptoms and medicine safety.

Keywords: Drug level, Children, Phenytoin, epilepsy

บทนำ

Phenytoin เป็นยารักษาและป้องกันโรคลมชัก ซึ่งจัดเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) ดังนั้นขนาดยาที่ใช้ในการรักษานั้นจะต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยได้ ปัจจุบันในผู้ป่วยเด็กนั้นการศึกษาและวิจัยทางคลินิกยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดต่าง ๆ ทั้งในเรื่องของจริยธรรมการวิจัยในการทำการศึกษาในเด็ก (McDaniel et al., 2019; Stiles-Shields, Plevinsky, Psihogios, & Holmbeck, 2020) ทำให้การรักษาโรคลมชักของเด็กจะต้องอ้างอิงจากการศึกษาในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามเภสัชจลนศาสตร์ของเด็กนั้นแตกต่างจากของผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการดูดซึมยาผ่านทางเดินอาหารค่อนข้างมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านสภาพความเป็นกรด - ด่างในทางเดินอาหาร และการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงยา (metabolism) ของ phenytoin นั้นเป็นรูปแบบ non-linear pharmacokinetics การได้รับยาสูงขึ้นในระดับหนึ่งทำให้เอนไซม์ที่มีหน้าที่เปลี่ยนแปลงยาอิ่มตัว จึงส่งผลให้ระดับยาในเลือดไม่แปรผันเป็นสัดส่วนเดียวกับขนาดยาที่ได้รับ หากได้รับยาขนาดสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยอาจส่งผลให้ระดับยาในเลือดสูง

มากเกินกว่าที่คาดการณ์ (Garofalo, 2007; Verrotti et al., 2019) ดังนั้นการอ้างอิงผลการศึกษาในผู้ป่วยลมชักที่เป็นผู้ใหญ่อาจไม่เหมาะสมทั้งในแง่ของประสิทธิภาพในการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยานี้ และมีรายงานการใช้ phenytoin ในเด็กที่พบว่ามีผู้ป่วยเด็กไม่ถึงร้อยละ 50 ที่มีระดับยาอยู่ในช่วงการรักษา (Mir, 2019; Wisuttiwong, 2007) ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมอาการของโรคลมชัก

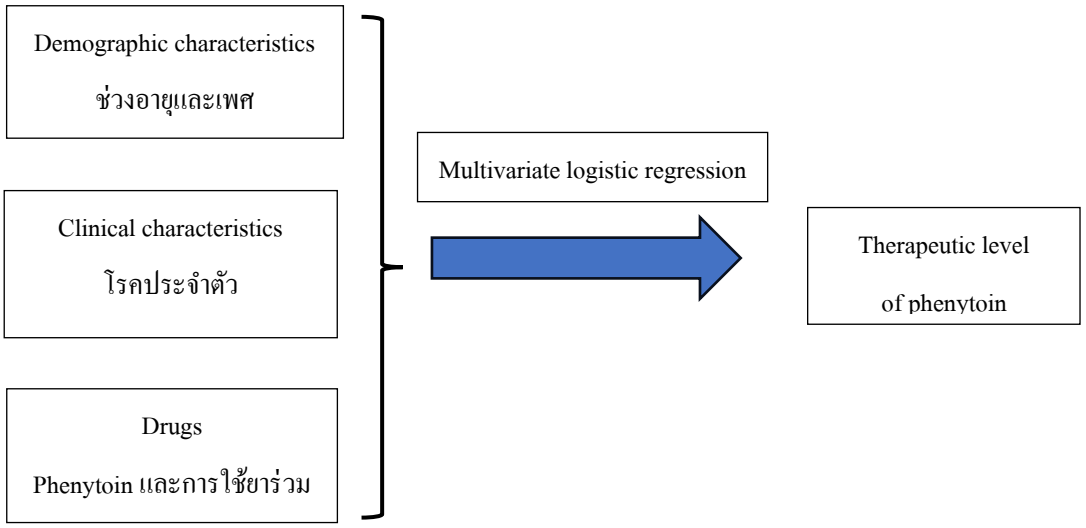
จากรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับยา phenytoin หลายงานพบว่าผลการศึกษามีความขัดแย้งกันในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ เช่น บางการศึกษาได้ผลสรุปว่าอายุมีผลต่อระดับยา phenytoin ในเลือด ส่วนเพศไม่มีผลต่อระดับยา phenytoin ในเลือด (Houghton, Richens, & Leighton, 1975) ในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาที่ได้ผลสรุปว่าเพศและอายุไม่มีผลต่อค่า maximum velocity (Vmax) และ Michaelis-Menten constant (Km) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับยา phenytoin ในเลือด (Wisuttiwong, 2007) อีกทั้งบางการศึกษาพบว่าการใช้ยา phenytoin ร่วมกับ ยาต้านชักตัวอื่น เช่น valproic acid, phenobarbital และ zonisamide มีผลต่อระดับยา phenytoin ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับยา phenytoin ไม่อยู่ในช่วงการรักษา (Therapeutic index) (KaraŹniewicz-Łada, Główka, Mikulska, Główka, 2021; Methaset et al., 2019; van Dijkman, Rauwe, Danhof, & Della Pasqua, 2018) จากการศึกษาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ที่ใช้ร่วมกันกับ phenytoin ผ่านเอนไซม์ cytochrome P450 ได้แก่ การยับยั้ง กระตุ้นหรือเป็น substrate ของเอนไซม์ชนิดดังกล่าวส่งผลให้ยาที่ให้ร่วมกันกับ phenytoin มีระดับยาที่ไม่คงที่ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของยานั้นๆ ในการรักษาโรค การใช้ phenytoin ร่วมกับยาที่มี protein binding สูง ส่งผลให้ระดับของ phenytoin ในเลือดเปลี่ยนแปลงได้ จากการศึกษาของ Marano et al. (2020) พบว่า ยากลุ่ม proton pump inhibitors เช่น omeprazole มีผลต่อระดับยา phenytoin (Marano et al., 2000) และมีงานวิจัยอื่นพบว่า proton pump inhibitors เช่น lansoprazoleไม่มีผลต่อระดับ phenytoin ในเลือด (Karol, Locke, & Cavanaugh, 1999) ทั้งยาในกลุ่ม benzodiazepines ที่มีการศึกษาว่าสามารถเพิ่มหรือลดระดับยา phenytoin ในเลือดได้ (Murphy & Wilbur, 2023) นอกจากนี้ phenytoin เป็นยาที่มี protein binding สูง ส่งผลต่อระดับยาได้ (Jun et al., 2020) โรคร่วมอาจส่งผลต่อระดับยา phenytoin ในเลือดได้เช่นกัน (Paul, Robinson, & Sadrzadeh, 2020) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับยา phenytoin ที่กล่าวมานั้น ส่วนใหญ่เป็นรายงานที่ศึกษาในผู้ใหญ่ ซึ่งยังขาดข้อมูลในผู้ป่วยเด็ก ฉะนั้นการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับยา phenytoin ในเด็กจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้คณะผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อให้การรักษาโรคลมชักด้วยยา phenytoin เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับยา phenytoin ในเลือดของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 18 ปี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับของยา phenytoin ในเลือดของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักอายุ 1 เดือน ถึง 18 ปี เฉพาะผู้ที่ได้รับการตรวจระดับยา phenytoin ในเลือดจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเท่านั้น โดยแสดงกรอบแนวคิดงานวิจัยในภาพที่ 1 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาความแตกต่างของชนิดของยาที่มีคุณสมบัติร่วมกัน เช่น ไม่ได้ศึกษาการเกิดอันตรกิริยาของยาแต่ละชนิดในกลุ่มยาที่ผ่าน cytochrome P450 หรือยาที่มี protein binding สูง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังแบบภาคตัดขวาง (retrospective cross-sectional study) โดยเป็นการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิคตั้งแต่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 ผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเกณฑ์ดังต่อไปนี้จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทุกราย เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก ที่มี ICD - 10 รหัส G40 ที่ได้รับยา Phenytoin มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 18 ปี และเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลในช่วงที่กำหนด เกณฑ์การคัดออก

(exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เริ่มใช้ Phenytoin เป็นครั้งแรกผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ Phenytoin ข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ โดยขาดข้อมูลที่เป็นตัวแปรในงานวิจัยนี้ จากนั้นแบ่งกลุ่มประชากรเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ทารก (1 เดือน - น้อยกว่า 2 ปี) เด็กเล็ก (2-น้อยกว่า 9 ปี) และวัยรุ่น (9 - 18 ปี)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case Record Form) ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก และส่วนสูง

1.2 ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระดับยา Phenytoin ในเลือด (Therapeutic level 10 – 20 mcg / mL) (Patsalos, Spencer, & Berry, 2018) ยาที่ใช้ร่วมกันโรคประจำตัว รหัส ICD - 10 รหัส G - 40 และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล (Length of stay)

2. โปรแกรมคำนวณทางสถิติ STATA 15

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ที่ 152 / 2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยเรื่องการป้องกัน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

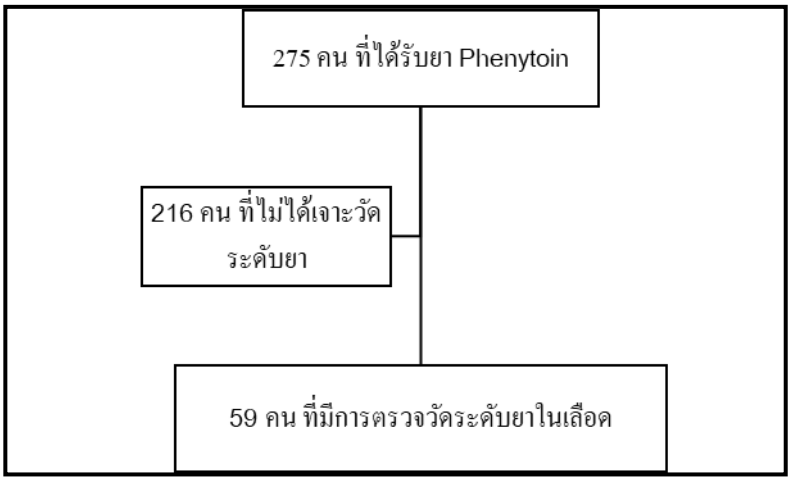
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ทั้งนี้ตัวแปรทุกตัวในการวิจัยนี้เป็นตัวแปรกลุ่ม (Category variable) ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ การมีโรคร่วม และการใช้ยาร่วมกัน จึงวิเคราะห์เป็น จำนวน (ร้อยละ) ของการกระจายตัวของตัวแปรคุณลักษณะทางประชากรและคุณลักษณะทางคลินิก

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ การมีโรคร่วม และการใช้ยาร่วมกัน กับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติพหุถดถอยโลจิสติก (multivariate logistic regression)

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้ศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 18 ปี ที่เป็นโรคลมชัก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา phenytoin มีจำนวน 275 คน และจากจำนวนคนที่ได้รับยา phenytoin มีจำนวนผู้ป่วยที่มีการตรวจวัดระดับยาในเลือด 59 คน (ภาพที่ 2) ซึ่งมีจำนวนครั้งในการตรวจรวมทั้งหมด 107 ครั้ง



ภาพที่ 2 แผนภูมิการคัดคนเข้างานวิจัย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.41) กระจายอยู่ในกลุ่มอายุต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน มีโรคร่วมร้อยละ 93.22 ได้รับยาที่มีอันตรกิริยาต่อยา phenytoin ร้อยละ 96.61 โดยเป็นการเกิดอันตรกิริยาผ่าน Cytochrome P450 มากถึงร้อยละ 96.61 โดยเป็นการเกิดอันตรกิริยาผ่าน CYP2C9 CYP2C19 และ CYP3 A4 ได้แก่ amlodipine, dexamethasone, diazepam, fentanyl, lansoprazole, midazolam, omeprazole, และ phenobarbital ส่วนการเกิดอันตรกิริยาผ่าน protein binding พบมากถึงร้อยละ 93.22 ซึ่งในการศึกษานี้ยาที่มี protein binding สูง คือ acetazolamide, amlodipine, cefazolin, dexamethasone, diazepam, fentanyl, furosemide, lansoprazole, midazolam และ omeprazole นอกจากนี้ยังพบว่าจากการตรวจวัดระดับยาทั้งหมด 107 ครั้ง ผู้ป่วยมีระดับยาในช่วงการรักษา (10 – 20 mcg / mL) เพียงร้อยละ 44.86 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

คุณลักษณะทางประชากรและทางคลินิก	จำนวน (%)
เพศ	
หญิง	21 (35.59)
ชาย	38 (64.41)
กลุ่มอายุ	
ทารก (1 เดือน - น้อยกว่า 2 ปี)	23 (38.98)
เด็กเล็ก (2 - น้อยกว่า 9 ปี)	20 (33.90)

คุณลักษณะทางประชากรและทางคลินิก	จำนวน (%)
วัยรุ่น (9 - 18 ปี)	16 (27.12)
โรคร่วม	
มีโรคร่วม	55 (93.22)
ไม่มีโรคร่วม	4 (6.78)
ยาที่มีอันตรกิริยาต่อยา Phenytoin	
ได้รับ	57 (96.61)
ไม่ได้รับ	2 (3.39)
ยาอื่นที่ผ่าน Cytochrome P450	
ได้รับ	57 (96.61)
ไม่ได้รับ	2 (3.39)
ยาอื่นที่มี Protein binding สูง	
ได้รับ	55 (93.22)
ไม่ได้รับ	4 (6.78)
ระดับยาในเลือดของ Phenytoin จากการตรวจทั้งหมด 107 ครั้ง	
อยู่ในช่วงการรักษา (10 – 20 mcg / mL)	48 (44.86)
ไม่อยู่ในช่วงการรักษา (< 10 mcg / mL หรือ >20 mcg / mL)	59 (55.14)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการอยู่ในช่วงการรักษา (Therapeutic index) ของยา phenytoin ในเลือดของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 18 ปี ด้วย multivariate logistic regression พบว่า เพศ กลุ่มอายุ การมีโรคร่วม และ การใช้ยาที่มีค่า protein binding สูง ร่วมกับยา phenytoin มีความสัมพันธ์กับระดับยาในเลือดของ phenytoin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) โดยเพศชายมีโอกาสที่ระดับยา phenytoin อยู่นอกช่วงการรักษา 1.65 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง ความแตกต่างของช่วงอายุก็มีผลต่อระดับยา phenytoin โดยผู้ป่วยกลุ่มทารก (1 เดือน - 2 ปี) มีโอกาสที่ระดับยา phenytoin อยู่นอกช่วงการรักษา 2.34 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่น (9– 18 ปี) และผู้ป่วยกลุ่มเด็กเล็ก (2 - 8 ปี) มีโอกาสที่ระดับยา phenytoin จะอยู่ในช่วงการรักษาร้อยละ 39 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่น (9 – 18 ปี) อีกทั้งผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นร่วมกับโรคลมชักจะมีโอกาสที่ระดับยา phenytoin อยู่นอกช่วงการรักษาประมาณ 144 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม และผู้ป่วยที่มีการใช้ยาที่มีค่า protein binding สูง ร่วมกับยา phenytoin จะมีโอกาสที่ระดับยา phenytoin อยู่นอกช่วงการรักษา 1.28 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้ใช้ยาที่มี protein binding สูงร่วมกับยา phenytoin (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับยาในเลือดของ Phenytoin ด้วยการวิเคราะห์ multivariate logistic regression

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์	se	95% CI	*p-value*	OR
เพศ					
ชาย	0.5004	0.0642	-0.6363 -0.3417	0.0000*	1.6493
กลุ่มอายุ					
ทารก	0.8514	0.0790	0.6965 - 1.0063	0.0000*	2.3430
เด็กเล็ก	-0.4890	0.0752	0.3745 - 0.6263	0.0000*	0.6132
โรคร่วม	4.9726	1.010	2.9933 - 6.9520	0.0000*	144.40
ยาอื่นที่มี Protein binding สูง	0.2442	0.0601	0.1264 - 0.3621	0.0000*	1.2766
Constant	-5.1343	1.0103	-7.1144 - 3.1541	0.0000*	

หมายเหตุ: se: standard error; 95 % CI: 95 % confidence interval; OR: odds ratio; *p-value** < 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาของผู้วิจัยเป็นการวิจัยภาคตัดขวางแบบย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับยา phenytoin ในเลือดของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 18 ปี ด้วยการวิเคราะห์พหุถดถอยทางโลจิสติก (multivariate logistic regression) จากระดับยาที่ตรวจวัดทั้งหมด 107 ครั้ง พบว่าระดับยาอยู่ในช่วงการรักษาเพียงร้อยละ 48 จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับยา อันประกอบไปด้วยปัจจัยด้านเพศ ช่วงอายุ การมีโรคร่วม และการใช้ยาตัวอื่นร่วมกับ phenytoin ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้โอกาสที่ระดับยา phenytoin จะอยู่ในช่วงการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในกลุ่มเด็กเล็ก (2 - 8 ปี) และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสที่ระดับยา phenytoin จะอยู่นอกช่วงการรักษาคือ เพศชาย ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในกลุ่มทารก (1 เดือน - 2 ปี) การมีโรคร่วม และ การใช้ยาที่มีค่า protein binding สูง ร่วมกับการใช้ยา phenytoin

การติดตามระดับยา phenytoin จากการศึกษาของ Suzuki, Mimaki, Cox, Koepke, & Hayes, (1994) พบว่าระดับยา phenytoin ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กนั้นมีระดับยาอยู่ในช่วงการรักษาประมาณร้อยละ 50 ส่วนการศึกษาของ Srivastava, Bhartiya, Gavli, Patil and Rajadhyaksha, (2020) นั้นพบว่า มีระดับยาอยู่นอกช่วงการรักษาถึงร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับยา จากการศึกษาในประเทศไทยของ Wisuttiwong (2007); Wisuttiwong,

2007; Mekloy and Treyapsert (2022) รายงานว่าเพศและอายุไม่มีผลต่อค่าพารามิเตอร์ทาง pharmacokinetic ของยา phenytoin โดยไม่มีผลทั้งค่า Vmax และ Km ต่างกับการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ของยา phenytoin ในประเทศมาเลเซีย Ismail, Rahman, and Chand (1994) กล่าวว่า ค่า Vmax ของเพศชายและเพศหญิงมีค่าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจส่งผลต่อระดับยาได้ และอีกการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับยา (Mir, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานการศึกษาของผู้วิจัยที่เพศและอายุมีผลต่อระดับยา นอกจากนี้มีหลายรายงานการศึกษา (Houghton et al., 1975; Mir, 2019; Rane & Wilson, 1976; Suzuki et al., 1994) พบว่าอายุมีผลต่อระดับยา phenytoin โดยผู้ป่วยกลุ่มทารกมีโอกาสที่ระดับยา phenytoin อยู่นอกช่วงการรักษามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่น และผู้ป่วยกลุ่มเด็กเล็ก มีโอกาสที่ระดับยา phenytoin อยู่ในช่วงการรักษามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากอายุเกี่ยวข้องกับความสามารถในการกำจัดยา phenytoin ทำให้ผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุมีอัตราการกำจัดยาที่แตกต่างกัน

การใช้ยาร่วมกันกับยา phenytoin นั้นมีรายงานว่ายาบางตัวส่งผลต่อระดับยา phenytoin เช่น กลุ่มยากันชัก (KaraŹniewicz-Łada et al., 2021; Kutt, 1975; van Dijkman et al., 2018) การศึกษาของ Wolf, McClain, Zurakowski, Dodson, and McManus, (2006) ที่ศึกษาในเด็กที่เข้ารักษาใน intensive care unit (ICU) ด้วยอาการชักและได้รับยา phenytoin พบว่าการได้รับยาร่วมเป็น valproic acid และ cefazolin จะมีผลเปลี่ยนแปลงการจับกันระหว่าง phenytoin กับ protein ทำให้ระดับยาของ phenytoin ในรูปแบบอิสระเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระดับของยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่าการใช้ยาที่มี protein binding สูง ร่วมกับยา phenytoin จะมีโอกาสที่ระดับยา phenytoin อยู่นอกช่วงมากกว่า โดยระดับยาจะต่ำกว่าหรือสูงกว่าช่วงของการรักษานั้นขึ้นกับความสามารถในการแย่งจับโปรตีนในเลือดของยานั้น ๆ กับยา phenytoin

เนื่องจากการศึกษาของผู้วิจัยนี้เป็นการศึกษารูปแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ที่ศึกษาเพียงช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งโดยไม่ย้อนกลับไปดูในอดีตหรือศึกษาไปข้างหน้า จึงทำให้ผลการศึกษาอาจไม่เป็นตัวแทนของผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ซึ่งการศึกษารูปแบบนี้อาจจะมีปัจจัยกวน (confounding factors) ที่สามารถเปลี่ยนผลการศึกษาได้ ข้อจำกัดของการศึกษานี้พบว่ามีจำนวนครั้งต่อการตรวจระดับยาในเลือดเพียง 107 ครั้ง จากผู้ป่วย 59 รายเท่านั้น และยังพบการขาดหายไปของข้อมูลบางส่วน ได้แก่ น้ำหนักและส่วนสูงจึงไม่สามารถนำข้อมูลในส่วนนั้นมาวิเคราะห์ในสมการพหุถดถอยทางโลจิสติก (multivariate logistic regression) ได้ อีกทั้งไม่มีข้อมูลในส่วนเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา phenytoin ครั้งแรก ทำให้ไม่สามารถทราบได้อย่างแน่ชัดว่าระดับยาได้เข้าสู่ steady state แล้ว นอกจากนี้การนำผลการตรวจระดับยา phenytoin ครั้งแรกในเลือดของผู้ป่วยมาวิเคราะห์อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับปัจจัย เช่น ยาที่ใช้ร่วมใหม่ก่อนการเจาะวัดระดับยาใน

เลือด อาจส่งผลให้ระดับยา phenytoin ที่วัดได้นั้นไม่ใช่ระดับยาที่แท้จริง ซึ่งทางผู้วิจัยไม่สามารถหาข้อมูลเวลาการเจาะระดับยาและเวลาบริหารยาต่าง ๆ ได้จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ได้ ฉะนั้นในอนาคตควรเก็บข้อมูลส่วนนี้เพิ่มเติมจากเวชระเบียนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับยา phenytoin ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

สรุป

จากการศึกษานี้ ผู้ป่วยเพศชาย อายุอยู่ในกลุ่มทารก (1 เดือน - 2 ปี) การมีโรคร่วม และ การใช้ยาที่มีค่า protein binding สูง ร่วมกับการใช้ยา phenytoin เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับยา phenytoin อยู่นอกช่วงการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในกลุ่มอายุเด็กเล็ก (2 - 8 ปี) จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับยา phenytoin อยู่ในช่วงการรักษา ถ้าหากผู้ป่วยมีปัจจัยดังกล่าวควรติดตามระดับยา phenytoin อย่างใกล้ชิดเพื่อให้การใช้ยาได้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดีและมีความปลอดภัยในคนกลุ่มผู้ป่วยเด็กซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่อ่อนไหว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการศึกษาในอนาคตคือ ควบคุมปัจจัยกวนที่อาจส่งผลต่อผลการศึกษา และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวัดระดับยาในการศึกษา เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการทำนายผลทำให้ทราบถึงผลของยาที่ใช้ร่วมตัวอื่นต่อระดับยา phenytoin ในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำมากขึ้นรวมถึงเวลาการเจาะระดับยาและเวลาบริหารยาต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อระดับยา

รายการอ้างอิง (References)

Garofalo, E. (2007). Clinical Development of Antiepileptic Drugs for Children. *Neurotherapeutics,* 4(1), 70 - 74.

Houghton, G.W., Richens, A., & Leighton, M. (1975). Effect of age, height, weight and sex on serum phenytoin concentration in epileptic patients. *British Journal of Clinical Pharmacology,* 2(3), 251 - 256. DOI:10.1111/j.1365-2125.1975.tb01583.x

Ismail, R., Rahman, A., & Chand, P. (1994). Pharmacokinetics of phenytoin in routine clinic patients in Malaysia. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics,* 19(4), 245 - 248.

Jun, H., Rong, Y., Yih, C., Ho, J., Cheng, W., & Kiang, T. K. (2020). Comparisons of Four Protein-Binding Models Characterizing the Pharmacokinetics of Unbound Phenytoin in Adult Patients Using Non-Linear Mixed-Effects Modeling. *Drugs in R&D,* 20(4), 343 - 358.

KaraŹniewicz-Łada, M., Główka, A.K., Mikulska, A.A., Główka, F.K., (2021). Pharmacokinetic Drug–Drug Interactions among Antiepileptic Drugs, Including CBD, Drugs Used to Treat COVID-19 and Nutrients. *International Journal of Molecular Sciences*. 22(17), 9582. DOI:10.3390/ijms22179582

Karol, M.D., Locke, C.S., & Cavanaugh, J.H. (1999). Lack of pharmacokinetic interaction between lansoprazole and intravenously administered phenytoin. *The Journal of Clinical Pharmacology,* 39(12), 1283 - 1289.

Kutt, H. (1975). Interactions of antiepileptic drugs. *Epilepsia,* 16(2), 393 - 402.

Marano, M., Nicoletti, F., Pro, S., Goffredo, B., Cecchetti, C., Piervincenzi, E., . . . Cocciadiferro, D. (2020). Phenytoin intoxication associated with omeprazole administration in a child with defective CYP2C9. *European journal of clinical pharmacology,* 76, 731 - 732.

McDaniel, C.E., Jennings, R., Schroeder, A.R., Paciorkowski, N., Hofmann, M., & Leyenaar, J. (2019). Aligning inpatient pediatric research with settings of care: a call to action. *Pediatrics,* 143(5), e20182648. DOI:10.1542/peds.2018-2648. PMID: 31018987.

Mekloy, L., & Treyaprasert, W. (2022). Population pharmacokinetics of phenytoin in epileptic children and dosage regimens using Monte Carlo simulation. *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences,* 46(2), 208 - 215.

Methaset, K., Sathirakul, K., Limpisood, S., Kulsirirat, T., Leethochawalit, S., Chulsom, N., . . . Rukthong, P. (2019). Prediction of phenytoin concentration using STELLATM as a pharmacokinetic modeling program. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences,* 15(2), 44 - 50.

Mir, S.A. (2019). Effect of age and sex on serum phenytoin concentration in epileptic patients: experience from therapeutic drug monitoring. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology,* 8(8), 1717 – 1721. DOI: 10.18203/2319-2003.ijbcp20193169

Murphy, A., & Wilbur, K. (2003). Phenytoin–Diazepam Interaction. *Annals of Pharmacotherapy*. 37(5), 659 - 663. DOI:10.1345/aph.1C413

Patsalos, P.N., Spencer, E.P., & Berry, D. J. (2018). Therapeutic Drug Monitoring of Antiepileptic Drugs in Epilepsy: A 2018 Update. *Therapeutic Drug Monitoring,* 40(5), 526 - 548. DOI:10.1097/ftd.0000000000000546

Paul, H.A., Robinson, J.L., & Sadrzadeh, S.H. (2020). Free versus total phenytoin measurements—a case study of phenytoin toxicity *Toxicology Cases for the Clinical and Forensic Laboratory*, 131-133, Academic Press.

Rane, A., & Wilson, J.T. (1976). Clinical pharmacokinetics in infants and children. *Clinical Pharmacokinetics,* 1, 2 - 24. DOI: 10.2165/00003088-197601010-00002. PMID: 1017153.

Srivastava, K., Bhartiya, S., Gavli, V., Patil, R., & Rajadhyaksha, S. (2020). Efficacy, Tolerability and Serum Phenytoin Levels after Intravenous Fosphenytoin Loading Dose in Children with Status Epilepticus. *Indian Pediatr,* 57(3), 218 - 221.

Stiles-Shields, C., Plevinsky, J. M., Psihogios, A. M., & Holmbeck, G. N. (2020). Considerations and future directions for conducting clinical research with pediatric populations during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pediatric Psychology,* 45(7), 720-724.

Suzuki, Y., Mimaki, T., Cox, S., Koepke, J., & Hayes, J. (1994). Phenytoin Age-Dose-Concentration Relationship in Children. *Therapeutic Drug Monitoring,* 16(2), 145 - 150.

van Dijkman, S.C., Rauwé, W.M., Danhof, M., & Della Pasqua, O. (2018). Pharmacokinetic interactions and dosing rationale for antiepileptic drugs in adults and children. *British Journal of Clinical Pharmacology,* 84(1), 97 - 111.

Verrotti, A., Iapadre, G., Di Donato, G., Di Francesco, L., Zagaroli, L., Matricardi, S., . . . Iezzi, M. L. (2019). Pharmacokinetic considerations for anti-epileptic drugs in children. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology,* 15(3), 199 - 211.DOI:10.1080/17425255.2019.1575361

Wisuttiwong, P. (2007). *Pharmacokinetic parameters of phenytoin in Thai epileptic children.* Chulalongkorn University. (in Thai).

Wolf, G., McClain, C., Zurakowski, D., Dodson, B., & McManus, M. L. (2006). Total phenytoin concentrations do not accurately predict free phenytoin concentrations in critically ill children. *Pediatric Critical Care Medicine,* 7(5), 505.

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน

Factors Predicting Coronavirus Disease 2019 Prevention Practices among Patients Receiving Services at the Respiratory Infection Clinic, a Community Hospital

จีราพร ปูรียา[1*], วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ[1], พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น[1]

Jeeraporn Pooreeya[1*], Wanchai Lertwatthanawilat[1], Pimpaporn Klunklin[1]

(Received: May 10, 2023; Revised: June 15, 2023; Accepted: June 22, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลชุมชนรวบรวมข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 347 คน เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และ 0.82 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.75 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 102.00 (S.D. ± 4.93) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่อการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Faculty of nursing, Chiang Mai University

*Corresponding Author: jeeraporn_po@cmu.ac.th

ติดเชื้อโรคโควิด 2019 มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.11 (S.D. ± 1.87), 44.93 (S.D. ± 3.65), 22.36 (S.D. ± 1.94), 14.88 (S.D. ± 2.17), และ 44.37 (S.D. ± 3.35) ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงทุกตัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ß =.92,P-value < 0.05) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (ß =.36, P-value < 0.05) สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 52.5 (P-value < 0.05, R^2 = .525)

สิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้ป่วยคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ, การป้องกันการติดเชื้อ

Abstract

This predictive research aimed to study the predictive factors of COVID-19 prevention practices among patients attending infectious disease clinics respiratory system in a community hospital. The data was conducted from March 2021 to March 2022. The sample (n = 347) were the patients who received services at a respiratory infectious disease clinic in a community hospital in the southern region using purposive sampling. Research instruments included the Health Belief Questionnaire for COVID-19 and the COVID-19 Prevention Behavior Questionnaire 2019. Both instruments were tested the content validity by 6 experts and the content validity index of the instruments were 0.97, and 0.82, respectively. In internal consistency of both instruments were 0.75, and 0.72, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the COVID-19 prevention behavior was at a high level ($\bar{X}$ ± S.D. = 102.00 ± 4.93). The perceived risks, the perceived severity of the disease, the perceived benefits of the treatment and prevention, the perceived barriers, and cue to practice action were all at a high level with a mean score and standard deviation of 19.11 (S.D. ± 1.87), 44.93 (S.D. ± 3.65), 22.36 (S.D. ± 1.94), 14.88. (S.D. ± 2.17), 44.37 (S.D. ± 3.35), respectively. The perceived benefits of the treatment and prevention (ß = .92, p. < 0.05) and the perceived severity of the disease (ß = .36, p. < 0.05) were only the factors that could predict the COVID-19 prevention behavior and could explain 52.5 % (P< 0.05, R^2 = .525) of variation of the prevention behavior.

The most important one which can lead to improving the COVID - 19 prevention practices among patients attending infectious disease clinics respiratory system in a community hospital.

Key words: Factors Predicting, Coronavirus Disease 2019 Prevention, Patients the Respiratory Infection Clinic, Health Beliefs model, Infection prevention

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) สามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัส (contact transmission) ละอองฝอยทางเดินหายใจ (droplet transmission) และแพร่กระจายทางอากาศ (airborne transmission) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคซึ่งแยกได้ยากจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากเชื้ออื่น ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยร้อยละ 80.9 อาการไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดกล้ามเนื้อ คัดจมูก มีน้ำมูก เจ็บคอ หรืออาจมีอาการถ่ายเหลวได้ ผู้ป่วยร้อยละ 13.8 อาการรุนแรง ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก (World Health Organization, 2020) และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ในด้านร่างกายและด้านจิตใจโดยอาจทำให้เกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และเสียชีวิตได้ (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020) มีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia, & Ventriglio, 2020) ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ต้องเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (Taearak, 2020) รายได้ลดลง (Worathanarat, 2020) และด้านบุคลากรทางการแพทย์พบว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นโรคโควิด - 19 จำนวนมากขึ้น (Quigley, Stone, Nguyen, Chughtai, & MacIntyre, 2020) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตสังคม วิตกกังวล ซึมเศร้า และยังปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานานขึ้น เนื่องจากมีบุคลากรทางการแพทย์ ที่ป่วยต้องกักตัว ทำให้ภาระงานมากขึ้น (Shaukat, Ali, & Razzak, 2020) และต่อประเทศ พบว่าต้องมีการระงับการเดินทางระหว่างประเทศเพื่อลดการติดเชื้อทำให้รายได้ด้านการท่องเที่ยวลดลง เศรษฐกิจชะลอตัว หลายกิจการต้องปิดตัวทำให้จำเป็นต้องปลดพนักงานออก คนจำนวนมากไม่มีงานทำ สูญเสียรายได้ มีการแพร่ระบาดในชุมชนในประเทศมีการปิดชุมชน ปิดสถานศึกษา นักศึกษาต้องหยุดเรียน ถูกเลื่อนสอบ โรงเรียนต้องเปลี่ยนรูปแบบการเรียน (Ozili & Arun, 2020)

สำหรับในพื้นที่จังหวัดในภาคใต้ เช่น จังหวัดนราธิวาส หากมีผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ต้องรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสนามของจังหวัดนราธิวาส ที่ผ่านมาในช่วงเดือน มีนาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 มีผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส รวมจำนวน 54 ราย และอำเภอแว้งรวม 9 ราย (Narathiwat Provincial Public Health Office, 2021) ผู้ป่วย 2 ราย เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ คือ ประเทศอินโดนีเซีย เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ผู้ป่วยอีก 2 ราย เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสุไหงโกลก และผู้ป่วยอีกจำนวน 5 ราย เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแว้ง ผู้ป่วยยืนยันทุกรายโรงพยาบาลรับไว้รักษาในห้องแยกโรคความดันลบ สำหรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนเฉลี่ย 300 - 400 ราย / วัน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการระบบทางเดินหายใจมารับการตรวจในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวนเฉลี่ยวันละ 60 ราย คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นคลินิกที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) ผู้ป่วยมาตามนัดพ่นยา ผู้ป่วยมาตามนัดหลังจำหน่ายจากตึกแยกโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีประวัติเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง และผู้ป่วยที่สงสัยหรือสัมผัสโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นหากผู้ป่วยที่มารับบริการมีการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่ดีอาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อและติดเชื้อได้ ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีหลายปัจจัย

ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากน้อยเพียงใด และรับรู้โอกาสเสี่ยงในประเด็นใดบ้าง เช่น การไปตลาด ไปในสถานที่เสี่ยง ไปเยี่ยมผู้ป่วยโรงพยาบาล (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) เมื่อเกิดโรคแล้วจะทำให้บุคคลเกิดความตระหนักในการป้องกันโรค โดยหากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงและรวดเร็ว จนถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นกลุ่มเสี่ยง การล้างมือบ่อย ๆ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นต้น การรับรู้อุปสรรค ต่อการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การสวมผ้าปิดปากปิดจมูกไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ ไม่เคยชิน และทำให้หายใจลำบาก การระมัดระวังไม่เอามือไปจับหน้า จมูก และปาก ทำได้ยาก หรือการเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1 - 2 เมตร ทำได้ยาก เนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำแล้วบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันเกิดขึ้น ได้แก่ ล้างมือให้ถูกวิธีด้วยการใช้สบู่ และแอลกอฮอล์ ได้บ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้า จมูก และปาก

หากพบว่ามือไม่สะอาด หรือปฏิบัติตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด (Khantichitr, Promwong, Keawmanee, & Charoenukul, 2021) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแบบแผนความเชื่อดังกล่าว ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ได้ จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิด

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวความคิดของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility to Disease) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity of Disease) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits of Preventive Action) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived Barriers to Preventive Action) และในเวลาต่อมา Maiman and Becker (1974)ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานั้นยังไม่ได้ครอบคลุมเพียงพอเพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ ในโรงพยาบาลชุมชน มีขั้นตอนในการวิจัยดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเจาะจงเลือกสถานที่ศึกษา และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sample) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisathinarakun, 2010) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ การวิจัย

ครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 347 ราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจง และแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มารับบริการโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป
2. สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้
3. มีสติสัมปชัญญะ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ที่มีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยล้า หรือมีอาการหายใจเหนื่อย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ประวัติการสัมผัสหรือมีบุคคลใกล้ชิดเป็น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (Kubik, Jönsson, Knopf, & Mack, 2018) พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือ สุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจาม และการเว้นระยะห่างทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ (Kubik et al., 2018) พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งสิ้น 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชกรรมป้องกัน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา ด้านทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อ ด้านการปฏิบัติ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ

ถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดภาคใต้แห่งหนึ่ง จำนวน 15 ราย คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.77 และ 0.91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

1. หลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ให้การรับรองโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำการศึกษาครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในช่วงวันจันทร์- วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00 ถึง 16.00 น.ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละ 30 นาทีใช้กระบวนการเชื้อเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแต่งกายด้วยชุดสุภาพ ที่ไม่ใช่ชุดปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามด้วยตัวเอง สร้างความคุ้นเคย และแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และข้อคำถามในแต่ละข้อ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น หากผู้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างการวิจัยเสนอผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุมัติเลขที่ 2564 – EXP115 หลังจากนั้นผู้วิจัยเสนอโครงร่างการศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และได้รับอนุมัติเลข 39 / 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลจากการวิเคราะห์ Normality Regression Analysis

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนใหญ่เพศหญิง จำนวน 220 (ร้อยละ 63.4) อายุเฉลี่ย 37.22 ปี (S.D. 13.446) อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 62 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 - 59 ปี จำนวน 134 คน (ร้อยละ 38.6) รองลงมาอายุระหว่าง 25 - 40 ปี จำนวน 110 คน (ร้อยละ 31.7) การประกอบอาชีพ 3 อันดับแรก ได้แก่ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 87 คน (ร้อยละ 25.1) รองลงมาข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ จำนวน 83 คน (ร้อยละ 23.9) และนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 65 คน (ร้อยละ 18.7) ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี จำนวน 114 คน (ร้อยละ 32.9) รองลงมาอนุปริญญา / เทียบเท่า จำนวน 95 คน (ร้อยละ 27.4) โรคประจำตัวส่วนใหญ่โรคอื่น ๆ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 24.8) รองลงมาหลอดเลือดสมอง จำนวน 76 คน (ร้อยละ 21.9) และโรคเบาหวาน จำนวน 58 คน (ร้อยละ 16.7) ประวัติเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 324 คน (ร้อยละ 93.4) ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 49 คน (ร้อยละ 14.1) เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 298 คน (ร้อยละ 85.9) ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 302 คน (ร้อยละ 87.0)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน นำเสนอผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การทำความสะอาดมือ (n = 347)

การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ระดับการปฏิบัติ						$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	น้อย		มาก		มากที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า									
1. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าให้คลุมทั้งจมูก ปาก และคาง	37	10.6	91	26.0	222	63.4	3.74	0.511	สูงมาก
2. สัมผัสด้านนอกของหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าขณะสวมหน้ากาก	30	8.6	87	24.9	233	66.6	3.69	0.624	สูงมาก
3. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง	0	0.0	152	43.4	198	56.6	3.69	0.521	สูงมาก
4. แยกทิ้งหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่มีฝาปิด	151	43.1	47	13.4	101	28.9	3.70	0.348	สูงมาก
การทำความสะอาดมือ									
1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ก่อนรับประทานอาหารหรือเตรียมอาหาร	15	4.3	26	7.4	309	88.3	3.58	0.642	สูงมาก
2. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ก่อนสัมผัสใบหน้า	0	0.0	63	18.0	287	82.0	3.56	0.496	สูงมาก
3. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังจากใช้ห้องน้ำ	7	2.0	76	21.7	267	76.3	2.16	1.133	ปานกลาง
4. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์หลังจากออกจากสถานที่สาธารณะ	0	0.00	68	19.4	282	80.6	3.20	0.476	สูง
5. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หลังจากสั่งน้ำมูก ไอ หรือจามการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า	27	7.7	48	13.7	275	78.6	3.89	0.528	สูงมาก
6. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์หลังจากสัมผัสหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าของตนเอง	30	8.6	50	14.3	270	77.1	3.85	0.357	สูงมาก
7. หลังจากสัมผัสสัตว์ หรือสัตว์เลี้ยง	10	2.9	87	24.9	253	72.3	3.81	0.397	สูงมาก
สุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจาม									
1. ใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอหรือจาม	15	4.3	26	7.5	306	88.2	3.84	0.471	สูงมาก
2. ใช้แขนด้านในปิดปากและจมูก โดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตัวเองฝั่งตรงข้ามระหว่างไอหรือจาม	0	0.0	61	17.4	286	81.7	3.82	0.381	สูงมาก

การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ระดับการปฏิบัติ						$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
	น้อย		มาก		มากที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
3. ทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่มีฝาปิด	7	2.0	74	21.1	266	76.0	3.75	0.480	สูงมาก
4. ทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงบนพื้นดินหากไม่มีถังขยะ	0	0.0	67	19.3	280	80.7	3.81	0.395	สูงมาก
5. ทำความสะอาดมือ หลังไอหรือจาม ด้วยแอลกอฮอล์เจลถูมือ หรือสบู่และน้ำ	26	7.5	47	13.5	274	79.0	3.71	0.596	สูงมาก
การเว้นระยะห่างทางสังคม									
1. เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร และสวมหน้ากากอนามัย เมื่อต้องขึ้นรถโดยสารสาธารณะ	0	0.0	33	9.5	314	90.5	3.90	0.294	สูงมาก
2. เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร และสวมหน้ากากอนามัย เมื่อซื้อของในร้านขายของชำ	13	3.7	39	11.2	295	85.0	3.81	0.477	สูงมาก
3. หลีกเลี่ยงไปในสถานที่ที่แออัดและการชุมนุมที่แออัด	41	11.8	53	15.3	253	72.9	3.61	0.689	สูงมาก
4. เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น งานศพ ละหมาด เป็นต้น	49	14.1	68	19.6	230	66.3	3.52	0.730	สูงมาก
5. เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร และสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในพื้นที่ที่มีคนพลุกพล่าน เช่น มัสยิด ห้องประชุม ตลาด เป็นต้น	20	5.8	82	23.6	245	70.6	3.65	0.587	สูงมาก
6. เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร และสวมหน้ากากอนามัยขณะนั่งรอพบแพทย์	6	1.7	96	27.7	245	70.6	3.69	0.500	สูงมาก
7. เข้าแถวรับบัตรคิวตรวจ หรือรับยาตามทางเดินและจุดสัญลักษณ์ที่โรงพยาบาลกำหนด	12	3.5	65	18.7	270	77.8	3.74	0.511	สูงมาก
8. ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังสัมผัสพื้นผิวต่าง ๆ เช่น เก้าอี้ โต๊ะ ลิฟท์ เป็นต้น	30	8.6	49	14.1	268	77.2	3.69	0.624	สูงมาก
9. พกแอลกอฮอล์เจลติดตัวเสมอ	10	2.9	87	25.1	250	72.0	3.69	0.521	สูงมาก

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.58, .S.D. = 0.476) ด้านการทำความสะอาดมือภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.80, S.D. = 0.423) ด้านสุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจามภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.77, S.D. = 0.596) ด้านการเว้นระยะห่างทางสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.70, S.D. = 0.438)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	Unstandardized Coefficient		Standardized Coefficient	*t*	*P-value*
	ß	Std.Error	*Beta*		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.927	.051	.687	18.216	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.364	.096	.143	3.806	0.001
ค่าคงที่	52.201	2.866		18.264	< 0.001

$R = 0.724$, $R^2 = .525$, $F = 0.505$, $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ß = .92, $p < 0.05$) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (ß = .36, $p < 0.05$) สามารถทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 52.5 ($p < 0.05$, $R^2 = .525$)

อภิปรายผล

ความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม ตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.84, S.D. = 0.424) อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ในปัจจุบัน ซึ่งความเชื่อ

ของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วย เป็นโรคนั้น ๆ จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง (Rosenstock, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับ Khantichit et al. (2021) ที่พบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 97.14) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ในระดับน้อยซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ผ่านมาที่พบว่า มีการระบาดจากผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค แรงงานต่างด้าว และผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานที่แออัดหรือติดต่อคนเป็นจำนวนมาก มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อสูง รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมาที่พบว่า มีการระบาดจากผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค แรงงานต่างด้าว และผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานที่แออัดหรือติดต่อคนเป็นจำนวนมาก มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อสูง รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020)

ความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.89, S.D. = 0.356) อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Weehayi (2020) การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงระดับดีมาก ($\overline{X}$=3.97, S.D. = 2.199) อธิบายได้ว่า การรับรู้ต่ออุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือพฤติกรรมนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรค ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Khantichit et al. (2021) ที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด - 19 ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด - 19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่

ในระดับน้อย (ร้อยละ 40.86) รองลงมามีระดับการรับรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 24.86) และการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 24.86) การศึกษาการใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อประเมินตัวทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความเต็มใจที่จะจ่ายเงินค่าฉีดวัคซีน ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศมาเลเซีย พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 (Wong, Alias, Wong, Lee, & AbuBakar, 2010) การศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Kaewpoka, 2018)

ความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่อโรคโควิด - 19 ระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.53, S.D. = 0.681) อธิบายได้ว่า โดยการรับรู้สิ่งชักนำ เป็นความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของตนเองในการปฏิบัติตนให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญทำให้บุคคลเริ่มต้น พยายามและมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความกระตือรือร้น และพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค สอดคล้องกับ Suthipatangkun (2015) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ß = 0.185, p = < 0.001) สอดคล้องกับ Rungnoey, Ditbanjong, Klomhom, Krudakart, and Getthong (2022) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้อยู่ในระดับมากในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือยา เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้โดยเฉพาะผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการรุนแรงมากกว่าไข้หวัดใหญ่ และกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวัน และทิ้งในภาชนะปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการปฏิบัติมาก อีกทั้งมีการจัดทำบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัว ประวัติการเดินทาง การทำงาน สถานที่ที่ไปอย่างละเอียด เพื่อปกป้องทุกคนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีการปฏิบัติปานกลาง การศึกษาของ Charoenchan and Surinya (2014) ที่ศึกษา

ความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเองรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ยในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ค่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องจากเมื่อมารดารับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด - 19 มากน้อยเพียงใด เมื่อเกิดโรคขึ้นจะสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกายที่อาจจะนำมาซึ่งความพิการ เสียชีวิตจึงส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

สรุป

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 63.4 อายุเฉลี่ย 37.22 ปี ประวัติเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 93.4 ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 14.2 เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 298 คน ร้อยละ 85.9 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ร้อยละ 87.0 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 102.00 (S.D. ± 4.93) ซึ่งอยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมารถฐานเท่ากับ 19.11 (S.D. ± 1.87), 44.93 (S.D. ± 3.65), 22.36 (S.D. ± 1.94), 14.88 (S.D. ± 2.17), และ 44.37 (S.D. ± 3.35) ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงทุกตัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($ß = .92$, $p < 0.05$) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค ($ß = .36$, $p < 0.05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 52.5 ($p < 0.05$, $R^2 = .525$)

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติในการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของรักษาและป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19

รายการอ้างอิง (References)

Charoenchan, T., & Surinya, T. (2014). beliefs in health. perceived self-efficacy, parenting style and self-care behaviors of high school students at satri nonthaburi school nonthaburi province. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 40(1), 69-84.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Situation Report of Coronavirus Disease 2019*. Retrieved January 20, 2022 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *Q&A on COVID-19: Basic facts*. Retrieved January 20, 2022 from https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/facts/questions-answers-basic-facts

Kaewpoka, N. (2018). Health Perceptions Associated with Hypertension Prevention Behaviors of People in Yannawa Subdistrict, Sathorn District, Bangkok. *Public Health Journal*, 19, 47 - 60.

Khantichitr, P., Promwong, W., Keawmanee, C., & Charoenukul, A. (2021). Health Belief Model in the Prevention of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) among people in Ubon Ratchathani Province. *Journal of health sciences Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 5(2), 39 - 53

Kubik, V., Jönsson, F.U., Knopf, M., & Mack, W. (2018). the direct testing effect is pervasive in action memory: analyses of recall accuracy and recall speed. *Frontiers in psychology*, 9, 1632.

Maiman, L.A., & Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education & Behavior,* 2(4), 336 - 353.

Narathiwat Provincial Public Health office. (2021). *COVID-19 epidemic situation in Narathiwat province*. Retrieved January 20, 2022 from http://drp.ntwo.moph.go.th/dashboard-nwt/

Ozili, P.K., & Arun, T. (2020). *Spillover of COVID-19: impact on the global economy*. Retrieved January 28, 2022 from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_ id=3562570#paper-citations-widget

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (8th Ed.) Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 796 s.

Quigley, A.L., Stone, H., Nguyen, P.Y., Chughtai, A.A., & MacIntyre, C.R. (2020). Estimating the burden of COVID-19 on the Australian healthcare workers and health system during the first six months of the pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 121. DOI: 10.1016/j.ijnurstu. 2020.103811.

Rosenstock, I.M. (1974). historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior,* 2(4), 328 - 335.

Rungnoey, N., Ditbanjong, P., Klomhom, P., Krudakart, S., & Getthong, N. (2022). Factors Predicting Monitoring and Preventive Behaviors of COVID - 19 among Nursing Students. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(2), 17 - 37.

Shaukat, N., Ali, D.M., & Razzak, J. (2020). Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: A scoping review. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 1 - 8.

Suthipatangkun, C. (2015). *Predictive factors for coronary heart disease prevention behavior among university personnel in supervision*. State of Bangkok. Master of Nursing Thesis, Chulalongkorn University Bangkok. (in Thai).

Srisathinarakun, B. (2010). *Nursing research methods.* 5th printing. U & I Intermedia. (in Thai).

Taearak, P. (Editor). (2020). *Guidelines for Organizing a Consultation Circle to Unite Energetic CitizensHelping the nation fight against COVID-19 Quality of life recovery period*. Retrieved January 26, 2022 from http://www.nakhonpathom.go.th/files/com_news_report/2020-07_cb1c5d16694ea75.pdf

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID - 19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317 - 340. DOI: 10.1177/0020764020915212

Weehayi, H. (2020). Violence perceptions and preventive behaviors for coronavirus Disease 2019 (COVID-19) of adolescents in sateng nok subdistrict, mueang district, yala province. *Journal of Community Public Health*, 6(4), 158 - 168.

Wong, L.P., Alias, H., Wong, P.F., Lee, H.Y., & AbuBakar, S. (2010). The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *human vaccines & immunotherapeutics*, 16(9), 2204 – 2214.

World Health Organization. (2020). *Advice on the use of masks in the context of COVID-19*. Retrieved January 28, 2022 from https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus- (2019-ncov)-outbreak.

Worathanarat, P. (2020). *3 Major impacts of COVID-19 on Thai people's health*. Retrieved January 28, 2022 from https://www.isranews.org/article/isranews-article/88562-covid-32.html.

การประเมินผลการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรก ของพนักงานโรงแรมที่ใช้เป็นสถานพยาบาลกักตัวชั่วคราวของรัฐ ในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ ประเทศไทย

Evaluation of Hotel Employee Readiness Preparation for the First COVID - 19 Pandemic prevention in a Temporary Quarantine Hotel in a Southern Province of Thailand

เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว[1], ตาณิกา หลานวงค์[1*], สุชาธินี ทองเนื้อนวล[1],
ศิริมาศ ภูมิไชยา[1], วิลาวรรณ คริสต์รักษา[1]
Phenpitcha Tinkaew[1], Tanika Lanwong[1*], Suchathinee Thongnueanual[1],
Sirimas Phoomchaiya[1], Wilawan Christraksa [1]

(Received: September 26, 2023; Revised: October 27, 2023; Accepted: December 1, 2023)

บทคัดย่อ

วิจัยติดตามประเมินผลนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของพนักงานโรงแรมที่เป็นสถานพยาบาลกักตัวชั่วคราวของรัฐ หลังได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในการรับมือกับการระบาดของโรคในระลอกแรก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบร่วมกับการประเมินผลของไทเลอร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ พนักงานโรงแรมที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลกักตัวชั่วคราวของรัฐในการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรก 3 แห่ง ที่ได้รับการเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม 26 ราย และกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความพร้อม 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ และ 4) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทุกรายการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*Corresponding author: tanika.l@psu.ac.th

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 แบบประเมินความพร้อมและแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามรายด้านและภาพรวม และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมของพนักงานในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก (M = 4.00, S.D. = 0.58) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก (M = 4.30, S.D. = 0.79) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมนี้สามารถช่วยให้พนักงานมีความพร้อมและมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่ดี

คำสำคัญ: การประเมินผล, การเตรียมความพร้อม, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19, พนักงานโรงแรม, โควิด 19

Abstract

This evaluation research aimed to evaluate readiness preparation and COVID-19 pandemic prevention behavior among hotel employees in a temporary quarantine hotel following readiness preparation training for the first COVID-19 pandemic prevention by using the system theory and Ralph Tyler's basic principles of evaluation. Hotel staff employed in three temporary quarantine hotels who underwent readiness preparedness training for COVID-19 pandemic prevention were chosen using purposive sampling method. 26 hotel employees completed questionnaires, while twelve hotel employees were given in-depth interview. Four instruments were used to collect data: 1) general personal information; 2) readiness evaluation; 3) assessment of infection prevention behavior; and 4) guidelines for in-depth interviews. The content validity of all instruments was validated by three experts was equal to 1. The alpha Cronbach coefficient was used to test the reliability of the readiness evaluation and the infection prevention behavior assessment, with results of 0.93 and 0.96, respectively. The data were analyzed using the mean, percentage, and standard deviation of each item and the total item. Qualitative data was analyzed using content analysis.

The results of this study found that the readiness of hotel employees in COVID-19 infection prevention was at a high level (M = 4.00, S.D. = 0.58), and COVID-19 infection prevention behavior was at a high level (M = 4.30, S.D. = 0.79). As a result, this preparation can support hotel employees 'readiness and strong COVID-19 infection prevention behavior.

Keywords: Evaluation, Readiness preparation, COVID-19 infection prevention behavior, Hotel employee, COVID-19

บทนำ

โควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดจากไวรัสซึ่งมีการแพร่ระบาดทำให้เกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง มีรายงานผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อจากทั่วโลก จากข้อมูลเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นการระบาดระลอกแรก มีรายงานผู้ติดเชื้อทั่วโลกกว่า 2 ล้านราย และผู้เสียชีวิตมากกว่า 1 แสนราย สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่เริ่มการระบาดจนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 มากกว่า 4.7 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมกว่า 3.3 หมื่นราย (Department of Disease Control, 2023b) สำหรับจังหวัดสงขลาพบว่า มีผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อสะสมกว่าแสนราย และผู้เสียชีวิตสะสมกว่า 4 ร้อยราย (Department of Disease Control, 2023a)

ในระลอกแรกมีการแพร่ระบาดที่รวดเร็วและรุนแรงส่งผลให้ระบบการรองรับทางสาธารณสุขทั่วโลกไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากไม่เพียงแต่ผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่ต้องการใช้สถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แต่ในกรณีของผู้เข้าข่ายโรค ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศหรือพื้นที่เสี่ยง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อก็จำเป็นต้องใช้สถานที่และบุคลากรในการกักตัวและดูแลเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเข้มงวด (Singweratham & Krausuwan, 2020) รัฐบาลจึงจัดตั้งศูนย์พยาบาลชั่วคราวเพื่อเพิ่มพื้นที่สำหรับกักตัว เช่น โรงพยาบาลสนาม มีการปรับใช้โรงแรมเป็นสถานที่รองรับสำหรับพักฟื้นของผู้ป่วยติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรง รวมถึงเป็นสถานที่ในการกักตัวกลุ่มเสี่ยง เพื่อรองรับกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และควบคุมการแพร่ระบาดอีกด้วย (Ministry of Public Health, 2020)

การระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อธุรกิจโรงแรม โรงแรมเกือบทุกแห่งต้องปิดการให้บริการชั่วคราวเนื่องจากไม่มีนักท่องเที่ยวทั้งจากในและต่างประเทศ ซึ่งเป็นผลจากมาตรการที่เข้มงวดของรัฐบาล (Tripattanasit, Kobkanjanapued, Suksanguan, & Chotkunakitti, 2022) เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ไม่อนุญาตให้เดินทางข้ามจังหวัด ข้ามประเทศโดยไม่มีเหตุผลอันควร ทางโรงแรมจึงขาดรายได้ พนักงานถูกลดจำนวน ลดค่าจ้าง กระทรวงสาธารณสุขจึงขอความร่วมมือสถานประกอบการ โรงแรมเพื่อใช้ห้องพักเป็นที่กักตัวสังเกตอาการ (quarantine) ผู้ติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรง และผู้มีความเสี่ยงสัมผัสเชื้อ เช่น ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง และผู้ที่เสี่ยงสัมผัสเชื้อ (Department of Disease Control, 2023b)

การเปิดให้บริการแก่ผู้ที่เสี่ยงหรือติดเชื้อของโรงแรมนั้น จะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งพนักงานและสถานที่ของโรงแรม เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ (Ministry of Public Health, 2021) อีกทั้งพนักงานมีความกังวลและกลัวที่จะสัมผัสเชื้อจากการปฏิบัติงาน และนำเชื้อไปยังครอบครัว ชุมชน บุคคลอันเป็นที่รัก ทางโรงแรมจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเอง รวมถึงการให้บริการตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เพื่อให้พนักงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ไม่เกิดการแพร่ของเชื้อ (Boonrod, Phonchot, & Phonchot, 2022)

พื้นที่จังหวัดสงขลามีการร่วมกันเตรียมความพร้อม เพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดระลอกแรก โดยขอความร่วมมือและวางแผนกับผู้ประกอบการโรงแรมเพื่อเตรียมปรับเปลี่ยนมาให้บริการผู้ติดเชื้อและเสี่ยงสัมผัสเชื้อในการกักตัวชั่วคราว (Hotel Isolation) โดยมีโรงแรมเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ยินดีเข้าร่วมเป็นสถานที่กักตัว ในการเตรียมความพร้อมนั้นได้มีการวางแผนกับทางคณะพยาบาลศาสตร์ อาจารย์แพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนการเตรียมความพร้อมให้แก่ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงพนักงานโรงแรม ให้มีความพร้อมในระยะเวลาที่จำกัด (Rodchanaarcha, Singweratham, Wannaro, & Kiatmolee, 2021) ซึ่งในการเตรียมความพร้อม พนักงานจะได้รับสื่อวิดีโอออนไลน์ ได้รับการฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับทักษะในการป้องกันการติดเชื้อผ่านทางออนไลน์ การตรวจเยี่ยมสถานที่โรงแรมโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเตรียมสถานที่ให้พร้อม อีกทั้งหากมีปัญหาหรือข้อสงสัย สามารถขอคำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์หรือไลน์แอปพลิเคชัน

แนวคิดทฤษฎีระบบ เป็นแนวคิดที่ใช้ในการบริหารจัดการองค์กร (Katz & Kahn, 1978 cited by Ramosaj, & Berisha, 2014) และมีการนำมาใช้ในการบริหารทางการพยาบาล (Meyer & O'Brien-Pallas, 2010) ทำให้มองเห็นภาพรวมของการทำงาน โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันร่วมกันเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้เพื่อมองเห็นภาพรวมและช่วยขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมให้มีประสิทธิภาพ ร่วมกับแนวคิดการประเมินผลของ Tyler (1949) เพื่อเป็นแนวทางการติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดประสบการณ์เรียนรู้ โดยก่อนหน้ามีการนำแนวคิดของไทเลอร์มาใช้ในการประเมินผลการจัดอบรมการดูแลแบบประคับประคอง Thasaneesuwan, Chuaytaen, Tinkaew, Nilmanat, and Sae-chit (2020) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับการอบรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.27$, $p < .05$)

จากการที่พนักงานได้รับการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรกซึ่งมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและรุนแรงนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประเมินผลความพร้อมในการรับมือกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพนักงานภายหลังจากที่ได้รับการเตรียมความพร้อม ซึ่งผลของการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางป้องกันการระบาดของโรคอุบัติใหม่ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออย่างยั่งยืน และนำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการรับมือ และการมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพนักงานโรงแรมในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต รวมถึงการนำไปใช้ในกลุ่มประชาชนอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความพร้อมและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของพนักงานโรงแรมที่เป็นสถานพยาบาลกักตัวชั่วคราวของรัฐ ภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรก

คำถามการวิจัย

ความพร้อมและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของพนักงานโรงแรมที่เป็นสถานพยาบาลกักตัวชั่วคราวของรัฐ ภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรก อยู่ในระดับใด อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (system theory) ที่ใช้ในการบริหารจัดการองค์กร (Katz & Kahn, 1978 cited by Ramosaj, & Berisha, 2014) และมีการนำมาใช้ในการจัดบริการทางการพยาบาล (Meyer & O'Brien-Pallas, 2010) ร่วมกับแนวคิดการประเมินผลของ Tyler (1949) โดยแนวคิดทฤษฎีระบบประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (output) และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (input) ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย สถานการณ์การแพร่ระบาดรุนแรงของโรคโควิด 19 ระลอกแรก มาตรการการจัดตั้งสถานกักตัวชั่วคราวของรัฐ จำนวนผู้ป่วยและผู้เสี่ยงสัมผัสติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้น ระบบการบริหารงานโรงแรมและพนักงานโรงแรม

2. กระบวนการ (process) ผู้วิจัยนำแนวคิดการประเมินผลของ Tyler (1949) มาปรับใช้ แนวคิดนี้มีการยึดจุดมุ่งหมายในการติดตามประเมินผล เน้นผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้น ภายใต้การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม เน้นการประเมินสรุปผล (summative evaluation) ดังเช่นการเตรียม

ความพร้อมนี้ ที่พัฒนาขึ้นภายใต้การแพร่ระบาดรุนแรงในช่วง พ.ศ. 2563 ที่ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ และเน้นการประเมินผลลัพธ์สุดท้าย โดยมีขั้นตอนที่ปรับใช้แนวคิดของไทเลอร์ ดังนี้

2.1 กำหนดวัตถุประสงค์อย่างกว้าง/จุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม วัตถุประสงค์อย่างกว้างของการศึกษา คือ เพื่อให้พนักงานมีความพร้อมให้บริการผู้ติดเชื้อหรือเสี่ยงสัมผัสติดเชื้อภายใต้การระบาดที่รุนแรง โดยมีจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม คือ ความพร้อมและมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19

2.2 กำหนดเนื้อหาหรือประสบการณ์การเรียนรู้ มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การเรียนรู้เนื้อหาผ่านสื่อวิดีโอออนไลน์ พนักงานสามารถเรียนรู้สื่อวิดีโอด้วยตนเองได้ตลอดเวลา เนื้อหาประกอบด้วย การคัดกรองและจัดการผู้เสี่ยงสัมผัสเชื้อ การทำความสะอาด การจัดการขยะ การดูแลจิตใจตนเอง วิดีโอสอนทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การล้างมือ การใส่และถอดหน้ากากอนามัย การใส่และถอดถุงมือ การถอดเสื้อผ้าหลังปฏิบัติงาน และการไอจาม

2.2.2 การสาธิตย้อนกลับทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางออนไลน์

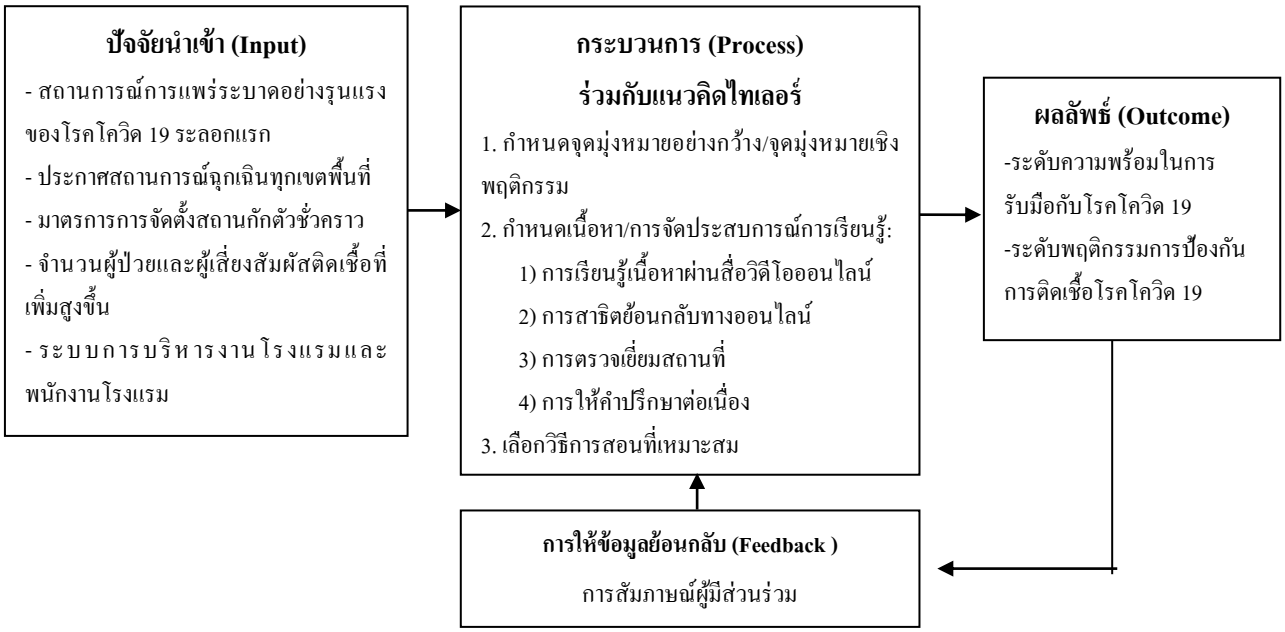
2.2.3 การตรวจเยี่ยมสถานที่โดยผู้เชี่ยวชาญ ทั้งอาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล หน่วยงานจากภาครัฐ และโรงพยาบาลประจำพื้นที่

2.2.4 การให้คำปรึกษาต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์

2.3 เลือกวิธีการสอนที่เหมาะสม การเตรียมความพร้อมนี้พัฒนาขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉินที่รัฐบาลได้ประกาศห้ามออกนอกพื้นที่ ประกอบกับมีผู้ติดเชื้อมาก และแพร่ระบาดรวดเร็ว ทางคณะพยาบาลศาสตร์จึงจัดทำสื่อออนไลน์ให้ความรู้ พนักงานสามารถเข้าถึงสื่อได้ตลอดเวลาทางเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มีการสาธิตย้อนกลับทักษะต่าง ๆ ผ่านทางออนไลน์ อีกทั้งมีผู้เชี่ยวชาญลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ และให้คำปรึกษาผ่านทางออนไลน์

3. ผลลัพธ์ (output) สอดคล้องกับแนวคิดของไทเลอร์ที่เน้นประเมินสรุปผลตามจุดมุ่งหมายหลักที่ตั้งไว้ การศึกษานี้ประเมินความพร้อมและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ผ่านแบบสอบถาม หลังได้รับการเตรียมความพร้อม

4. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การศึกษานี้เก็บข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อสะท้อนข้อมูลที่นอกเหนือจากแบบสอบถาม ว่าการเตรียมความพร้อมนี้มีส่วนช่วยในการรับมือสถานการณ์โรคระบาดได้หรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปปรับใช้กับโรคระบาดอื่นที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป กระบวนการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 อธิบายแนวคิดการดำเนินการและประเมินผลการเตรียมความพร้อมฯ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผล (evaluation research) มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานโรงแรมที่ใช้เป็นสถานพยาบาลชั่วคราวของรัฐในจังหวัดสงขลา เพื่อกักตัวผู้ติดเชื้อหรือเสี่ยงสัมผัสเชื้อโควิด 19 ที่ไม่มีอาการรุนแรงในระลอกแรก ซึ่งช่วงเวลานั้นมีเพียงจำนวน 3 โรงแรม ที่ให้ความร่วมมือกับภาครัฐ และพนักงานในช่วงดังกล่าวมีจำนวนลดลงจากปกติมาก โดยได้รับการเตรียมความพร้อมในช่วงเดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานโรงแรมจาก 3 โรงแรม ดังกล่าว ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ได้รับการเตรียมความพร้อมนี้ และเป็นผู้ให้บริการผู้เสี่ยงสัมผัสติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งจำนวนพนักงานขณะนั้นลดลงอย่างมากเนื่องจากข้อจำกัดที่ไม่สามารถเปิดให้บริการตามปกติ การจ้างงานลดลง ความกลัวที่จะติดเชื้อ ความไม่พร้อมในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกแรก และมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดที่จำกัดจำนวนพนักงานที่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ จากจำนวนประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังกล่าวที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม 26 ราย และกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ พนักงานต้อนรับ พนักงานทำความสะอาด ผู้จัดการโรงแรมหรือหัวหน้าแผนกที่ได้รับการเตรียมความพร้อม โรงแรมละ 3 - 5 ราย จำนวนทั้งหมด 12 ราย โดยบางส่วนเป็นส่วนหนึ่ง

ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถสนับสนุนและสะท้อนผลของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ครอบคลุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2020 – NL 018 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 ปี โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม - กันยายน 2564 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับ สิทธิ์ในการขอถอนตัว เพื่อประกอบการตัดสินใจให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตน มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะลบข้อมูลที่บันทึกในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อย่างถาวร และทำลายกระดาษที่มีข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการย่อยกระดาษภายหลังจากผลการศึกษาได้รับการเผยแพร่แล้ว 3 ปี การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล / เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงบรรยาย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ตำแหน่งงาน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพร้อมของพนักงานโรงแรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติงานในสถานที่ทำงาน และด้านการปฏิบัติต่อผู้อื่น (ครอบครัว / ชุมชน) จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามประกอบด้วยพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ใน 6 ด้าน คือ การล้างมือ การใส่และถอดหน้ากากอนามัย การใส่และถอดถุงมือ การถอดเสื้อผ้าหลังปฏิบัติงาน การไอจามและการปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการเว้นระยะห่างทางสังคม จำนวน 38 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน) เกือบทุกครั้ง (4 คะแนน) และทุกครั้ง (5 คะแนน)

การแปลผลคะแนนแบบประเมินส่วนที่ 2 และ 3 โดยนำคะแนนแต่ละแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50) และน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50) (Thato, 2023)

ชุดที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล เป็นคำถามปลายเปิดใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความสำคัญของการเตรียมความพร้อม 2) ความพร้อม และ 3) พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อม ตัวอย่างคำถาม เช่น “การเตรียมความพร้อมทำให้พร้อมและมั่นใจที่จะให้บริการในสถานการณ์โควิด 19 หรือไม่ อย่างไร” “การเตรียมความพร้อมนี้ทำให้ท่านมีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร” เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์แพทย์ และอาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและด้านเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (content validity index: CVI) โดยแบบประเมินความพร้อม แบบประเมินพฤติกรรม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก มีค่า CVI เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบประเมินความพร้อม และแบบประเมินพฤติกรรม ไปทดลองใช้กับพนักงานโรงแรมที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยบันทึกเทปและจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ แต่ละครั้งของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทบทวนประเด็นและข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล อีกทั้งภายหลังการถอดเทป ได้ตรวจสอบความถูกต้องของการถอดเทป อ่านคำถอดเทปซ้ำ และตรวจสอบความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์ข้อมูลกับข้อมูลดิบโดยผู้วิจัย 2 ราย อีกทั้งมีเอกสารข้อมูล เทปเสียง ร่างการวิเคราะห์ที่ช่วยยืนยันการตรวจสอบได้ของข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการดังนี้

1. ทีมวิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หลังได้รับการอนุมัติโครงการ และเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์

2. ทีมวิจัยประสานงานกับทางโรงแรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังตัวแทนพนักงานเพื่อนัดหมายพนักงานที่ได้รับการเตรียมความพร้อม จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อให้พนักงานตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษานี้โดยอิสระ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบ 20 - 30 นาที สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ผู้วิจัยติดต่อพนักงานเพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่ เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้เวลา 30 - 45 นาที มีการบันทึกเทป การจดบันทึก และสังเกตพฤติกรรมระหว่างการสนทนา โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเริ่มสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้รูปแบบสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยค่าร้อยละ แบบประเมินพฤติกรรมและแบบประเมินความพร้อมวิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามรายด้านและภาพรวม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม คือ พนักงานโรงแรม จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่อายุ 20 – 30 ปี 31 – 40 ปี และ 41 – 50 ปี ร้อยละ 30.1 เท่า ๆ กัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 65 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 36 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา ร้อยละ 23 ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 89 หัวหน้างาน ร้อยละ 11 ระยะเวลาในการทำงานตำแหน่งปัจจุบันในช่วง 1 - 3 ปี ร้อยละ 50 เงินเดือนเฉลี่ย 10,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 50 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 65 มีประสบการณ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 69

ส่วนที่ 2 ความพร้อมของพนักงานโรงแรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 คะแนน (S.D. = 0.58) ความพร้อมด้านการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.05 คะแนน (S.D. = 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและระดับความพร้อมของพนักงานโรงแรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในรายด้านและภาพรวม (n = 26)

ความพร้อมของพนักงานโรงแรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความพร้อมด้านการดูแลตนเอง	4.05	0.60	มาก
2. ความพร้อมด้านการปฏิบัติงานในสถานที่ทำงาน	4.04	0.69	มาก
3. ความพร้อมด้านการปฏิบัติต่อผู้อื่น	3.92	0.67	มาก
ความพร้อมของพนักงานโรงแรมโดยรวมเฉลี่ย	**4.00**	**0.58**	**มาก**

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.30 คะแนน (S.D. = 0.79) การปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นและการเว้นระยะห่างทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.40 (S.D. = 0.67) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและระดับพฤติกรรมของพนักงานโรงแรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในรายด้านและภาพรวม (n = 26)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19	Mean	S.D.	ระดับ
1. การล้างมือ	4.13	0.76	มาก
2. การใส่และถอดหน้ากากอนามัย	4.30	0.87	มาก
3. การใส่และถอดถุงมือ	4.38	0.87	มาก
4. การไอจาม	4.23	0.97	มาก
5. การถอดเสื้อผ้าหลังปฏิบัติงาน	4.08	1.12	มาก
6. การปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการเว้นระยะห่างทางสังคม	4.40	0.67	มาก
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยรวมเฉลี่ย	**4.30**	**0.79**	**มาก**

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ สามารถสรุปเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความสำคัญของการเตรียมความพร้อม 2) ความพร้อมและความมั่นใจในการให้บริการภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อม และ 3) พฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังได้รับการเตรียมความพร้อม ดังรายละเอียด

1. ความสำคัญของการเตรียมความพร้อม การเตรียมพร้อมนี้มีความสำคัญและมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้ข้อมูลในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ รวมถึงครอบครัวอีกด้วย ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“การเตรียมความพร้อมนี้มีประโยชน์มาก ลดความกังวล ทำให้เตรียมความพร้อมเรื่องความสะอาดและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการเรียนรู้ร่วมกับประสบการณ์จริงที่ได้เจอได้เรียนรู้ ทำให้มีความพร้อม ความมั่นใจในการรับมือในอนาคตเกิน 100 %” (รายที่ 1)

“การเตรียมความพร้อมมีความจำเป็นมาก เพราะเจ้าหน้าที่ต้องรู้วิธีการป้องกันทั้งตนเองและลูกค้า” (รายที่ 2)

“การเตรียมความพร้อมมีประโยชน์มาก พื้นฐานของผมเป็นพนักงานที่ไม่ได้มีพื้นฐานการเซฟตัวเองและผู้อื่นเกี่ยวกับโรคนี้มาก่อนเลย” (รายที่ 6)

“การที่เราได้รู้วิธี ได้สวมหน้ากากที่ถูกต้อง ล้างมือที่ถูกต้องมันมีประโยชน์สำหรับการทำงานตรงนี้ คือว่าหากเราปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจจะได้รับเชื้อ” (รายที่ 9)

“การเตรียมความพร้อมนี้มีความสำคัญมากค่ะ เพราะที่บ้านมีลูกแล้วก็มีแม่ยายที่ป่วยอยู่ด้วยค่ะ คือเราก็ได้วิธีการป้องกันกับตัวเองมากที่สุด ป้องกันไม่ให้เราเอาโรคกลับไปบ้านหรือไปพบเจอคนภายนอก ก็คือป้องกันตัวเราด้วย และป้องกันคนรอบข้าง และมีผลต่อการปฏิบัติงานมาก เพราะเราอยู่ในส่วนของพนักงานทำความสะอาดห้องพัก ไม่ว่ามีผู้กักหรือว่าไม่มีผู้กักแล้ว ลูกค้าที่เข้ามาพัก เราก็จะต้องป้องกันและ Safe ตัวเองให้ได้มากที่สุด” (รายที่ 11)

2. ความพร้อมและความมั่นใจในการให้บริการภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อม ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พนักงานโรงแรมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมนี้แสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ ความพร้อม และความมั่นใจในการดูแลตัวเอง รวมถึงการปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคระบาดนี้มากขึ้น ดังผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวว่า

“มีความพร้อมครับ เรามั่นใจมากขึ้น มีความรู้ในการป้องกันตัวเอง ตั้งแต่ได้รับชุดวีดีโอนี้มา มีความรู้แล้วก็มีความมั่นใจขึ้นมาก” (รายที่ 6)

“เรารู้วิธีการป้องกันในการให้บริการลูกค้า รู้วิธีการป้องกันผู้กักตัวเวลาเราต้องการให้บริการ เรารู้วิธีการโพรเทคตัวเองมากขึ้น แล้วก็สร้างความมั่นใจในการให้บริการมากขึ้น” (รายที่ 7)

เนื่องจากแพร่ระบาดของโรคเป็นการแพร่ระบาดครั้งแรก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านวิตกกังวลในการดูแลตัวเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การฝึกทักษะ และการให้คำปรึกษาผ่านออนไลน์ ทำให้มั่นใจยิ่งขึ้น ดังผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า

“ถ้าให้ประเมินความพร้อมก่อนที่เรายังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม บอกได้เลยว่า 0 % เพราะด้วยความวิตกกังวลกับโรคนี้ด้วย หลังจากที่ได้รับข้อมูลนี้แล้ว ก็จะอยู่ที่ประมาณ 70 - 80 % แล้วพอเราได้ทำ สามารถปรึกษาได้ตลอด ทำให้มั่นใจเกินร้อยในการปฏิบัติงาน” (รายที่ 10)

"ตอนแรกยังไม่มั่นใจ แรก ๆ ที่ทำก็ทำแบบยังไม่ค่อยมั่นใจ แต่พอผ่านไปสักระยะหนึ่งก็จะเริ่มโอเคค่ะ พอเราเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่เราต้องดูแลตัวเองก็เลยทำให้มั่นใจขึ้น" (รายที่ 12)

3. พฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังได้รับการเตรียมความพร้อม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมองว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดีขึ้นภายหลังจากการได้รับการเตรียมความพร้อมนี้ แม้ว่าอาจจะเคยได้รับข้อมูลในการป้องกันการติดเชื้อมาก่อนหน้าบ้างแล้ว แต่การเตรียมความพร้อมนี้ก็ทำให้มีการปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น ดังผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวว่า

"รู้สึกว่าปฏิบัติได้ดีขึ้น เมื่อก่อนไม่ได้ล้างมือเป็นสเตป เดี๋ยวนี้ล้างมือได้ถูกวิธี และบ่อยขึ้น" (รายที่ 3)

"จากเมื่อก่อน เราอาจจะป้องกันแต่เราป้องกันได้ไม่เต็มร้อย เพราะยังไม่รู้วิธีที่ถูกต้อง แต่พอดูวีดีโอ เรามาสาธิตย้อนกลับ ก็ทำให้ป้องกันตัวเองได้สูงขึ้น ได้รู้วิธีที่ถูกต้องขึ้น เหมือนหน้ากากบางครั้งก็ไม่ได้ให้แนบชิดจมูก หนูก็ทำให้มันแน่นขึ้น บางอย่างการทิ้งแมส หนูคิดว่า ปกติหนูก็ถอดแล้วหนูก็ทิ้งเลย กลายเป็นว่าหนูก็จะมีวิธีการพับ" (รายที่ 9)

"มีการเปลี่ยนเยอะในการปฏิบัติในแต่ละวันกับก่อนหน้าที่เราไม่ได้รับข้อมูลนี้ กลายเป็นว่าในที่เราปฏิบัติในที่ทำงาน เราก็นำไปปฏิบัติที่บ้านด้วย การล้างมือที่เห็นได้ชัด เหมือนตอนก่อนกินข้าวก่อนออกจากข้างนอก ก่อนเข้าบ้านก็จะล้างมือ" (รายที่ 11)

"แรก ๆ ก็คือล้างมือธรรมดา ไม่ได้ละเอียด หลังจากที่อบรมก็ใส่ใจมากขึ้น การใช้ชีวิตจะไม่ค่อยไปในที่ชุมชน ถ้าเกิดไม่จำเป็น ก็คือจะเลี่ยง ล้างมือบ่อยขึ้น หลังสัมผัสอะไรก็จะล้างเจลแอลกอฮอล์" (รายที่ 12)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีการอภิปรายผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความพร้อมของพนักงานโรงแรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ พนักงานมีความพร้อมโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ในระดับมาก โดยความพร้อมด้านการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M = 4.05, S.D. = 0.60) รองลงมา คือ ความพร้อมด้านการปฏิบัติงาน (M = 4.04, S.D. = 0 .69) จากข้อมูลส่วนบุคคลอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งมีส่วนทำให้สามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ และเรียนรู้ด้วยตนเองได้ดี อีกทั้งส่วนใหญ่ได้รับความรู้การป้องกันโรคโควิด 19 มาก่อน อาจส่งผลให้เกิดความพร้อมในระดับหนึ่ง ประกอบกับการเตรียมความพร้อมให้กับพนักงานในระลอกแรกมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ

ทฤษฎีระบบ ที่เมื่อเกิดภาวะวิกฤติของการแพร่ระบาด โรงแรมจำเป็นต้องให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการใช้เป็นสถานกักตัวชั่วคราว เหล่านี้เป็นปัจจัยนำเข้า ที่ส่งผลต่อกระบวนการหรือการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับพนักงานโรงแรม สอดคล้องกับแนวคิดของไทเลอร์ที่ให้ความสำคัญกับการจัดประสบการณ์เรียนรู้ การสอนที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง โดยการเตรียมความพร้อมนี้มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินของประเทศ เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ กิจกรรมประกอบด้วย 1) การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ 2) การสาธิตย้อนกลับทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อประเมินผลและให้คำแนะนำ 3) การตรวจเยี่ยมพื้นที่จริงเพื่อเตรียมสถานที่โดยผู้เชี่ยวชาญ และ 4) การให้คำปรึกษาต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ ผลที่เกิดขึ้นมาจากปัจจัยนำเข้า และกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์นั้น คือการที่กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายและมีผลการประเมินสรุป (summative evaluation) คือ มีระดับความพร้อมระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการจัดประสบการรณ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้อย่างอิสระตามความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะการมีบทเรียนออนไลน์และการให้คำปรึกษาทางออนไลน์ ทำให้สามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยใช้บทเรียนออนไลน์สูงกว่าการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Hongsamad & Limtasir, 2021) อีกทั้งมีการสอนสาธิตและการสาธิตย้อนกลับซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษา (Kantiwanich, 2013) ที่พบว่า นักเรียนที่ได้รับการจัดการเรียนด้วยวิธีการสอนสาธิตเพื่อฝึกทักษะปฏิบัติ มีคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้การให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับทักษะต่าง ๆ ประกอบด้วย การล้างมือ การใส่และถอดหน้ากากอนามัย การใส่และถอดถุงมือ การถอดเสื้อผ้าหลังปฏิบัติงาน และการไอจาม ทำให้เข้าใจ มั่นใจและปฏิบัติทักษะนั้น ๆ ได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้การเรียนรู้ด้วยตนเองซ้ำ ๆ ผ่านวิดิโอที่บันทึกไว้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะและการปฏิบัติลดน้อยลงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Jang, Kim, Oh, & Mun, 2021) อีกทั้งยังมีการตรวจเยี่ยมสถานที่จริงเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติม และมีการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทางออนไลน์ ทำให้เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ ทำให้มีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ซึ่งปัจจุบันการให้คำปรึกษาทางออนไลน์เป็นช่องทางที่ได้รับความนิยมเนื่องจากสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพในการให้ข้อมูล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Jornkokgoud, 2021) พบว่า การปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์สามารถลดคะแนนความเครียดได้ และผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์

ทำให้นักศึกษามีคะแนนการปรับตัวทางสังคมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Wangmanee & Songsaen, 2021) ดังนั้นการให้คำปรึกษาในชุดการเรียนรู้นี้จึงมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความกังวล และทำให้เกิดความพร้อมได้

2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของพนักงานโรงแรมภายหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ พบว่า มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.30, S.D. = 0.79) จากข้อมูลส่วนบุคคลอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งมีส่วนทำให้สามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ และเรียนรู้ทักษะป้องกันการติดเชื้อได้ดี อีกทั้งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ได้รับความรู้การปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อมาก่อน จึงนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี อีกทั้งเนื่องจากการเตรียมความพร้อมนั้นมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายภายใต้สถานการณ์ที่จำกัด เพื่อให้พนักงานบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีระบบและแนวคิดของไทเลอร์ดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยพฤติกรรมที่คาดหวังให้พนักงานสามารถปฏิบัติได้นั้น เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของทุก ๆ ส่วนในระบบไม่ว่าจะเป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 พบว่า พนักงานโรงแรมปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองเกือบทุกครั้งที่มีความเสี่ยงติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ใช้ทฤษฎีระบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึก (Paisanpan, 2017) พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบดังกล่าวความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thasaneesuwan et al. (2020) ที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของไทเลอร์ในการออกแบบและประเมินโปรแกรมการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มทดลองหลังเข้าอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.70$, $p < .001$) (Thasaneesuwan et al., 2020) ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากนโยบายของทางโรงแรมที่รับเป็นสถานที่กักตัวผู้ป่วยโควิดและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ทำให้พนักงานมีความตระหนักต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaisan (2020) การตระหนักรู้นั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน เมื่อพนักงานโรงแรมตระหนักว่ามีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้น ตนเองควรมีความรับผิดชอบต่อสังคม คนรอบข้าง และควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายสู่คนอื่น อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติการป้องกันโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโควิดด้วย (Sriratanaprapa & Klommek, 2022) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประชาชนที่อาศัยในชุมชนเมือง พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ($p = 0.01$, $r = . 0.13$) (Visuttisiri, Suppa-asa, & Sirichuanjun, 2022) นอกจากนี้ การที่พนักงานรับรู้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดมีความเสี่ยงต่อการถูกเลิกจ้างหรือลดค่าจ้าง หากติดเชื้อต้องกักตัว 14 วัน และอาจรุนแรงถึงชีวิต

จึงพยายามป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเชื่อของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรง และความสามารถในการป้องกันตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค (Katanyutanon et al., 2021) ทั้งนี้ยังพบว่าการเปิดรับข้อมูล ข่าวสาร และการได้รับสื่อที่เหมาะสม (Katanyutanon et al., 2021; Ruankham, Kongsin, Jiamton, Sattayasomboon, & Uthis, 2022) ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 มากขึ้น และอีกการศึกษา พบว่า ความรู้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 Carvalho Alves et al. (2021) สอดคล้องกับการศึกษาในไทยและต่างประเทศ (Annashr et al., 2022; Grasung, Thappha, & Pholsit, 2022; Parikumsil, Bunpotsuwan, Puakya, & Cheewayapun, 2022; Kiros, Gebru, & Tewelde, 2023) ที่พบว่า ความรู้ การได้รับข้อมูล และทัศนคติในการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ และสอดคล้องกับการสรุปของการศึกษาที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด 19 (Tanomsombut, Chumkesornkulkit, Sukolpuk, & Ponrachom, 2023) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมโดยให้ความรู้ ผ่านสื่อออนไลน์ที่ทบทวนได้ตลอดเวลา มีการฝึกปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับภายใต้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ทางออนไลน์ ทำให้พนักงานเกิดความมั่นใจ และความตระหนัก ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ โดยในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมนั้นยังไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ รวมถึงไม่มีแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดและการรักษาที่ชัดเจน อีกทั้งยังเป็นโรคที่ไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากทั่วโลก พนักงานจึงกังวลและกลัวกับการทำงานในสถานการณ์นี้ ซึ่งการเตรียมความพร้อมช่วยให้มีความพร้อม ความมั่นใจ และปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์โรคระบาดนี้ได้ดียิ่งขึ้น

สรุป

การประเมินผลการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรก ผ่านแนวคิดทฤษฎีระบบซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวน ผลลัพธ์ และการให้ข้อมูลย้อนกลับร่วมกับแนวคิดการประเมินผลของไทเลอร์ที่ยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลักในการติดตามประเมินผล ภายใต้การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม พบว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองทางออนไลน์ การฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับการป้องกันการติดเชื้อผ่านทางออนไลน์ การเยี่ยมตรวจสถานที่ และการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือจากทางภาครัฐ และหน่วยงานต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พนักงานโรงแรมมีความพร้อมและมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นข้อเสนอแนะแก่ภาครัฐ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นั้น ๆ นำไปใช้ในการบริหารจัดการและเตรียมความพร้อมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างหนักที่ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมนี้อย่างเร็วที่สุด จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ผลการศึกษาจึงมีความเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้สามารถนำไปอ้างถึงประชากรกลุ่มใหญ่ได้

2. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง โดยมีการการประเมินผลก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อเปรียบเทียบผลได้ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา ผศ.ดร. ทิพมาส ชิณวงศ์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย รวมถึง รศ.ดร. กิตติกร นิลมานัต ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษา รวมถึงให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดโครงการ

รายการอ้างอิง (References)

Annashr, N.N., Yunianto, A.E., Laksmini, P., Abdurrahmat, A., Muharry, A., Aisyah, I.S., … Ratnasari, R.D. (2022). COVID-19: Factors related to the implementation of preventive practice in the new normal era of Indonesia. *Open access macedonian journal of medical sciences,* 10(E), 487 - 92. DOI: 10.3889 /oamjms.2022.8627.

Boonrod, K., Phonchot, S., & Phonchot, R. (2022). Guidelines for Hotel Business Management during COVID-19 Crisis. *Journal of southern technology,* 15(1), 139 – 148.

Carvalho Alves, M.F., Lima Mendonça, M.L., Xavier Soares, J.J., Leal, S.D., Santos, M., Rodrigues, J.M., & Duarte Lopes, E. (2021). Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in the resident cape-verdean population. *Social Sciences & Humanities Open,* 4(1), 1 - 12. DOI: 10.1016/j.ssaho.2021.100184

Department of Disease Control. (2023a). *The situation of COVID -1 9 by area, weekly*. Retrieved May 12, 2023 from: https://ddc.moph.go.th/ covid19-dashboard/?dashboard=province

Department of Disease Control. (2023b). *The situation of COVID – 19 patients*. Retrieved May 12, 2023 from https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

Grasung, P., Thappha, J., & Pholsit, J. (2022). Predictive factors towards behavior in practice to prevent COVID-19 in the area of Phra Nakhon Si Ayutthaya city municipality. *Journal of Chulabhorn royal academy,* 4(3), 141 - 50.

Hongsamad, Y., & Limtasir, O. (2021). The comparison of academic achievement and satisfaction on solution topic of Mathayomsuksa 2 students between the online learning by Google classroom and traditional method. *Journal of educational innovation and research,* 5(2), 355 - 370.

Jaisan, J. (2020). *COVID-19 Preventative behavior of the staff in the national institute of health, Department of medical science* [dissertation]. Ramkhamhaeng University. (in Thai)

Jang, K., Kim, S.H., Oh, J.Y., & Mun, J.Y. (2021). Effectiveness of self-re-learning using video recordings of advanced life support on nursing students' knowledge, self-efficacy, and skills performance. *BMC Nursing,* 20(52). DOI: 10.1186/s12912-021-00573-8

Jornkokgoud, K. (2021). *The effect of online individual counseling based on cognitive behavior therapy to reduce stress* [master's thesis]. Mahasarakham University. (in Thai).

Kantiwanich, R. (2013). The effects of a blended learning with demonstration technique for practice training on building animation of computer graphic subject for mathayomsuksa 3 students at Princess Sirindhorn's college. *Veridian E journal,* 6(2), 642 - 54.

Katanyutanon, T., Thongsiri, T., Pichitchainarong, A., Kingdokmai, T., Thammakul, S., Saenkamrang, P., & Bilkodem, S. (2021). Factors related to COVID-19 preventive behaviors among health science students of Huachiew Chalermprakiet University. *Huachiew Chalermprakiet science and technology journal*, 7(1), 8 - 20.

Kiros, M., Gebru, S.B., & Tewelde, B. (2023). Knowledge, attitude, practice and associated factors towards COVID-19 and its prevention measures among residents of Mekelle City, Tigray Region, Northern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *Journal of public health.* DOI: 10.1007/s10389-023-01826-3

Meyer, R.M., & O'Brien-Pallas, L.L. (2 0 1 0) Nursing services delivery theory: an open system approach. *Journal of Advanced Nursing,* 66(12), 2828 – 2838. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010. 05449.x

Ministry of Public Health. (2020). *The guidelines of government integration local quarantine management.* Retrieved May 10, 2022 from https://hpc2service.anamai.moph.go.th/envdata /files/manual_ waste_advice_7.pdf

Ministry of Public Health. (2021). *The guidelines of hospitel administration for COVID – 19 patients with mild symptom, controlled disease or no underlying disease*. Retrieved May 11, 2022 from https://shorturl.at/avGQZ.

Paisanpan, S. (2017). The Development of postanesthetic care model in the postanesthetic care unit at Chaiyaphum hospital. *Chaiyaphum meddical journal,* 37(2), 49 - 58.

Parikumsil, N., Bunpotsuwan, N., Puakya, J., & Cheewayapun, B. (2022). Safety behavior in respiratory tract infection prevention of healthcare workers during the epidemic of COVID-19 at Potharam district, Ratchaburi province. *Journal of Bamrasnaradura infectious diseases institute,* 16(2), 37 – 47.

Ramosaj, B., & Berisha, G. (2014). Systems Theory and Systems Approach to Leadership. *Iliria International Review,* 1(1), 59 - 76. DOI: 10.21113/iir. v4i1.53.

Rodchanaarcha, R., Singweratham, N., Wannaro, C., & Kiatmolee, M. (2021). COVID–19 outbreak: Guideline on local quarantine for both inbound and outbound migrants from epidemic areas using hotel isolation in Sadao district of songkhla province. *The southern college network journal of nursing and public health,* 8(1), 337 - 48.

Ruankham, P., Kongsin, S., Jiamton, S., Sattayasomboon, Y., & Uthis, P. (2022). Factors associated with preventive behaviors against COVID-19 SAR-COV-2 among the adult population: A case study of Chom Thong district, Bangkok metropolitan. *Journal of health science,* 31(2), 247 - 59.

Singweratham, N., & Krausuwan, N. (2020). Setting up a local quarantine for COVID-19 outside the local hospital: A case study from Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health,* 7(3), 1 - 9.

Sriratanaprapa, J., & Klommek, J. (2022). Knowledge, attitudes, and aractices towards COVID-19 among working-age - population in Muak Lek subdistrict, Muak Lek district, Saraburi province. *Journal of the royal Thai army nurses,* 23(1), 437 – 45.

Tanomsombut, P., Chumkesornkulkit, P., Sukolpuk, M., & Ponrachom, C. (2023). Causal factors and effects of health literacy on the new normal toward Covid-19 prevention. *Journal of health and nursing,* 39(1), 1 - 10.

Thasaneesuwan, S., Chuaytaen, T., Tinkaew, P., Nilmanat, K., & Sae-chit, K. (2020). Effects of a palliative care education program on palliative care competencies of registered nurses in a community hospital in southern Thailand. *Journal of research in nursing-midwifery and health sciences,* 40(2), 122 - 32.

Thato, R. (2023). *Nursing research: Concepts to application* (7th ed.). Chulalongkorn University. (in Thai).

Tripattanasit, P., Kobkanjanapued, Y., Suksanguan, W., & Chotkunakitti, P. (2022). The Effect of COVID–19 Pandemic Crisis on Financial Risk of Hotels and Resorts in Thailand. *Journal of Arts Management,* 6(4), 2186 - 207.

Tyler, R.W. (1949). *Basic principle of curriculum and instruction*. Chicago: University of Chicago press.

Visuttisiri, T., Suppa-asa, W., & Sirichuanjun, K. (2022). Knowledge, attitude, and Covid-19 prevention behavior among residents living in urban communities. *Stitute for urban disease control and prevention journal,* 6(2), 192 – 202.

Wangmanee, K., & Songsaen, S. (2021). The individual online counselling program for social adjustment under the COVID 19 situation of Chiang Rai Rajabhat University students. *Journal of education,* 32(2), 29 - 42.

การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

Development of Performance Appraisal Model Based on Indicators of Narathiwat Provincial Public Health Office

พีรวรรณ ชีวัยยะ[1*], รุ่งทิพย์ วงศ์อกนิษฐ์[1], ทวีพร เพ็งมาก[2]

Peerawan Cheewaiya[1*], Rungtip Wongakanit[1], Thaweeporn Pengmak[2]

(Received: November 3, 2023; Revised: December 19, 2023; Accepted: January 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประเมินผล ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสทุกระดับ จำนวน 4,521 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 357 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็น ระดับความเหมาะสมและความพึงพอใจของรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ผู้วิจัยพัฒนา และผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า Index of item objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การกำหนดระดับเกณฑ์คะแนน และการจัดกลุ่มตัวชี้วัดจาก 6 แหล่ง จำนวน 69 ตัวชี้วัด ด้วยผังใยแมงมุม 4 ด้าน เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม และมีความพึงพอใจระดับมาก ($\overline{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.79) และ ($\overline{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.80) เมื่อจำแนกรายด้าน ระดับความเหมาะสมที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การกำหนดค่าคะแนน Template ($\overline{\chi}$ = 3.82, S.D. = 0.79) และระดับความ

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

[1]Public Health Office Narathiwat Province

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[2] Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

[*]Corresponding Author: peewanc@gmail.com

พึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงใจต่อกระบวนการนิเทศกำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างาน และการสรุปผลการประเมินหลังการเยี่ยมหน้างาน (Exit) ($\bar{\chi}$ = 3.80, S.D. = 0.82) ซึ่งการมีรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสมมาก และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจมาก จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนา, รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน, ตัวชี้วัด

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate performance appraisal model based on indicators of Narathiwat Provincial Public Health Office. There were three phases included predevelopment model phase, development model phase, and evaluation phase. The population of this study were 4521 officers of all levels employed by the Narathiwat Provincial Public Health Office. There were 357 samples of this study. The study's sample was selected by the accidental sampling method. Instruments utilized in this study were opinion questionnaire, and performance appraisal models with appropriateness and satisfaction levels based on indicators of Narathiwat Provincial Public Health Office, which the researchers have developed and had three experts validate for content consistency. The study's Index of Item Objective Congruence (IOC) values ranged from 0.67 to 1.00. Data were analyzed using mean and standard deviation. The results showed that the two components of the indicator-based performance appraisal model were setting the score criteria level and grouping the indicators from six locations, for a total of 69 indicators, using a four-dimensional spider web diagram. This model's appropriateness and satisfaction were at the high level ($\bar{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.79) and ($\bar{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.80), respectively. When comparing each item, the section with the highest appropriateness score was the template score configuration ($\bar{\chi}$ = 3.82, S.D. = 0.79); the section with the highest satisfaction score was the section that dealt with the field visit supervision process, and the field visit summary of evaluation results (Exit) ($\bar{\chi}$ = 3.80, S.D. = 0.82). The performance appraisal model based on indicators, which has high levels of appropriateness and relevant person satisfaction would augment efforts towards target attainment and population health care service accessibility.

Keywords: Development, Performance appraisal model, Indicators

บทนำ

การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal) เป็นเครื่องมือสำคัญของผู้บริหารในการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานหรือการบริหารจัดการงาน (Joe, 2021) ใช้กำกับดูแลให้การทำงานประสบความสำเร็จสูงสุด การประเมินผลการปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันขององค์กร (Kimmy, 2022) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการบริหารจัดการเชิงระบบ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการพัฒนาผลิตภาพ (Productivity) ขององค์กรให้มีปริมาณและคุณภาพสูงขึ้น และเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของกระบวนการเชิงระบบการบริหารจัดการผลการปฏิบัติงาน (Performance Management Systematic Process) โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน การประเมินผลการปฏิบัติงานต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและเที่ยงธรรมบนฐานคิดที่เอื้อต่อการพัฒนา ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งต่อบุคลากรและต่อองค์กร ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) สนับสนุนให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างกว้างขวางนับตั้งแต่ ปี พ.ศ.2522 (Ong-art, Nipa, Duangchai, & Nophawan, 2015)

การจัดการประเมินผลการปฏิบัติงาน ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบและเที่ยงธรรม บนฐานคิดการประเมินเพื่อการเรียนรู้ (Learning mode for Evaluation) เพราะการจัดการการประเมินที่มีประสิทธิภาพ คือการเปลี่ยนจากความรับผิดชอบไปสู่การเรียนรู้ (Peter & Anna, 2016) ที่จะนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนางาน และสร้างการเรียนรู้แก่บุคลากรและองค์กร ถ้าการประเมินผลการปฏิบัติงาน ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขาดความเที่ยงตรง หรือขาดเอกสารหรือคู่มือให้ทีมผู้ประเมินและผู้รับการประเมินแต่ละคนยึดถือ หรือใช้เป็นแนวทางการในการคิดค่าคะแนน อาจมีความลำเอียงในการประเมินไปตามอิทธิพลฮาโล (Halo Effect) ที่ติดยึดกับสิ่งที่เรามีต่อสิ่งที่มีต่อความรู้สึกชอบหรือรู้สึกดีด้วย จนทำให้การตัดสินใจของผู้ประเมินจะลำเอียงและประเมินสิ่งต่างๆ ดีกว่าความเป็นจริง และมองข้ามการพิจารณาข้อเสียไป ในทางกลับกันก็มีอคติกับคนที่มีคุณสมบัติตรงข้ามกับความชื่นชอบของเรา การกำหนดแนวทางหรือรูปแบบในการประเมินที่เหมาะสมในการประกอบการตัดสินใจจะช่วยหลีกเลี่ยงอคติของการประเมินที่อาจเกิดขึ้น (Adecco, 2020)

จากการวิเคราะห์รูปแบบการประเมินผลที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ปีละ 2 ครั้ง พบว่า มีปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ ทั้งที่มีสาเหตุมาจากระบบ เครื่องมือ และวิธีการ เช่น การประเมินตามตัวชี้วัดแต่ละตัว ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน ขาดการถ่ายทอดวิธีการประเมินที่ชัดเจน อีกทั้งยังพบว่า ในการประเมินมีการกำหนดรายละเอียดตัวชี้วัดมีจำนวนมาก ทำให้เป็นภาระในการค้นหาข้อมูลที่แยกส่วน นับเป็น

ข้อจำกัดที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น (Public Health Office Narathiwat Province, 2022) การประเมินผลที่ดีนั้นจะต้องกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานที่ชัดเจน และครอบคลุมทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลผลิตและผลลัพธ์ และต้องสร้างความเข้าใจในรายละเอียดของตัวชี้วัด ให้เห็นไปในทิศทางเดียวกัน ควรสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินอย่างมีคุลยภาพ จะก่อให้เกิดเป็นพลังร่วมในการผลักดันภาระงานสู่เป้าหมาย โดยเฉพาะการปรับปรุงระบบการประเมินให้สามารถสื่อสารและถ่ายทอดตัวชี้วัด / เป้าหมาย (Key Performance Indicators/Target) ขององค์กรที่สอดคล้องกันทั้งระดับกระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด ระดับอำเภอ และพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติงาน “เลื่อนไหล” ไปในทิศทางเดียวกัน (Dynamic Alignment) ทั้งการประเมินผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาผลการปฏิบัติงานถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบและกระบวนการบริหารงาน (Narathip, 2013)

ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงนำแนวคิด การประเมินผลที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ของบุคลากร (Ong-art et al., 2015) มาพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ภายใต้ฐานคิด การประเมินที่ง่ายต่อการมองภาพรวม เหมาะสมกับการปฏิบัติงานพื้นที่ โดยใช้แนวทางการจัดระดับขั้นค่าคะแนน (Scoring Rubrics or Guidelines) เพื่อให้เป็นการประเมินเชิงเรียนรู้ (Learning mode for Evaluation) ที่จะช่วยส่งเสริมให้ยกระดับผลการปฏิบัติงานเป็นลำดับขั้น ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัด ส่งเสริมการคิดค้นนวัตกรรม และสามารถนำผลการประเมินไปหาโอกาสพัฒนาแผนงานโครงการต่อยอดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ เมษายน – กันยายน 2566

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสทุกระดับ ในระหว่าง ปี 2565 - 2566

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการทบทวนสถานการณ์ เอกสาร แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดหลักการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB (Kusum, 2019; Thanisara, 2019) และการจัดระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2010; Sirikasem, 2020) และ KPI Template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 แผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 กรอบประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ระดับกระทรวง ระดับเขต และ ตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ปี 2564 – 2566 เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึกสรุปประเด็นองค์ประกอบจากการเรียบเรียงและสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย การกำหนดรูปแบบฯ และการนำไปทดลองใช้

ผู้ให้ข้อมูล กำหนดแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

1. ผู้ให้ข้อมูลในส่วนของการกำหนดรูปแบบฯ ได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หรือตัวแทนผู้รับผิดชอบงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 40 คน ร่วมระดมความความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบฯ

2. ทีมวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทางด้านบริการ ด้านบริหาร ด้านส่งเสริมป้องกัน (PP&P) ด้านโครงการพิเศษ และทีมวิจัย จำนวน 2 คน จะตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และ นำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบของรูปแบบฯ ภายใต้การประยุกต์ หลักการบริหารจัดการองค์กร แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพ KPI template และ Scoring Guideline โดยนำชุดข้อมูลตัวชี้วัด และกรอบองค์ประกอบบรรจุตัวชี้วัด กำหนดค่าคะแนนระดับขั้น กำหนดที่มาของชุดข้อมูล และจัดหมวดหมู่กลุ่มตัวชี้วัด พัฒนาเป็นรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และตรวจสอบคุณภาพความเหมาะสมเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผู้บริหารที่ควบคุมกำกับทางด้านบริการ บริหาร ส่งเสริมป้องกัน และโครงการพิเศษ จำนวน 4 ท่าน ทีมวิจัยนำความคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเป็นแบบสอบถามความคิดเห็น และ นำไปทดลองใช้กับพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานประเมินผลระดับอำเภอ จำนวน 44 คน ร่วมแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ ทีมผู้วิจัยนำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงแบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อการนำไปใช้ต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โดยประเมินระดับความเหมาะสมและความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสทุกระดับ จำนวน 4,521 คน กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการเทียบเคียงประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูปในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง 357 คน และสำรวจความคิดเห็นโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ ที่ครอบคลุมทุกอำเภอ ทุกวิชาชีพ

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้บริหารองค์กร ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดทั้งในระดับผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ การประเมินผล หรือผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนในการเตรียมข้อมูล การประเมินนิเทศติดตาม จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ประจำปี 2566 และ กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นระดับความเหมาะสมและความพึงพอใจของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของรูปแบบฯ และจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น ความเหมาะสม และความพึงพอใจ จำนวน 11 ด้าน ทั้งหมด 19 ข้อ ใช้การประเมินค่าคะแนน 5 ระดับ ใช้ค่าเฉลี่ยแปลความหมายตามเกณฑ์ (Boonchom, 2010) คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วย

ประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมในการกำหนดระดับค่าคะแนน Template 2) ความเหมาะสมในการประเมินด้านการบริหาร 3) ความเหมาะสมในการประเมินด้านบริการ 4) ความเหมาะสมในการประเมินด้านส่งเสริมป้องกัน 5) ความเหมาะสมในการประเมินด้านโครงการพิเศษ 6) ความเหมาะสมในด้านการประสานงานและชี้แจงกระบวนการประเมินตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 7) ความเหมาะสมในด้านการกำหนดการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานหรือการประเมินตนเองก่อนการรับเยี่ยมหน้างาน 8) ความเหมาะสมในกระบวนการนิเทศกำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างานและการคืนข้อมูลสรุปผลการประเมิน 9) ความพึงใจในต่อรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม 10) ความพึงพอใจในต่อวิธีการกำหนดการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานหรือการประเมินตนเองก่อนการรับเยี่ยมหน้า

งาน 11) ความพึงใจในต่อกระบวนการนิเทศกำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างานและการสรุปผลการประเมินในภาพรวม และตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และให้ความคิดเห็นข้อเสนอแนะ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความสอดคล้องมีค่าคะแนนของความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.67 - 1 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้ากลุ่มงานหรือตัวแทน ผู้รับผิดชอบงานที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดทั้งในระดับยุทธศาสตร์การประเมินผล หรือผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนในการเตรียมข้อมูลและการประเมินติดตาม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ซึ่งปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 30 คน นำมาหาความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้รับหนังสือรับรองผ่านการพิจารณา เลขที่ 2 / 2566 วันที่ 31 มีนาคม 2566โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนเข้าร่วมทำวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ หรือหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย สามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะทำการทำลายเอกสารหลังนำมาใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น และมีการนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส พบว่า

ระยะที่ 1 จากการศึกษา สถานการณ์ โดยใช้แนวคิดหลักการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB (Kusum, 2019; Thanisara, 2019) และการจัดระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2010; Sirikasem, 2020) และKPI Template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 พบว่า องค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบฯ มี 3 องค์ประกอบ คือ การกำหนดขั้นสำหรับการประเมินเชิงพัฒนา การรวบรวมจำนวนตัวชี้วัดจากหลายแหล่ง และการจัดหมวดหมู่ตัวชี้วัดตามการบริหารจัดการองค์กรและการจัดระบบสุขภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ จากการระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนา พบว่า รูปแบบที่ใช้ในการประเมิน ควรเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด ดังเช่น "*...รูปแบบที่ใช้ในการประเมิน ควรเป็นหนึ่งเดียวทำให้มีความยุติธรรมกับทุกอำเภอ และสะดวกในด้านการสรุปคะแนน*" ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 การกำหนดค่าคะแนนในแต่ละด้านต้องมีความชัดเจนและต้องครอบคลุมทั้ง โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์และการพัฒนาคุณภาพงาน ดังเช่น "*...ตัวชี้วัดที่ดีไม่ควรวัดเชิงปริมาณอย่างเดียว แต่ควรวัดเชิงคุณภาพด้วย เพื่อจะได้เป็นแบบอย่างให้พื้นที่อื่น ๆ* " ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20 ในการกำหนดค่าคะแนนต้องมีความเหมาะสม และมีความเข้าใจตรงกันทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ค่าคะแนนต้องมีความท้าทาย ดังเช่น "*...การจัดทำ scoring ตั้งแต่ระดับ 1 - 5 ของจังหวัดและอำเภอ ต้องสอดคล้องและเป็นมาตรฐานตรงกันทุกตัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและแก้ปัญหาไปด้วยกัน*" ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 และ "*...ค่า scorings 5 ระดับ ในระดับ 4 ระดับ 5 ต้องมีความท้าท้าย คือ ต้องมีการพัฒนาเป็น best practices หรือ นวัตกรรม*" ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22 และ "*...ตัวชี้วัดต้องกำหนดนิยามชัดเจน เพื่อความเข้าใจตรงกัน ประเมินไปในทิศทางเดียวกัน*" ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ด้านบริการ ตัวชี้วัดต้องมีความครอบคลุมทั้ง นโยบายต่าง ๆ service plan และ ปัญหาของพื้นที่ดังเช่น "*...นโยบายต่าง ๆ และ service plan สาขาหลัก ๆ เป็นสิ่งที่ต้องนำมาเป็นตัวชี้วัดในด้านบริการ* " ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16 ด้าน PP&P ตัวชี้วัดต้องสอดรับกับนโยบายกระทรวง และปัญหาของพื้นที่ ดังเช่น "*...ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมป้องกัน ต้องครอบคลุมการส่งเสริมทุกกลุ่มวัย และยึดปัญหาที่พบในพื้นที่เป็นหลัก*" ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 และ "*...แต่ตัวชี้วัดของกระทรวงก็ทิ้งไม่ได้ มิฉะนั้นเท่ากับไม่สนองต่อนโยบาย*" ข้อมูลคนที่ 12 ด้านโครงการพิเศษ ตัวชี้วัดควรมาจาก เรื่องที่แสดงความโดดเด่นที่ไม่เหมือนจังหวัดอื่น ดังเช่น "*...ชราธิวาส เป็นนโยบายของ นพ. สสจ. ดังนั้นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่ชัดเจน อย่างเป็นรูปธรรม ควรนำมาบรรจุเป็นตัวชี้วัดในด้านโครงการพิเศษ*" ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30 ด้านระยะเวลา การกำหนดการนิเทศติดตาม เพียง 1 ครั้งต่อปี ดังเช่น "*...ในรอบปี แต่ละงานจะมีการลงประเมินผลการดำเนินงานอยู่แล้ว การลงนิเทศ 1 ครั้ง ปลายปีเพื่อประเมินบทสรุป ทำให้หน่วยรับนิเทศ ไม่ต้องรับนิเทศซ้ำซ้อน*" ข้อมูลคนที่ 25

ทีมผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง และพัฒนาเป็นรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้ดังนี้ (ภาพที่4 - 7)

1. การกำหนดค่าคะแนนระดับขั้น สำหรับการประเมิน เชิงพัฒนา (Learning mode - Scoring) ซึ่งประยุกต์จาก KPI Template รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับ ปรับใช้จากแนวทางการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Hospital Accreditation Scoring Guideline) และ Descriptions of 5 - Point Rating Scale ให้เห็นระดับการพัฒนา จัดเป็น 5 ระดับ คือ การจัดโครงสร้างกระบวนการ ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ผลงานดีกว่าเป้าหมาย และ ผลงานเป็นเลิศ ตามลำดับ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดง แนวทางการกำหนด Scoring 5 ระดับ (Learning mode – Scoring)

2. ผลการกำหนดที่มาของชุดข้อมูล รูปแบบฯตัวชี้วัด 1 – 6 - 69 โดยมีความหมาย ดังนี้ 1 คือ การใช้รูปแบบ 1 เดียวในการประเมินทั้งจังหวัด 6 คือ แหล่งที่มาของตัวชี้วัด จาก 6 แหล่ง คือ ตัวชี้วัดตรวจราชการ Performance Agreemen: PA กระทรวง เขต จังหวัด นโยบายจังหวัดและนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ 69 คือ จำนวน 69 ตัวชี้วัด (ภาพที่ 2)



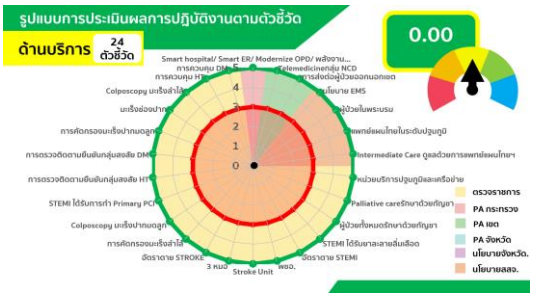
ภาพที่ 2 แสดง แหล่งที่มาของประเด็นตัวชี้วัด

3. ผลการจัดหมวดหมู่ตัวชี้วัด เพื่อการติดตามในพื้นที่ ตามหลักการบริหารจัดการ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบริการ ด้านบริหาร ด้านส่งเสริมป้องกัน (PP&P) และ ด้านโครงการพิเศษ (ภาพที่ 3)

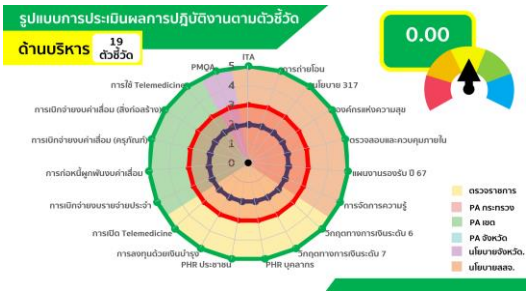


ภาพที่ 3 แสดงการจัดหมวดหมู่ตัวชี้วัด เพื่อการติดตามในพื้นที่ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบริการ ด้านบริหารด้านส่งเสริมป้องกัน (PP&P) และด้านโครงการพิเศษ

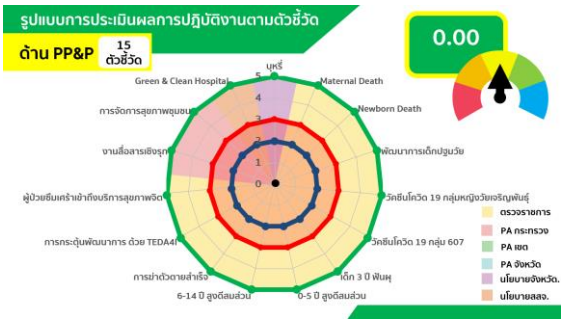
4. ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส พบว่า รูปแบบฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การกำหนดระดับเกณฑ์คะแนน และการจัดกลุ่มตัวชี้วัดจาก 6 แหล่ง จำนวน 69 ตัวชี้วัด ด้วยผังใยแมงมุม 4 ด้าน ดังภาพ (ภาพที่ 4 - 7)



ภาพที่ 4 แสดงรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ด้านบริการ



ภาพที่ 5 แสดงรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ด้านบริหาร



ภาพที่ 6 แสดงรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ด้านส่งเสริมป้องกัน



ภาพที่ 7 แสดงรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ด้านบริการ

5. ผลการทดลองใช้ ในการศึกษาความคิดเห็น จากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 44 คน ร้อยละ 43.20 เป็นผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 56.80 เป็นผู้รับผิดชอบงานนิเทศติดตามประเมินผล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมมาก คือจำนวนตัวชี้วัด ทั้งหมด 69 ตัว ($\bar{\chi}$ = 4.20, S.D. = 0.70) และที่มีความเหมาะสมมากที่สุด คือ ด้านระยะเวลาและกระบวนการนิเทศติดตาม ($\bar{\chi}$ = 4.61, S.D. = 0.62) ด้านการจัดหมวดหมู่ตัวชี้วัด และกำหนด Template ด้วย scorings ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริการ บริหาร PP&P และโครงการพิเศษ ($\bar{\chi}$ = 4.57, S.D. = 0.59) ด้านการประสานงาน ชี้แจง หรือการถ่ายทอดกระบวนการประเมินแก่ระดับอำเภอ ($\bar{\chi}$ = 4.39, S.D. = 0.54) ด้านการกำหนดค่าคะแนน Template ด้วย scorings 5 ระดับในแต่ละตัวชี้วัด ($\bar{\chi}$ = 4.27, S.D. = 0.85) ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ต่อการใช้ 1 – 6 - 69 ด้วย Spider Diagram ในภาพรวม ($\bar{\chi}$ = 4.43, S.D. = 0.73) และกระบวนการนิเทศกำกับติดตามด้วยการใช้ Scoring Spider Diagram และ การคืนข้อมูล ($\bar{\chi}$ = 4.57, S.D. = 0.73) ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่า การคืนข้อมูลจะสามารถต่อยอดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้ ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาปรับเป็นแบบสอบถามความคิดเห็น ระดับความเหมาะสม และความพึงพอใจ จำนวน 19 ข้อ 11 ด้าน

2. ผลการประเมินรูปแบบฯ ระยะที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 357 คน ที่สุ่มแบบบังเอิญ ร้อยละ 71.14 มีอายุ ระหว่าง 31 - 50 ปี มากที่สุดมีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 36.97 และรองลงมาอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 34.17 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.35 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 38.66 และ 43.42 ตามลำดับ ร้อยละ 43.98 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 28.57 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ในการประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (n = 357)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
	357	**100**
อายุ		
1. < 30 ปี	21	5.88
2. 31 – 40 ปี	122	34.17
3. 41 – 50 ปี	132	36.97
4. 51 – 60 ปี	82	22.97

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
	357	**100**
เพศ		
1. ชาย	88	24.65
2. หญิง	269	75.35
ตำแหน่ง		
1. แพทย์	1	0.28
2. ทันตแพทย์	2	0.56
3. เภสัชกร	6	1.68
4. พยาบาล	138	38.66
5. นักวิชาการสาธารณสุข	155	43.42
6. นักวิเคราะห์นโยบายฯ	5	1.40
7. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	20	5.60
8. แพทย์แผนไทย	8	2.24
9. นักจัดการงานทั่วไป	7	1.96
10. นักกายภาพบำบัด	3	0.84
11. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	2	0.56
12. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	2	0.56
13. อื่นๆ	8	2.24
สถานที่ปฏิบัติงาน		
1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	102	28.57
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	64	17.93
3. โรงพยาบาลชุมชน	157	43.98
4. โรงพยาบาลทั่วไป	12	3.36
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	22	6.16

หมายเหตุ : ตำแหน่งอื่น ๆ หมายถึง นักวิชาการการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นิติกร นักสถิติ นักวิชาการพัสดุ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักจิตวิทยา และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์

ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสมีความเหมาะสมมาก ($\overline{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.79) เมื่อแยกรายด้าน พบว่าระดับความเหมาะสมค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านรูปแบบของการกำหนด ค่าคะแนน template มี ($\overline{\chi}$ = 3.82, S.D. = 0.79) รองลงมาคือ การกำหนด Scoring และ Template ด้านบริหาร ($\overline{\chi}$ = 3.79, S.D. = 0.78) ทั้งนี้

เพราะ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานพื้นที่ สามารถใช้การจัดระดับขั้นค่าคะแนน (Scoring Rubrics or Guidelines) ประเมินเชิงเรียนรู้ของตนเอง (Learning mode for Evaluation) และช่วยเห็นแนวทางการพัฒนาเพื่อยกระดับผลการปฏิบัติงานเป็นลำดับขั้น จนบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัดได้ และสามารถนำผลการประเมินตนเองไปหาโอกาสพัฒนาคุณภาพงานต่อไปได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (n = 357)

รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามตัวชี้วัด	$\overline{\chi}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
1. การกำหนด ค่าคะแนน Template	3.82	0.79	มาก
2. การกำหนด Scoring และ Template ด้านการบริหาร	3.79	0.78	มาก
3. การกำหนด Scoring และ Template ด้านบริการ	3.76	0.76	มาก
4. การกำหนด Scoring และ Template ด้านส่งเสริมป้องกัน	3.77	0.79	มาก
5. การกำหนด Scoring และ Template ด้านนโยบาย / โครงการพิเศษ	3.75	0.80	มาก
6. การประสานงาน และ ชี้แจงหรือถ่ายทอดกระบวนการประเมินตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น	3.66	0.82	มาก
7. การกำหนดการส่งรายงาน ผลการปฏิบัติงานหรือการประเมินตนเองก่อนการรับเยี่ยมหน้างาน	3.71	0.77	มาก
8. กระบวนการนิเทศ กำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างาน และการ Exit หรือการคืนข้อมูลผลการนิเทศและข้อเสนอแนะ	3.77	0.79	มาก
รวม	3.75	0.79	เหมาะสมมาก

ระดับของความพึงพอใจในภาพรวมต่อรูปแบบการประเมินที่พัฒนา ระดับมาก ($\overline{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.80) โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือความพึงพอใจในต่อกระบวนการนิเทศกำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างาน และการสรุปคืนข้อมูลผลการประเมิน ($\overline{\chi}$ = 3.80, S.D. = 0.82) เพราะเป็นความต้องการของผู้รับประเมินที่ต้องการทราบจุดอ่อนหรือโอกาส ที่ความชัดเจน รองลงมา คือ ความพึงพอใจในต่อรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ด้วย Scoring Diagram สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาสในภาพรวม เพราะเป็นการประเมินที่ง่ายต่อการมองภาพรวมของแต่ละด้าน ($\overline{\chi}$ = 3.76, S.D. = 0.80) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (n = 357)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด	$\bar{\chi}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ด้วย Scoring Diagram สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส ในภาพรวม	3.76	0.80	มาก
2.วิธีการกำหนดการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานหรือการประเมินตนเองก่อนการรับเยี่ยมหน้างาน ในภาพรวม	3.68	0.78	มาก
3.กระบวนการนิเทศกำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างาน และการคืนข้อมูลผลการประเมิน (Exit) ในภาพรวม	3.80	0.82	มาก
รวม	3.75	0.80	พึงพอใจมาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ เป็นไปตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาที่อาศัยการมีส่วนร่วม ของผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานหรือตัวแทน ผู้รับผิดชอบงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และ ผู้รับผิดชอบงานประเมินผลระดับอำเภอ ภายใต้การบูรณาการ แนวคิดการประเมินเชิงเรียนรู้ (Learning mode for Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ของบุคลากร (Ong-art et al., 2015) ด้วยการกำหนดระดับขั้นค่าคะแนน 5 ระดับ (Scoring Rubrics or Guidelines) ซึ่งการส่งเสริมให้บุคลากรมีการเรียนรู้ในการพัฒนางานและยกระดับผลการปฏิบัติงานเป็นลำดับขั้น คือ ระดับ 3 ใช้ในการกำหนดการประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัด ส่วนการพัฒนาการทำงานสู่ผลงานเด่นหรือ Best Practices กำหนดที่ระดับ 4 และการส่งเสริมการคิดค้นนวัตกรรม กำหนดที่ระดับ 5 ทำให้มีความชัดเจนในการที่บุคลากรจะนำค่าคะแนนผลการประเมินไปหาโอกาสพัฒนาต่อยอดแผนงานโครงการต่อไป

การพัฒนารูปแบบฯ ที่ใช้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด ทำให้ง่ายต่อการมองภาพรวม ด้วย Spider diagrams 4 ด้าน และมีความชัดเจน ในระดับขั้นค่าคะแนน สอดคล้องกับของ Yard (2023) ระดับการให้คะแนนเป็นการวัดผลการปฏิบัติงาน ที่ใช้งานง่าย ให้การประเมินอย่างละเอียด และเห็นภาพที่ชัดเจน เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับการตรวจสอบประสิทธิภาพ การติดตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้โดยอัตโนมัติ นอกจากนี้การกำหนดระดับขั้นค่าคะแนนที่

ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์หรือผลผลิต ตลอดจนการพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากร ในระดับค่าคะแนน 4 และ 5 ที่ส่งเสริมให้มีการคิดค้นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practice) และ สรรสร้างนวัตกรรม รวมถึงมีการคืนข้อมูลผลการประเมินการสะท้อนกลับแก่บุคลากร จะทำให้การประเมินผลมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Narathip (2013) การพัฒนาผลการปฏิบัติงานของพนักงานถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารผลการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาสมรรถนะและพัฒนาผลการปฏิบัติงานของพนักงานต่อไปในอนาคต และ การกำหนดแนวทางหรือรูปแบบในการประเมินที่เหมาะสมในการประกอบการตัดสินใจจะช่วยหลีกเลี่ยงอคติของการประเมินที่อาจเกิดขึ้น (Adecco, 2020) ทำให้เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและผู้ใช้มีความพึงพอใจ

2. การประเมินรูปแบบฯ พบว่า ความเชื่อมโยงของ template แต่ละด้านมีความสอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมมากในทุกด้าน ด้วยค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ทั้งการกำหนดค่าคะแนน Template แต่ละด้าน กระบวนการนิเทศ กำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างาน และการคืนข้อมูลผลการประเมิน (Exit) เพราะเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของผู้รับการประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้รับการประเมินที่ต้องการเห็นข้อเด่น ข้อด้อย หรือโอกาสพัฒนาจากผลการประเมินเพื่อใช้ในการพัฒนาต่อยอด มากกว่าการแจ้งผลการประเมินว่าผ่านหรือไม่ผ่านเพียงอย่างเดียว เปรียบเสมือนคู่มือที่ต้องเกิดจากความต้องการของผู้ใช้และผู้เกี่ยวข้อง จึงจะมีผลต่อการแก้ไขปัญหาหรือผลสำเร็จของการดำเนินงาน สอดคล้องกับวิจัยของ Navarat, Sunee, Rattiporn, and Diana (2020) และการจัดการการประเมินที่มีประสิทธิภาพ คือการเปลี่ยนจากความรับผิดชอบไปสู่การเรียนรู้ (Peter & Anna, 2016) และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ มีความพึงพอใจมาก ต่อขั้นตอนกระบวนการนิเทศกำกับติดตามลงเยี่ยมหน้างาน และการคืนข้อมูลผลการประเมิน (Exit) ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับการประเมิน จะทำให้การนำไปใช้ในพื้นที่มีการยอมรับผลการประเมิน และนำข้อเสนอแนะ ที่ได้รับการคืนข้อมูลสะท้อนกลับ ไปพัฒนางานได้มากขึ้นด้วย สอดคล้องกับเป้าหมายของการสะท้อนข้อมูลกลับของ Peter and Anna (2016) ที่กล่าวว่า เป้าหมายของการ Exit หรือการสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน จะช่วยเสริมกระบวนการที่จะต่อยอดจุดแข็งและศักยภาพของพวกเขา และการนำข้อมูลสะท้อนกลับไปพัฒนาผลการปฏิบัติงาน (Performance Development) เป็นขั้นตอนที่ถือเป็นหัวใจของกระบวนการบริหารผลการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับวิจัยของ Narathip (2013)

สรุป

รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เป็นรูปแบบที่ใช้การประเมินในแบบเดียวกันทั้งจังหวัด กำหนดระดับขั้นการประเมินเชิงพัฒนา (Learning mode - Scoring) เป็น 5 ระดับ รวมตัวชี้วัดจาก 6 แหล่ง จำนวน 69 ตัว ใช้รหัส 1 – 6 - 69 ในการสื่อสารเป็นแนวทางเดียวกัน จัดหมวดหมู่ตัวชี้วัดด้วย Spider Diagrams 4 ด้าน คือ ด้านบริการ ด้านบริหาร ด้านส่งเสริมป้องกัน (PP&P) และด้านโครงการพิเศษมีระดับความเหมาะสมและความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นระดับมาก ($\overline{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.79) และ ($\overline{\chi}$ = 3.75, S.D. = 0.80) ตามลำดับ จากผลการประเมินที่พบว่า รูปแบบฯ มีความเหมาะสมมากและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจมากต่อการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญหรือเปลี่ยนนิยามเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นการบริหารผลการปฏิบัติงานขององค์การ ด้วยการผลักดันการพัฒนาผลงานที่ค่าคะแนนระดับ 4 - 5 ให้มากขึ้น

2. ผู้บริหารนำผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน มาสนับสนุนการสร้างสรรค์ผลงานคุณภาพและพัฒนาแผนพัฒนารายบุคคลให้สอดคล้องกับระดับค่าคะแนนของผลการประเมิน

3. ควรนำผลการประเมิน ที่มีค่าคะแนนต่ำกว่า 3 ไปใช้วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ และเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และโครงการให้มีประสิทธิภาพ

4. รูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการนิเทศติดตามทั้งในระดับอำเภอและตำบลได้ โดยที่ผู้นำรูปแบบไปใช้จะต้องมีความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการประมวลผลตัวชี้วัดนำไปสู่การพัฒนาระบบประเมินและส่งผลต่อคุณภาพบริการ

ด้านการวิจัย

1. วิจัยเปรียบเทียบค่าคะแนนผลการประเมินตนเองตามรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสของพื้นที่กับทีมประเมินเพื่อพัฒนาความเข้าใจต่อการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ประเมินผลการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทางเดียวกัน

2. วิจัยเชิงปริมาณ เรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส กับ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ทั้ง 4 มิติ

รายการอ้างอิง (References)

Adecco, (2020). *Know Halo Effect, False Recruitment Trap*. Retrieved March 10 2023, from https:// adecco.co.th/th/knowledge-center/detail/halo-effec.

Boonchom, S. (2010). *Preliminary research. (8th printed)*. Bangkok: Suweeriyasarn. (inThai).

Joe, W. (2021). *Everything You Need to Know about Scoring Models in Project Management*. Retrieved March 21, 2023 from https://www.smartsheet.com/content/project-scoring.

Kimmy, B. (2022). *What Is A Scoring Model In Project Management*. Retrieved March 21, 2023 from https://www.kyinbridges.com/what-is-a-scoring-model-in-project-management/

Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Krejcie and Morgan Table; Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.* Retrieved May 21, 2022 from https://www.researchgate.net/publication/349118299_

Kusum, W. (2 0 1 9). *What is 'POSDCORB' Model; Health promotion and education*. Retrieved December 23, 2022 from https://www.publichealthnotes.com/what-is-posdcorb-model/

Narathip, S. (2013). A Neglected Stage in Performance Management Process. *Modern management Journal, 7*(1), 13 - 22.

Navarat, W., Sunee, K., Rattiporn, B., & Diana, M. (2020). Model of Health Promotion Activities in a School for the Elderly Using 3 Dimensions (Diet, Exercise, and Emotion) The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health,* 7(2), 1 - 12.

Ong-art, N., Nipa, S., Duangchai, S., & Nophawan, S. (2015). Developing a Performance Evaluation System for Staff Members of Faculty of Education Srinakharinwirot Universiyt (SWU): Using the Individual Key Performance Indicator Approach. Srinakharinwirot Research and Development. *Journal of humanities and social sciences,* 7(14), 182 - 197.

Peter, C., & Anna, T. (2016). The Future of Performance Reviews: The Performance Management Revolution. *Harvard Business Review*. Retrieved May 21, 2023 from https://hbr.org/2016/ 10/the-performance-management-revolution

Public Health Office Narathiwat Province. (2022). *Public health performance report for the year 2022*. (in Thai).

Sirikasem, S. (2020). *Knowledge Management of Desirable Health Systems using the principle of Six Building Blocks Plus One*. Retrieved December 23, 2022 from https://med.nu.ac.th/home/DHS/eBooks/files/DHS-KnowledgeManagement.pdf.

Thanisara, K. (2019), Process and Technique of POSDCoRB. *Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand (JAPDEAT)*, 1(3), 15 - 22.

World Health Organization. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Servicves,* Retrieved June 20, 2022 from https://apps.who.int/iris/bitstream/andle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf

Yard, P. (2023). *Rating Scales for Employee Performance Reviews*. Retrieved August 21, 2023 fromhttps://www.performyard.com › articles

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่รับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้านการแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยบทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ถ้าเป็นบทความวิจัยที่เป็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับเพื่อความเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดย บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง ตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ ในด้านที่เกี่ยวข้องในการประเมินบทความ เพื่อให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความ (Double blinded peer review)

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย
2. บทความวิชาการ
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows แบบอักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 อักษรปกติ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน-ด้านล่าง 2.54 ซม. ด้านใน 3.17 ซม. ด้านนอก 2.54 ซม. ไม่เกิน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง)

2. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

3. ชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 อักษรปกติ และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้นิพนธ์ เพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์บทความทุกคนไว้ที่เชิงอรรถในหน้าแรก

4. ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ส่วนล่างสุด ที่เชิงอรรถในหน้าแรก ขนาดตัวอักษร 12 ปกติ ระบุหน่วยงานรองและหน่วยงานหลัก และระบุตัวเลขเป็นตัวยกหน้าชื่อหน่วยงานผู้นิพนธ์ทุกท่าน และ E-mail Address ของผู้นิพนธ์หลักเพื่อเป็น Corresponding Author

5. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ

6. คำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

7. การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุด ให้ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากขอบด้านซ้าย 1 Tab และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน เมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่ ควรเว้นระยะพิมพ์หนึ่งบรรทัด

8. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ดังนี้ (Student centered learning)

9. กรณีมีรูปภาพ บันทึกเป็นไฟล์ที่มีนามสกุล JPEGs หรือ Tiffs เท่านั้น

10. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อ (Abstract)

10.2 บทนำ (Introduction) ระบุความสำคัญของปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิด สมมุติฐาน การทบทวนหรืออ้างอิงเอกสาร / ทฤษฎี / งานวิจัย ที่นำไปสู่กรอบแนวคิดหรือวัตถุประสงค์การวิจัย

10.3 วัตถุประสงค์ (Objectives)

10.4 วิธีการวิจัย (Research methodology) ระบุแบบแผนการวิจัยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การหาคุณภาพเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

10.5 ผลการวิจัย (Results) เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน ควรเสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิ

10.6 อภิปรายผล (Discussion) เสนอเป็นความเรียง ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของผลการวิจัยกับกรอบแนวคิด และงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่ควรอภิปรายเป็นข้อ ๆ แต่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

10.7 สรุป (Conclusions) ระบุข้อสรุปที่สำคัญ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

10.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

10.9 รายการอ้างอิง (References) ต้องเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น รายการอ้างอิงที่นำมาอ้างอิงต้องมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ และควรตีพิมพ์เผยแพร่ไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

11. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

11.1 บทคัดย่อ (Abstract)

11.2 บทนำ (Introduction)

11.3 เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ

11.4 บทสรุป (Conclusion)

11.5 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

11.6 รายการอ้างอิง (References)

12. การพิมพ์เอกสารอ้างอิง

ให้ใช้ APA Formatted References, 6th edition ศึกษารายละเอียดได้ที่ http://www.wooster.edu /psychology/apa-crib.html

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Author's last name – year of Publication) ถ้าชื่อนิพนธ์เป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น

ผู้นิพนธ์ 1 คน: (Siriphan, 2016)

ผู้นิพนธ์ 2 คน: (Siriphan & Kaewchai, 2016)

ผู้นิพนธ์ 3-5 คน: การอ้างครั้งแรกให้ใส่ชื่อของทุกคน และการอ้างครั้งต่อไปให้ใส่เฉพาะชื่อของคนแรก แล้วตามด้วย et al. ตัวอย่างเช่น

(Seeley, VanPutte, Regan, & Russo, 2016) ในการอ้างครั้งแรก

และ (Seeley et al., 2016) ในการอ้างครั้งต่อไป

ผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน: อ้างครั้งแรกและครั้งต่อ ๆ ไป ให้ใส่เฉพาะชื่อของคนแรก แล้วตามด้วย et al. เช่น (Chongchareon et al., 2016)

2. การอ้างอิงในรายการอ้างอิง

2.1 การอ้างอิงทั่วไป

1) ถ้าผู้นิพนธ์ไม่เกิน 7 คน ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน ถ้ามากกว่า 8 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก และตามด้วย ... และชื่อผู้นิพนธ์คนสุดท้าย

2) ถ้าแหล่งอ้างอิงมาจากหนังสือ หนังสือออนไลน์ หรือ ebook *ให้เอียงชื่อหนังสือ*

3) ถ้าแหล่งอ้างอิงมาจากวารสาร *ให้เอียงชื่อวารสาร*

4) ถ้าแหล่งอ้างอิงเป็นเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ *ให้เอียงชื่อการประชุม*

5) สำหรับรายการอ้างอิงที่ไม่มีภาษาอังกฤษให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ

6) ถ้าแหล่งอ้างอิงมาจาก วิทยานิพนธ์ รายงาน ให้ใส่วงเล็บ in Thai ด้วย (เฉพาะข้อมูลในประเทศไทย

ตัวอย่างเช่น

Oliveira, L.F., Correa, J.L.G., Tosato P.G., Borges S.V., Alves J.G.L.F., & Fonseca, B.E. (2011). Sugarcane Bagasse Drying in a Cyclone: Influence of Device Geometry and Operational Parameters. *Drying Technology, 29*, 946-952.

Grimm, A., Elustondob, D., Mäkelä, M., Segerström M., Kalén, G., Fraikin L., … Larsson, H. S. (2017). Drying recycled fiber rejects in a bench-scale cyclone: Influence of device geometry and operational parameters on drying mechanisms. *Fuel Processing Technology, 167*, 631-640.

Suriyawongpaisarn, P., Srithamrongsawat, S., Hempisut, P., Aueasiriwon, B., Pholpark, A., & Wannasri. A. (2013) *The Emergency Management System of the Regional Emergency Medical System.* Health Insurance System Research Office (HISRO). Health System Research Intitute (HSRI). (in Thai)

2.2 ผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น

National Institute of Emergency Medicine. (2014). *The gap of Thai Emergency Medicine: Report Emergency Medical Service System 2013.* (1st ed.) Bangkok. NP Press. (in Thai).

Muangjunburee, P. (2012). *Welding Engineering*. Songkhla: Educational Technology, Faculty of Engineering, Prince of Songkla University. (in Thai).

2.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ ตัวอย่างเช่น

Sahieam, C. (2014). Nurse case management for clients with diabetes mellitus. In Sindhu S, Wongrod P. (editor). *Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension* (2nd ed.) (pp.9-46). Bangkok: Wattanakanpim Printting. (in Thai)



Benedyk, J. (2010). Aluminum alloys for lightweight automotive structures. *Materials, Design and Manufacturing for Lightweight Vehicles, Woodhead Publishing Series in Composites Science and Engineering,* 79-113.

2.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเตอร์เน็ต ตัวอย่างเช่น

Inada, K. A. (1995). *Buddhist reponse to the nature of human rights. Journal of Buddhist Ethics.* Retrieved May 21, 2019 from http://www.psu.edu/ jbe.html

2.5 วิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

Siriphan, S. (2011). *Development of an Instructional Model Emphasizing Cultural Competency of Nursing Students.* A Dissertaion Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Philosophy School of Educational Studies Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai).

2.6 บทความในวารสาร

Sangnimitchaikul, W. (2012). Student-centered learning: A case study of Instructional model in the nursing care of children and adolescents course at the faculty of Nursing, Thammasat University. *Journal of Nursing and Education, 5*(2), 64-76.

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เมื่อผู้นิพนธ์เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย / บทความวิชาการแล้ว สามารถส่งไฟล์ต้นฉบับทาง

E-mail: pnu_jr@hotmail.com และ https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/

โดยลงทะเบียนสมาชิกเข้าเว็บไซต์ แล้วทำตามคำแนะนำสำหรับการใช้งานเบื้องต้นของระบบ ThaiJO (สำหรับผู้แต่ง Author) ซึ่งมีรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

- การลงทะเบียนผู้นิพนธ์ (Author Register) (ผู้ใช้ยังไม่มี Username, Password ในระบบ ThaiJO)
- การส่งบทความ (Submission)
- รอตรวจสอบสถานะ การตอบรับ / ปฏิเสธ ทาง E-mail

การชำระค่าตีพิมพ์

1. วารสารจะดำเนินการให้ผู้นิพนธ์ชำระค่าตีพิมพ์ เมื่อบทความผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2. รายละเอียดค่าตีพิมพ์บทความ

- **บทความภาษาไทย**

  บุคคลภายนอกมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 4,500 บาท / บทความ

  บุคคลภายในมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 3,000 บาท / บทความ

- **บทความภาษาอังกฤษ**

  บุคคลภายนอกมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 5,000 บาท / บทความ

  บุคคลภายในมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 7,000 บาท / บทความ

3. กรณีวารสารปฏิเสธการตีพิมพ์บทความ ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าดำเนินการในการประเมินบทความ จำนวน 3,000 บาท / บทความ

ข้อแนะนำการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้นิพนธ์ศึกษา ตรวจสอบขั้นตอนการส่งบทความวิจัย / วิชาการ และต้องดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ **https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr**

- คำแนะนำผู้นิพนธ์
- กระบวนการประเมินคุณภาพบทความ
- จริยธรรมการตีพิมพ์
- แบบฟอร์มเสนอผลงานขอลงตีพิมพ์วารสาร

หลังจากนั้นส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องและบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด ทางไปรษณีย์ ส่งมาที่

บรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ชั้น 3 สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

99 ม.8 ต.โคกเคียน อ.เมือง จ.นราธิวาส 96000

การติดต่อวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ติดต่อได้ที่ งานวารสาร (คุณปิยนุช วัจนศิริ หรือ คุณซัมซียะห์ เจ๊ะสาเม๊าะ)

Tel 073-709-030 ต่อ 1161, Fax 073-709-030 ต่อ 1173

Mobile phone 09-3604-3247, E-mail: pnu_jr@hotmail.com