PRINCESS OF NARADHIWAS UNIVERSITY
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ISSN 2651-1274 (online)

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2568)
VOL.17 NO.1 JANUARY- APRIL 2025







PNUJR

วารสารผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 1 (พ.ศ.2563 - 2567)
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
PNUJR ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI)

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

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 ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
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 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ที่ปรึกษา

ศ.ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์
ผศ.ดร.จงรัก พลาศัย
รศ.ดร.รสสุคนธ์ แสงมณี
ผศ.ดร.ปรีชา 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 หะยีเซ๊ะ
อาจารย์วนิดา อาแว

กองจัดการ

ผศ. ดร.ประทาน ศรีชัย
ผศ.เดชดนัย จุ้ยชุม
อ.ดร.ลาตีฟะห์ เจ๊ะเลาะ
อาจารย์ฟิรดาว นิสะนิ
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
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุสรา คำเนตร	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.มุสลีฮา เจ๊ะซอ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.อามีนา เบญจมานะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

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

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

บทบรรณาธิการ

เนื่องในโอกาสศุภวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2568 นี้ วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ขออำนวยพรให้ทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญ ปราศจากโรคภัย สมปรารถนาในสิ่งที่มุ่งหวังทุกประการ ปีนี้วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ทำหน้าที่เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความทางวิชาการ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) เป็นปีที่ 17 ซึ่งได้รับความสนใจจากหลากหลายหน่วยงานส่งผลงานมาลงตีพิมพ์เผยแพร่ ส่วนในฉบับที่ 1 นี้ มีทั้งสิ้น 18 บทความ โดยเป็นบทความวิชาการ 2 บทความ และบทความวิจัย 16 บทความ ที่เป็นงานวิจัยในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และแรงงานนอกระบบ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยหนัก

วารสารฯ จะคงไว้ซึ่งคุณภาพทางวิชาการตามเกณฑ์การประเมินของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 ในรอบที่ 5 (พ.ศ. 2568 - 2572) ที่จะประกาศผลการรับรอง ฯ ในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 นี้

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนทุกท่านที่ร่วมส่งผลงานที่มีคุณค่ามาเผยแพร่ในวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความจากวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทั้งในทางวิชาการและวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มุสลินท์ โตะแปเราะ

บรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ผลของแอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกต่อความรู้ ความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ไม่มีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีมาก่อน กุลธลีย์ ชายเกตุ, วรลักษณ์ จันทร์พงษ์, ปุณิกา อ่อนทอง	1	Effects of Preanesthesia Preparation Application on Knowledge, Anxiety of Preanesthesia Preparation, and Self-management of Pain among Clients Underwent One Day Surgery without Prior Anesthesia Experience from Anesthesia Team Kuntalee Chaikate, Woralak Chanphong, Punika Aonthong
ผลของการใช้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ต่อความรู้ และทัศนคติในการรับวัคซีน ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่มาฉีดวัคซีนตามนัดในจังหวัดนราธิวาส วนิสา หะยีเซะ, ฮัมดี มาแย	20	Effects of Using the Bilangual (Thai - Malayu) Cartoon Animation on Knowledge and Attitudes Towards Vaccination among Caregivers of Children' Delayed Vaccination Schedules in Narathiwas Province Wanisa Hayeese, Hamdee mayae
ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ศุภกาญจน์ ประชุมฉลาด, รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ, อาริยา พลสงคราม, ไตรรัตน์ ป้องคำสิงห์, ชลธิชา เครือแสง, พิชญาภา ข่าขันมะลี, วรรณิษา เทียมทอง, สุภาพร เสาศิริ	36	Factors Associated with Suicidal Ideation among Junior High School Students in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province Suphakarn Prachumchalad, Rungrat Sukadaecha, Arriya Phonsongkram, Tairat Pongkhamsing, Chonthicha krueasaeng, Pitchayapa kakunmalee, Wannisa Teamthong, Supaporn Saosiri
ปัจจัยทำนายด้านอาการในผู้ที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ อนุศร การะเกษ, เกตุนรินทร์ บุญคล้าย, วรรณชาติ ตาเลิศ, กนกวรรณ เวทศิลป์, กรรณิกา เพ็ชรักษ์, ลฎาภา ดีไมล์, ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล	53	Predicting Factors of Symptoms among Persons Suspected of Acute Coronary Syndrome in Emergency Department, Secondary Hospital Anusorn Karaket, Ketnarin Bunklai, Wannachart Talerd, Kanokwan Wetsasin Kannika Phetcharak, Ladapha Demile, Chuanchom Peaschpunpisal

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด วุฒิชัย สมกิจ, พิชชาอร นามเพ็ง	70	Incidence and Predicting Factors Associated with Complications in Patients with Stroke in Rehabilitation Phase at Thung Khoa Luang Hospital in Roi-Et Province Wuttichai Somgit, Pitchaon Nampeng
การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม พุทธกัญญา นารถศิลป์, อนุชา ไทยวงษ์, นลินรัตน์ พรหมโส, อังคณา จันคามิ, ปาริชาติ ศรีหนู, นิศมา แสนศรี, กาญจนา พรจันเท้า, ยุวดี ไวยพัฒน์	91	Development of Nursing Service System for Critical Ill Patients, Mahasarakham Hospital Network Putthakunya Narthasilpa, Anucha Taiwong, Nalinrat Promso, Aungkana Junkami, Parichat Sinoo, Nissama Sansi, Kanchana Ponjantao, Yuwadee Waiyapat
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในสามจังหวัดชายแดนใต้ ปราโมทย์ เทพจันทร์, เนตรทอง นามพรม, จุฑามาศ โชติบาง	115	Factors Related to Nutritional Status among Preschool Children in Three Southern Border Provinces Pramote Thapchan, Nethong Namprom, Jutamas Chotibang
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กันยาพร ไชยศักดิ์, ประกอบ ทองจิบ, เนตรนภา เทพชนะ, อรอุมา พินธ์สุวรรณ์, ขัตติยา เสมอภพ, กุลธลีย์ ชายเกตุ	137	The Development of A Nursing Supervision Model to Improve the Quality of Nursing in Critical Care Kanyaporn Chaiyasak, Prakob Thongchip, Netenapa Thepchana, Onuma Pinsuwan, Khattiya Samerpop, Kuntalee Chaikate

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล ปาลีญา จารนัย, กิตติพร เนาว์สุวรรณ	156	Factors Affecting Recurrence among Patients with Stroke, La-ngu District, Satun Province Paleeya Jaranai, Kittiporn Nawsuwan
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, นภาวรรณ วิริยะศิริกุล, วิชชุตา มัคสิงห์, สุวิชญา วิริยะศิริกุล, สุทัศน์ เหมทานนท์, ถาวร พุ่มเอี่ยม	173	Relationship Between Food and Nutrition Literacy and Caring Behavior about Food and Nutrition among Caregivers of Children Aged 3-5 Years Benjawan Thanormchayathawat, Napawan Wiriyasirikul, Witchuta Muksing, Suwichaya Wiriyasirikul, Sutut Hemthanon, Thaworn Pum-iem
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เลอลักษณ์ แทนเกษม, สุรดา จันดีกระยอม, จริยา อติชาติธำรง , นันทพร ศรีเมฆารัตน์	194	Factors Associated with Self - Care Behaviors of Patients with Chronic Schizophrenia Lerluk Tankasem, Surada Jundeekayom, Jariya Atichattumrong, Nantaporn Srimekarat
ผลของกระบวนการประสานรายการยาต่อความคลาดเคลื่อนทางยา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก กาญจนา แก้วมั่ง	214	The Effect of Medication Reconciliation Process on Medication Errors at Medical Ward in Sungai Kolok Hospital Kanchana Keawmang
การวิเคราะห์ปัจจัยด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต ปรุฬห์ รุจนธำรงค์, ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, วิชช์ เกษมทรัพย์, วศิน พิพัฒนฉัต3, วินิต อัศวกิจวีรี, กรรณิการ์ กิจติเวชกุล	233	Analysis of Legal Factors Related to Drug Security in Thailand: Scoping Review Parun Rutjanathamrong, Chaoncin Sooksriwong, Vijj Kasemsap, Vasin Pipattanachat, Vinit Usavakidviree, Kannikar Kijtiwatchakul

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

สารบัญ...

บทความวิจัย	**หน้าที่ Page**	**Research Article**
ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท พนิดา โยวะผุย, ณัฐวุฒิ สุริยะ, นุจริยา พิมพา, เกศกนก ดีพรม	268	Self-care Experiences of Older adults with Diabetes Mellitus Following Limb Amputation Living in Rural Areas Panida Yowapui, Natthawut Suriya, Nutjariya Phimpha, Keskanok Deeprom
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร นิรชร ชูติพัฒนะ, นิศารัตน์ ห้าวหาญ	286	Health Literacy with Prevention Behaviors of COVID - 19 among Informal Workers During the Post Pandemic Period in Chumphon Province Nirachon Chutipattana, Nisarat Haohan
พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID - 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี พนิดา บุญคงทอง, ศศิธร ธนะภพ, วันวิสาข์ สายสนั่น ณ อยุธยา	315	Health Seeking Behavior by Thai Herbal Consumption of Older Adults During COVID - 19 Pandemic Situation in Surat Thani Province Panida Bunkongthong, Sasithorn Thanapop, Wanvisa Saisanan Na Ayudhaya
บทความวิชาการ	**หน้าที่ Page**	**Academic Article**
การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลจิตเวช ศุภรดา วงค์จำปา, ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี	331	Empowerment for Patients with Depressive Disorders: Role of Psychiatric Nurses Suparada Wongjumpa, Pattarin Thamduangsri
ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล จิรารัตน์ พร้อมมูล, นิรันดร์ จุลทรัพย์ สิรินทร์ธนัญ อัณณพิสิษฐ์, อัฐภรณ์ สุทธินวล, กุวรรณโซเฟีย ลอ	345	Leadership of Nursing Innovation Jirarat Prommul, Niran Chullasap, Sirinthanan Ananphitsit, Atthaporn Sutthinuan, Kuwansofia Low

Princess of Naradhiwas University Journal

ผลของแอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกต่อความรู้ ความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ไม่มีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีมาก่อน

Effects of Preanesthesia Preparation Application on Knowledge, Anxiety of Preanesthesia Preparation, and Self-management of Pain among Clients Underwent One Day Surgery without Prior Anesthesia Experience from Anesthesia Team

กุลธลีย์ ชายเกตุ[1*], วรลักษณ์ จันทร์พงษ์[1], ปุณิกา อ่อนทอง[1]

Kuntalee Chaikate[1*], Woralak Chanphong[1], Punika Aonthong[1]

(Received: September 10, 2024; Revised: December 6, 2024; Accepted: December 13, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของผลของแอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกต่อความรู้ ความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ไม่มีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีมาก่อน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ก่อนการระงับความรู้สึกและแบบสอบถามความวิตกกังวล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.86 และ 0.92 ตรวจสอบความเที่ยงโดยการใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยง 0.72 และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังใช้แอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

โรงพยาบาลสตูล

Satun Hospital

[*]Corresponding Author: kun.np@hotmail.com

สถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : แอปพลิเคชัน, การระงับความรู้สึก, การผ่าตัดวันเดียวกลับ

Abstract

This research was quasi-experiment with a two-group pretest-posttest design aimed to study effects of preanesthesia preparation application on knowledge, anxiety of preanesthesia preparation, and self-management of pain among clients underwent one day surgery without prior anesthesia experience from anesthesia team. Simple random sampling was used to choose the samples, which were split into 30 members of the control group and 30 members of the experimental group. The created application of the trial instrument was validated by three experts. The contents of the data collection instruments, which included a personal data questionnaire, a knowledge measurement before to anesthesia, and an anxiety questionnaire were validated by five experts equaled to 0.86 and 0.92. The reliability was assessed using the Kuder-Richardson formula, which equaled 0.72, and the reliability were tested by using the Kuder-Richardson formula equaled 0.72 and the Alpha Cronbach coefficient was determined to be 0.86.

According to the results after applying the application of the preanesthesia preparation, the experimental group's average scores were statistically significantly higher than those of the control group ($p <0.001$) and their average anxiety scores were statistically significantly lower than those of the control group ($p <0.001$).

Keywords: Application, Anesthesia, One day surgery

บทนำ

การผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลและรักษาของแพทย์ เป็นสถานการณ์ที่ผู้รับบริการบางกลุ่มต้องเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือการผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดแบบฉุกเฉินหรือการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้าก็ตาม พบว่าขณะที่ผู้รับบริการ รอเข้ารับการผ่าตัด มักเกิดความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งสาเหตุมาจากความกลัวการผ่าตัด ไม่ทราบขั้นตอนการผ่าตัด หรือกลัวว่าจะได้รับอันตรายจากการผ่าตัด จากการศึกษาความวิตกกังวลของผู้รับบริการที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล พบว่าความวิตกกังวลไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในวันก่อนผ่าตัดเท่านั้น แต่จะเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการผ่าตัด ผลของความวิตกกังวลที่

เกิดขึ้น จะทำให้ผู้รับบริการมีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายคือ ทำให้เกิดความเครียด ในขณะเดียวกันก็มีการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol Hormone) ซึ่งจะหลั่งเมื่อเกิดความเครียด และในด้านจิตใจของผู้รับบริการอาจจะแสดงอาการต่าง ๆ ออกมา เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ เหงื่อออก มือสั่นชีพจรเต้นเร็ว ก้าวร้าว หรือซึมเศร้าได้ ระดับความวิตกกังวลที่สูงในระยะก่อนผ่าตัดจะมีผลกระตุ้นการทำงานของต่อมไร้ท่อเนื่องจากมีการกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid Hormone) ออกมามากกว่าปกติ ทำให้ยับยั้งการสังเคราะห์ คอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อ มีผลให้การฟื้นฟูสภาพและการหายของแผลนานกว่าปกติ และทำให้การจัดการควบคุมความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดทำได้ยากขึ้น (Nigussie et al., 2014)

โรงพยาบาลสตูลเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 186 เตียง เปิดบริการห้องผ่าตัดจำนวน 8 ห้องมีอัตรากำลังของงานวิสัญญีประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 3 คน วิสัญญีพยาบาล 13 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน จากสถิติผู้รับบริการของงานวิสัญญีปีงบประมาณ 2560 ถึง ปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการระงับความรู้สึกจำนวน 4,878 ราย, 5,412 รายและ5,868 ราย ตามลำดับ (Anesthesia statistics at Satun Hospital, 2023) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราผู้รับบริการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการพัฒนาการให้บริการอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจ นอกจากนี้ยังพบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านของการผ่าตัด การระงับความรู้สึก และการจัดการความปวด จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการได้ จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานพยาบาลวิสัญญีมาประมาณ 10 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเช้าวันผ่าตัดส่วนใหญ่มีความกังวล นอนไม่หลับ กลัวการผ่าตัด กลัวการให้ยาระงับความรู้สึก (Deeudom et al, 2022) สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลมาก ก่อนการผ่าตัดคือ เรื่องการไม่ตื่นจากยาดมสลบ และความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จากการประเมินความวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับการระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านโรคประจำตัวหรือสภาวะความผิดปกติเดิมของผู้รับบริการ และ 2) การขาดข้อมูลหรือความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ โดยทั้งสองปัจจัยสามารถลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการได้จากการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ

งานวิสัญญีโรงพยาบาลสตูลกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการพยาบาลด้านการเยี่ยมประเมินผู้รับบริการก่อนระงับความรู้สึกร้อยละ 100 โดยการเยี่ยมประเมินผู้รับบริการก่อนการระงับความรู้สึกที่บันทึกเข้าระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXP ภายใน 15.30 น. ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน และจากการ

วิเคราะห์สถานการณ์งานวิสัญญีของโรงพยาบาลสตูลโดยการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ขององค์กร (SWOT Analysis) ผู้วิจัย พบว่าจุดอ่อนของงานวิสัญญีในด้านการให้บริการด้านการเยี่ยมประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด อาจยังไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดไว้ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น 1) ปัจจัยของข้อจำกัดด้านเวลา วิสัญญีพยาบาล 1 คน ต้องเยี่ยมประเมินผู้รับบริการ 6 - 8 ราย ทำให้ไม่สามารถอธิบายรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหรือการจัดการความปวดได้ละเอียดเท่ากับการเยี่ยมประเมินผู้รับบริการแค่ 2 - 3 ราย 2) ปัจจัยด้านผู้ประเมิน ได้แก่ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้ประเมิน มีผลต่อประสิทธิภาพของการประเมินในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และ 3) ปัจจัยด้านการสื่อสารหรือการมีพหุภาษาและพหุวัฒนธรรม ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาไทย ได้แก่ ภาษามลายู ภาษาชวา (เกาะหลีเป๊ะ) ภาษาพม่า เป็นต้น ในผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวถึงแม้สามารถพูดภาษาไทยได้บ้าง แต่อาจจะไม่ได้เข้าใจอย่างลึกซึ้งทุกประโยคที่ผู้ประเมินต้องการสื่อสาร หรือกรณีที่ผู้รับบริการที่ไม่ได้มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารภาษาไทย บางครั้งพบว่าผู้รับบริการลืมหรือฟังคำอธิบายไม่ทัน เหตุการณ์ที่ผู้วิจัยพบบ่อยคือ ลืมงดน้ำและอาหาร ทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัดออกไปเพื่อรอจนครบ 6 - 8 ชั่วโมง หรือบางครั้งอาจต้องเลื่อนผ่าตัดไปอีก 1 วัน ทำให้เสียประโยชน์ทั้งผู้รับบริการเองและโรงพยาบาลอีกด้วย

จากจุดอ่อนของงานวิสัญญีในด้านการให้บริการเยี่ยมประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด บางครั้งยังไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดไว้ตามปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ปี 2560 - 2565 ทางแผนกวิสัญญีได้จัดทำแฟ้มรูปภาพประกอบคำอธิบายและพัฒนาต่อเนื่องเพื่อใช้สำหรับการเยี่ยมประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การประเมินผู้รับบริการและการอธิบายขั้นตอนในการระงับความรู้สึกง่ายขึ้น ผู้รับบริการเห็นภาพรวมของขั้นตอนการระงับความรู้สึกชัดเจนขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดแก่ผู้รับบริการที่ไม่ได้ประเมินโดยทีมวิสัญญี ผู้วิจัยจึงมองเห็นโอกาสพัฒนาการเยี่ยมประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ให้สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นแบบไร้รอยต่อในสังคมยุคดิจิทัล กล่าวคือ สามารถให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามความต้องการของผู้รับบริการจากสมาร์ทโฟนของผู้รับบริการ โดยปี 2565 ผู้วิจัยได้ทำสื่อวีดีทัศน์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดสองภาษา (ไทย - มลายู) ขึ้น โดยให้ผู้รับบริการสแกนคิวอาร์โคด (QR code) ดูวีดีทัศน์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดสองภาษา (ไทย - มลายู) ผ่านทางสมาร์ตโฟนของผู้รับบริการ ดังนั้นไม่ว่าผู้รับบริการที่ได้รับการ

เยี่ยมประเมินจากทีมวิสัญญีหรือไม่รับการเยี่ยม ก็สามารถรับทราบข้อมูลการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเหมือนกัน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ต่อมาเดือนมกราคม 2566 ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของวีดีทัศน์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดสองภาษา (ไทย - มลายู) จึงจัดทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความปวดสองภาษา (ไทย - มลายู) ต่อระดับความปวดและความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดน้อยกว่าและมีระดับความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$ แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อวีดีทัศน์ในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการสามารถทำให้ผู้รับบริการเข้าใจคำแนะนำต่าง ๆ ได้มากกว่าการอธิบายปกติสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Dumkoengtham et al., (2021) ที่ใช้สื่อวีดีทัศน์ในการเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการก่อนการระงับความรู้สึก พบว่าคะแนนความรู้โดยรวมกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และหากเป็นสื่อวีดีทัศน์ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็ว เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มแล้ว ยิ่งทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกที่ผ่านมาพบว่าหลาย ๆ งานวิจัยได้จัดทำสื่อวีดีทัศน์มาช่วยในการอธิบายในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกมากขึ้น เนื่องจากสามารถทำให้ผู้รับบริการเข้าใจขั้นตอนการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการระงับความรู้สึกแต่ละวิธีได้มากกว่าสื่อการสอนแบบอื่น ๆ โดยสื่อวีดีทัศน์ของแต่ละงานวิจัยอาจมีความแตกต่างกันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เนื้อหา การนำเสนอรวมถึงของการเข้าถึงสื่อวีดีทัศน์ของผู้รับบริการ แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบสื่อวีดีทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกในรูปแบบสองภาษา โดยเฉพาะภาษามลายู ซึ่งเป็นภาษาเฉพาะของ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้วิจัยจึงต้องการต่อยอดสื่อวีดีทัศน์การจัดการความปวดสองภาษา (ไทย - มลายู) จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ ให้ครอบคลุมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self– regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) สร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ข้อมูลที่มีอยู่ นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย โดยให้ผู้รับบริการเข้าถึงสื่อวีดีทัศน์ในรูปแบบแอปพลิเคชัน แทนการเข้าถึงจากการสแกนรหัสคิวอาร์โคด เนื่องจากรูปแบบแอปพลิเคชันมีหน้าที่การใช้งาน (Function) มากกว่า โดยผู้วิจัยสามารถบรรจุเนื้อหาหรือสื่อวีดีทัศน์หลายอันตามที่ต้องการสื่อสารให้ผู้รับบริการรับทราบและสามารถใช้ได้กับผู้รับบริการทุกกลุ่มการผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะนำแอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกที่จัดทำขึ้นไปทดสอบประสิทธิผลกับผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ เนื่องจาก

ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะได้รับการประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึกและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกเพียง 1 ครั้ง บางรายมีระยะเวลาการรอคอยภายหลังการประเมินจากทีมวิสัญญีนานถึง 3 เดือน ซึ่งระยะเวลารอคอยที่ยาวนานอาจส่งผลให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกลดลง และในทางตรงกันข้ามอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น และที่สำคัญภายหลังการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการจะต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ดังนั้นการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การจัดการความปวดด้วยตนเอง โดยการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในแอปพลิเคชันที่สามารถใช้งานได้ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้รับบริการ สามารถสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและเป็นช่องทางที่ทำให้ทีมวิสัญญีประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการผ่านทางแอปพลิเคชันได้ แอปพลิเคชันที่จัดทำขึ้นจะเพิ่มคุณภาพการสื่อสารกับผู้รับบริการได้ทุกระยะของการระงับความรู้สึก มุ่งสู่ความเป็นเลิศของคุณภาพบริการ ก้าวเท่าทันเทคโนโลยีที่ทันสมัย คำนึงถึงความปลอดภัยตามมาตรฐาน เพื่อผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และในอนาคตอาจครอบคลุมถึงพหุภาษาของประชากรในจังหวัดสตูล ประชากรในพื้นที่ชายแดนใต้ และประชากรของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับแอปพลิเคชันและกลุ่มที่ไม่ได้รับ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มที่ได้รับแอปพลิเคชันก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มที่ไม่ได้รับแอปพลิเคชันก่อนและหลังการทดลอง

สมมติการวิจัย

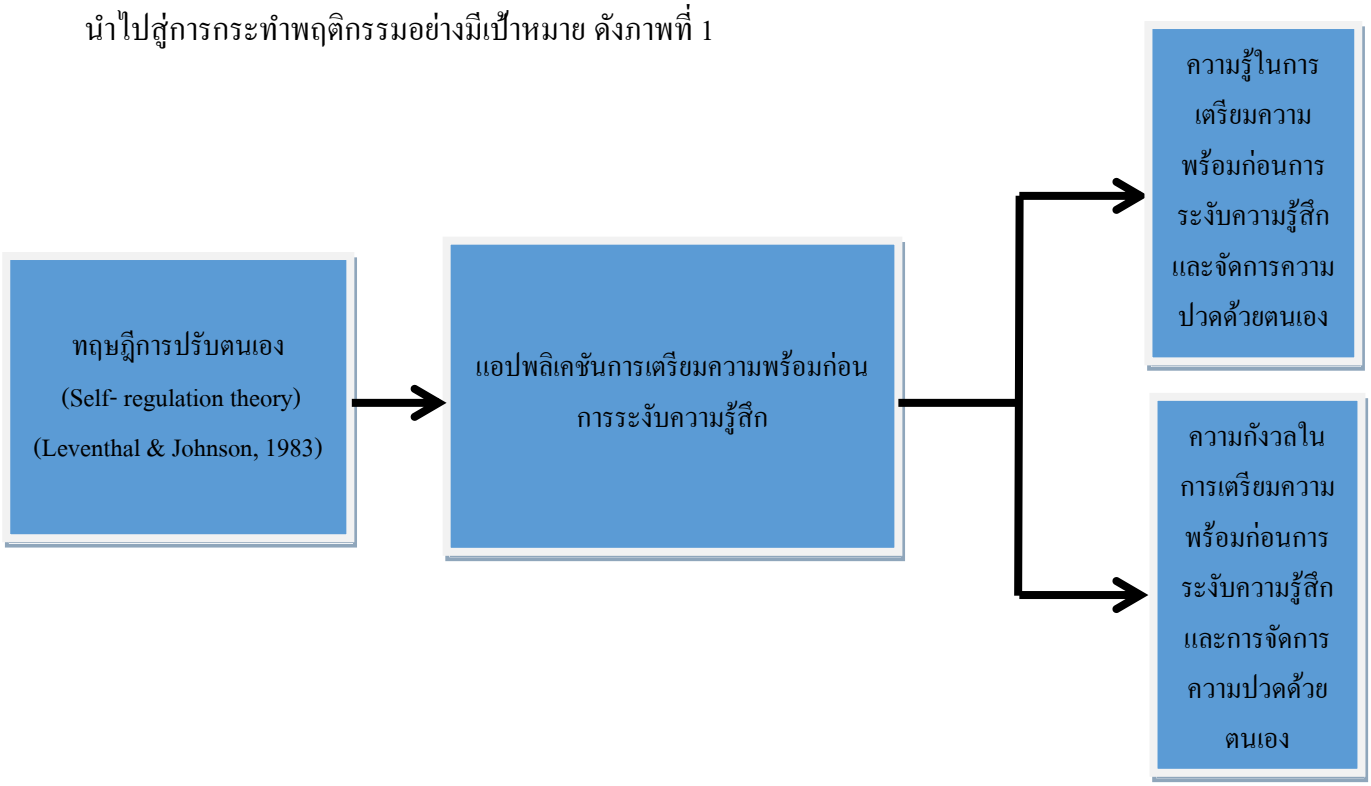
1. ผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับกลุ่มที่ได้รับแอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าและมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่กลุ่มที่ไม่ได้รับแอปพลิเคชัน

2. ผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับกลุ่มที่ได้รับแอปพลิเคชันภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าและค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลอง

3. ผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับกลุ่มที่ไม่ได้รับแอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self– regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งมีมโนทัศน์หลักเกี่ยวกับการสร้าง แบบแผนความรู้ความ เข้าใจ (Schema) หรือภาพในจินตนาการ (Mental image) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ซับซ้อนที่มนุษย์สร้างขึ้นจากประสบการณ์ ต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่สร้าง ขึ้นจะเป็นตัวชี้นำความสนใจของมนุษย์ เพื่อเป็นแนวทาง ในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ข้อมูลที่มีอยู่นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสตูล เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ได้รับการระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ได้รับการระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดจากทีมวิสัญญี โรงพยาบาลสตูล คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่า effect size จากค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกของ Dumkoengtham et al. (2021)ได้เท่ากับ 0.94 และกำหนดอำนาจการ ทดสอบ 80 % ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือถอนตัว ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน โดยมีคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

คุณสมบัติการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่อง และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 2) ไม่มีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีมาก่อน และ 3) อายุตั้งแต่ 18 - 60 ปีและแพทย์พิจารณาให้สามารถผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 4) มีสมาร์ตโฟนที่สามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันได้

คุณสมบัติที่ต้องคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) ผู้รับบริการทำกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด และ 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่รุนแรงจากจากการผ่าตัดหรือระงับความรู้สึกและแพทย์ตัดสินใจให้ admit เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก สำหรับข้อมูลที่ถูกบรรจุในแอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ได้แก่ 1) สื่อวีดีทัศน์การเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึกมีทั้งภาษาไทยและภาษามลายู 2) สื่อวีดีทัศน์การจัดการความปวดมีทั้งภาษาไทยและภาษามลายู 3) แบบประเมินความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก 4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด / การระงับความรู้สึกและ 5) ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่วิสัญญี ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ตัวอย่างหน้าแรกแอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับสุขภาพ (ASA) ประเภทการผ่าตัด และวิธีระงับความรู้สึก

2. แบบสอบถามความรู้ก่อนการระงับความรู้สึก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้ เลือกตอบว่าข้อคำถามนั้นถูกหรือผิด โดยตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ มีจำนวน 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและคุณภาพสื่อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่เวชนิทัศน์ 1 ท่าน ทำการประเมินคุณภาพของสื่อ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 หมายถึง คุณภาพสื่ออยู่ในระดับดีมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามความรู้ก่อนการระงับความรู้สึกและแบบสอบถามความวิตกกังวล ได้รับการตรวจสอบ ความตรงความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) มาแล้ว โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาล 2 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลหอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม 1 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ

จากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามความรู้ก่อนการระงับความรู้สึกและแบบสอบถามความวิตกกังวลไปทดสอบกับผู้รับบริการที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แบบสอบถามความรู้ก่อนการระงับความรู้สึกหาค่าความเที่ยงโดยการใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (K-R 20) ของ Kuder and Richardson (1937) ได้ค่าความเที่ยง 0.72 และแบบสอบถามความวิตกกังวลหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลสตูลเลขที่ ETA0006 / 66 วันที่ให้การรับรอง 13 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วนและครอบคลุม ในเรื่องวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการ และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมวิจัยในระหว่างร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสตูล เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.1 กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันฯในผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ไม่มีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีมาก่อน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่1) ผู้รับบริการที่แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจะส่งมาเตรียมความพร้อมและประเมินร่างกายก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกที่แผนกวิสัญญี (Pre-operation) ก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน ภายหลังการประเมินความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ผู้รับบริการจะทำแบบสอบถามประเมินความรู้และความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเอง ก่อนการใช้แอปพลิเคชัน ฯ หลังจากนั้นผู้รับบริการจะได้รับแอปพลิเคชันฯกลับไปศึกษาคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดต่อที่บ้าน

ครั้งที่ 2 (วันผ่าตัด) เป็นการดูแลและประเมินผู้ป่วยซ้ำหน้าห้องผ่าตัดพร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยในการระงับความรู้สึกจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น โดยเมื่อผู้รับบริการมาถึงห้องผ่าตัด (ก่อนการ

ระงับความรู้) ผู้รับบริการจะทำแบบสอบถามประเมินความรู้และความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเอง หลังการใช้แอปพลิเคชัน ฯ

2.2 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ คือกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชัน ฯในผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ไม่มีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีมาก่อน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่1) ผู้รับบริการที่แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจะส่งมาเตรียมความพร้อมและประเมินร่างกายก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกที่แผนกวิสัญญี (Pre-operation) ก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน ภายหลังการประเมินความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ผู้รับบริการจะทำแบบสอบถามประเมินความรู้และความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 2 (วันผ่าตัด) เป็นการดูแลและประเมินผู้ป่วยซ้ำหน้าห้องผ่าตัดพร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยในการระงับความรู้สึกจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น โดยเมื่อผู้รับบริการมาถึงห้องผ่าตัด (ก่อนการระงับความรู้สึก) ผู้รับบริการจะทำแบบสอบถามประเมินความรู้และความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของข้อมูล เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับสุขภาพ และ ชนิดการผ่าตัดโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

2. สถิติวิเคราะห์ เมื่อทดสอบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ใช้การทดสอบและกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่มโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33 และ ร้อยละ 63.33 ตามลำดับ) อายุโดยเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันคือ 49.03 ปี และ

46.33 ปี การศึกษาในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.66) การศึกษาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี อาชีพของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ30 เท่ากัน) ระดับสุขภาพทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ53.33และร้อยละ66.66 ตามลำดับ) ชนิดการผ่าตัดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ คือการผ่าตัด Excision Breast Mass (ร้อยละ 33.33 และ ร้อยละ 46.66 ตามลำดับ) และประเภทการระงับความรู้สึกทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ คือ การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (GA) (ร้อยละ 56.66 และ ร้อยละ 63.33 ตามลำดับ)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 1)

Table 1 General information

Demographic information	Experimental group (n1=30)		Control group (n2=30)		p-values
	Quantity	Percentage	Quantity	Percentage	
Gender					.297[a]
Male	11	36.66	14	46.66	
Female	19	63.33	16	53.33	
Age (years)	(M=46.33, SD=11.07, min=26, max=64)		(M=49.03, SD=9.70, min=28, max=66)		.655[b]
Education level					.287[a]
Primary education	5	16.66	7	23.33	
Secondary education	10	33.33	14	46.66	
Bachelor's degree	15	50	9	30	
Occupation					.951[a]
Government service	6	20	4	13.33	
State enterprise	3	10	3	10	
Trade	9	30	9	30	
Agriculture	3	10	5	16.66	
Work for hire	3	10	4	13.33	
Personal business	6	20	5	16.66	
Health level (ASA class)					.292[a]
1	20	66.66	16	53.33	
2	10	33.33	14	46.66	

Demographic information	Experimental group (n1=30)		Control group (n2=30)		p-values
	Quantity	Percentage	Quantity	Percentage	
Type of Operation					.766[a]
Excision Breast Mass	14	46.66	10	33.33	
Excision Lipoma	2	6.66	3	10	
Hemorrhoid	7	23.33	6	20	
Hernioplasty	5	16.66	8	26.66	
LC	2	6.66	3	10	
Type of Anesthesia					.598[b]
GA	19	63.33	17	56.66	
SB	11	36.66	13	43.33	

a = Pearson Chi-square, b = Independent t-test

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลฯน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะเดียวกันกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ฯ และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ฯ ทั้งก่อนและหลังทดลอง (Table 2)

Table 2 Comparison of mean knowledge scores and anxiety in preparing for anesthesia and self – managing pain. Before and after the experiment using paired t-test statistics

Sample group	n	Before the experiment			After the experiment			t	df	P-value
		Min-Max	Mean	S.D.	Min-Max	Mean	S.D.			
Knowledge of pre-anesthesia preparation and self-management of pain.										
Experimental group	30	7-12	10.30	1.05	11-15	13.10	1.51	8.968	58	<.001
Control group	30	7-12	10.40	2.34	8-12	10.20	1.09	0.512		.613
Anxiety in pre-anesthesia preparation and pain self-management.										
Experimental group	30	36-45	39.33	1.95	28-38	33.70	2.00	11.780	58	<.001
Control group	30	36-45	38.96	1.88	37-44	39.50	1.79	1.404		.171

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯในกลุ่มทดลองมากกว่า และมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะเดียวกันไม่มีความแตกต่าง

ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯ และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ฯ ในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Table 3)

Table 3 Comparison of mean knowledge scores and anxiety in preparing for anesthesia and self – managing pain in the experimental group and control group using independent t – test statistics

Sample group	n	Experimental group			Control group			t	df	P-value
		Min-Max	Mean	S.D.	Min-Max	Mean	S.D.			
Knowledge of pre-anesthesia preparation and self-management of pain.										
Before the experiment	30	7-12	10.30	1.05	7-12	10.40	2.34	.213	58	.832
After the experiment	30	11-15	13.10	1.51	8-12	10.20	1.09	-8.490		<.001
Anxiety in pre-anesthesia preparation and pain self-management.										
Before the experiment	30	36-45	39.33	1.95	36-45	38.96	1.88	-.740	58	.462
After the experiment	30	28-38	33.70	2.00	37-44	39.50	1.79	11.811		<.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เนื่องจากแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นอำนวยความสะดวกในการบรรจุข้อมูลสำหรับการประเมินผู้รับบริการและการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแก่ผู้รับบริการก่อนการระงับความรู้สึก โดยออกแบบมาสำหรับอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่อัจฉริยะต่าง ๆ เช่น สมาร์ตโฟน (Smart phone), แท็บเล็ต (Tablet), ไอแพด (I-pad) การสร้างสื่อในการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้แล้วสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจจัดเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้อย่างเป็นระบบระเบียบตามประสบการณ์ที่ได้จากข้อมูลเตรียมความพร้อมทำให้คาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนซึ่ง Leventhal and Johnson (1983) พบว่า การให้ข้อมูลทั่วไปเพื่อเตรียมความพร้อมจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ความรู้สึกและลดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าการสร้างสื่อในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สื่อวีดีทัศน์ สื่อแอนิเมชัน ที่มีการนำเสนอที่ประกอบด้วยภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ข้อความ และเสียงบรรยาย จะทำให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย (Dumkoengtham et al., 2021; Inthiyot et al., 2021; Ingthaisong, 2021; Sanguanwongwan & Unratana, 2019) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึกและจัดการความปวดด้วยตนเองในกลุ่มทดลองมากกว่า และมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในการเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึกและจัดการความปวดด้วยตนเองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สนับสนุนผลการวิจัยที่พบว่า สื่อที่ผู้ป่วยให้ความสนใจและมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลมากที่สุดคือ สื่อโทรทัศน์หรือวีดีโอเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด โดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทย และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยสื่อวีดีทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยหลังการรับชมสื่อวีดีทัศน์ สูงกว่าก่อนการรับชมสื่อวีดีทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Assawaboonyadech et al., 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาผลการเปรียบเทียบความรู้และความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดีทัศน์โปรแกรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาต้อกระจก พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังการสอนพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถสูงกว่า (Tawatwattananun & Binhosen, 2020) สำหรับผลของสื่อวีดีทัศน์ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั้น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้ใช้สื่อวีดีทัศน์ร่วมกับการให้คำแนะนำโดยวิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากวิสัญญีพยาบาลเพียงอย่างเดียว ที่เป็นเช่นนี้ เพราะความวิตกกังวลเป็นกลไกการตอบสนองตามธรรมชาติของบุคคล ที่รู้สึกว่าจะได้รับอันตราย ซึ่งการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่เกิดความปลอดภัยและเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายแก่ชีวิตมีการวิจัยพบว่าถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยขาดการเสริมพลังอำนาจในตนเอง (Dumkoengtham et al., 2021; Pakokthom et al., 2023; Termpornlerd & Waleeprakhon, 2020; Photipun et al., 2021) และมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างไม่เหมาะสม ดังนั้นการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการใช้สื่อวีดีทัศน์ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ล่วงหน้าก่อนที่จะให้วิสัญญีพยาบาลมาให้คำแนะนำจึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและวิธีการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด ได้ดีกว่าการให้วิสัญญีพยาบาลให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว จากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจดีมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง (Puttaruk, 2021)

นอกจากนี้แอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นยังมีเนื้อหาในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกที่สำคัญได้แก่ ได้แก่ 1) สื่อวีดีทัศน์การเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก ทั้งภาษาไทย และภาษามลายู เป็นการให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดชายแดนใต้ ที่ใช้ภาษาในการสื่อสารทั้งภาษาไทยและภาษามลายู โดยเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดจะใช้ภาษามลายูในการสื่อสารเป็นหลัก จะทำให้ผู้รับบริการเข้าใจ มีความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าระงับความรู้สึกสอดคล้องกับการศึกษาของ Dumkoengtham et al. (2021) ; Prajit, et al. (2020); Nagsuwan and Bunsanong (2022) ที่ใช้สื่อวีดีทัศน์ในการเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการก่อนการระงับความรู้สึก พบว่าคะแนนความรู้โดยรวมกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และ

คะแนนความวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (Pakokthom et al., 2023; Prasert, 2022) และหากเป็นสื่อวีดีทัศน์ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มแล้ว ยิ่งทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น 2) สื่อวีดีทัศน์การจัดการความปวดทั้งภาษาไทยและภาษามลายู จะทำให้ผู้รับบริการเข้าใจกลไกการเกิดความปวด การใช้ยาบรรเทาปวดที่ถูกต้องรวมถึงสามารถเลือกวิธีการในการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละรายได้ด้วยตนเอง สื่อวีดีทัศน์การจัดการความปวดที่จัดทำขึ้นมีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายทั้งภาษาไทยและภาษามลายู 3) แบบประเมินความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก เป็นแบบประเมินในรูปแบบ google form สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว หากผู้รับบริการมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก สามารถเลื่อนการผ่าตัดผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยเสียเวลามาโรงพยาบาล 4) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด/การระงับความรู้สึก เป็นแบบประเมินในรูปแบบ google form โดยผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดหรือการระงับความรู้สึกผ่านทาง google form ได้ตลอดเวลา ข้อดีของการกรอกข้อมูลปัญหาลงใน google form คือสามารถใส่ภาพ เช่น ภาพแผลผ่าตัดที่ผิดปกติ หรือภาพของลักษณะผื่นแพ้ยาที่เกิดจากยาที่ผู้รับบริการรับประทานภายหลังการผ่าตัด ทั้งยาฆ่าเชื้อและยาบรรเทาปวด และ 5) ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่วิสัญญีในแอปพลิเคชันจะลิงค์ที่สามารถเชื่อมไปยังแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้รับบริการสามารถติดต่อไปยังแผนกวิสัญญีได้ทุกเวลา เนื่องจากมีวิสัญญีพยาบาลให้บริการตอบคำถามตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการสามารถถามคำถามที่สงสัยในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก หรือสามารถสอบถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติภายหลังการระงับความรู้สึกได้จากช่องทางนี้

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ข้อสรุปว่า แอปพลิเคชันการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกต่อความรู้ ความวิตกกังวลในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ไม่มีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีมาก่อน โดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self– regulation theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) มาสร้างสื่อการสอนรูปแบบวีดีทัศน์ในการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกในผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับเพื่อให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีความรู้ สามารถปฏิบัติตนในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดด้วยตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย นอกจากนั้นยังช่วยลดความวิตกกังวลต่อการเข้ารับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดอีกด้วย นอกจากนี้จุดเด่นของแอป

พลิเคชันคือการใช้สื่อวีดีทัศน์การสอนสองภาษา คือภาษาไทยและภาษามลายู ซึ่งเหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทจังหวัดชายแดนใต้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิสัญญีพยาบาลสามารถใช้แอปพลิเคชันนี้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อลดระยะเวลาการให้ข้อมูล และการป้องกันการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจ มีความรู้ ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกได้มากขึ้น และควรมีการเผยแพร่ และพัฒนาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในสาขาอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลแอปพลิเคชันนี้ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาการให้ข้อมูลผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

รายการอ้างอิง (References)

Anesthesia statistics at Satun Hospital. (2023). *Anesthesia Department, Satun Hospital 2017-2023*. Author.

Assawaboonyadech, A., Supajitgulchai, D., & Puranawit, W. (2022). Video education for cataract surgery patients implementing post-operative self-care. *Burapha Journal Medicine, 9*(1), 13 - 27. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BJmed/article/view/247728

Deeudom, P., Promnoi, K., Onkham, K., & Jumpa, K. (2022). The Effect of Development Pre-Operative Nursing Care Guideline for Operating Room Nurse on the Postponement of Surgery in Uttaradit Hospital. *Health science clinical research, 37*(1), 96 - 106. https://doi.org/10.1016/hscr.v37i1.257256

Dumkoengtham, S., Honsamsijad, Y., & Thungjaroenkul, P. (2021). Effect of Using Video Media to Prepare the Patient Before Undergone Anesthesia on Knowledge and Anxiety in Orthopedic Surgery Patients, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, *29*(1), 50 - 64. https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10682

Ingthaisong, T. (2021). The effectiveness of using pre-anesthetic preparation program on knowledge and behavior of primigravida mothers receiving spinal anesthesia for Cesarean section. *Nursing, Health, and Education Journal, 4(*2), 16 - 25. https://he02.tci-thaijo.org/index.php /NHEJ/article/view/251385

Inthiyot, K., Chanruangvanich, W., Wongkongkam, K., & Oranratanaphan, S. (2021) . Impact of Combined Application of Cold Compression and Abdominal Binder as a Pain Management Method on Pain Levels and Postoperative Ambulation in Gynaecological Patients Having Undergone Open Abdominal Surgery. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 36*(3), 83 - 102. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/250305

Kuder, G., & Richardson, M. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika Springer The Psychometric Society, 2*(3), 151 - 160. http://doi.org/10.1007/BF02288391

Leventhal, H., & Johnson, J.E. (1983) . Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P.J. Wooldridge, M.H. Schmitt, J. K. Skipper, and R. C. Leonard (Ed.), *Behavioral science and nursing theory* (pp.189 - 262). Mosvy Company.

Nagsuwan, P., & Bunsanong, T. (2022). Effects of a preoperative teaching program using multimedia in patients receiving anesthesia. *Army Nursing Journal, 23*(1), 446 – 454. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/249979.

Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014) . Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*, *14,* 67. https://doi.org/10.1186/1471-2482-14-67

Pakokthom, B., Puasr, S., & Khamwaen, N. (2023) . Effectiveness of multimedia pre-anesthetic information on pre-operative anxiety in patients undergoing surgery. *Journal of Nursing and Health Care, 41*(2), 1 - 12. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/263044

Photipun, U., Toskulkao, T., & Changmai, S. (2021). The effects of caring generosity program on anxiety and patient cooperation in coronary angiography. *Charoenkrung Pracharak Hospital Journal, 17*(2), 89 - 102. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/251647

Prajit, J., Wanchai, A., Suwannachat, S. (2020) . The effects of Vedeo Media Use in Patients Undergoing Anesthesia for Surgery on the Patients Knowledge and Satisfaction with the Media. *Journal of Health and Nursing Education, 26*(1) , 45 - 57. https://he02.tci-thaijo.org /index.php/ Jolbcnm/article/view/242917/165165.

Prasert, Y. (2022). *Effects of Self-regulation Program via Line Application on Anxiety, Cooperative Behaviors, and Duration of Examination in Patients Undergoing Bronchoscopy*. [Master's thesis] Rangsit University

Puttaruk, W. (2021) . The Effect of Readiness Pattern of Care for Patients Undergoing General Anesthesia on Stateb Anxiety in Srisangwornsukhothai Hospital Sukhothai Province. *Nursing Journal, 48*(1), 269 - 280. https://he02.tci thaijo.org/index.php/cmunursing/article/ view/ 248694.

Sanguanwongwan, S., & Unratana, K. (2019). Effectiveness of Mixed-Media Video and Animation to Provide Information for Patients Undergoing Cesarean Section Using Spinal Anesthesia, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. *Journal of Health Science, 28*(3), 488 - 498. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/260520/180275.

Tawatwattananun, A., & Binhosen, V. (2020) . The Outcome of Use Video for Pre-Operationon Anxiety in Non-Admission Patient Cataract Surgery. *Maharat Nakhon Si Thammarat Medical Journal, 3*(2), 19 - 29. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/ 248258/168122.

Termpornlerd, N., & Waleeprakhon, P. (2020). Effect of an Educational Video in Reducing Anxiety Related to Electroconvulsive Therapy. *The Journal of ThePsychiatric Association of Thailand, 65*(2), 153 - 166. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/243548.

ผลของการใช้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ต่อความรู้ และทัศนคติในการรับวัคซีน ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่มาฉีดวัคซีนตามนัดในจังหวัดนราธิวาส

Effects of Using the Bilangual (Thai - Malayu) Cartoon Animation on Knowledge and Attitudes Towards Vaccination among Caregivers of Children' Delayed Vaccination Schedules in Narathiwas Province

วนิสา หะยีเซะ[1*], ฮัมดี มาแย[1]

Wanisa Hayeese[1*], Hamdee mayae[1]

(Received: September 25, 2024; Revised: November 28, 2024; Accepted: December 11, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ต่อความรู้ ทัศนคติในการรับวัคซีนตามวัย และความพึงพอใจของการ์ตูนแอนิเมชัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสที่ไม่พาเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือการ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ออกแบบตามกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ประกอบด้วยกระบวนการ 1) การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก (Empathize) 2) การกำหนดปัญหา (Define Problem) 3) การสร้างความคิด (Ideate) 4) การสร้างต้นแบบ (Prototype) และ 5) การทดสอบ (Test) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการทดสอบ Pair t- test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และทัศนคติต่อการรับวัคซีน หลังใช้สื่อการเรียนรู้ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.26$, $t = 1.87$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) และมีความพึงพอใจในการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน อยู่ในระดับมาก ($M = 4.54$, $S.D. = 1.02$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) สามารถเป็นสื่อการเรียนรู้อีกรูปแบบหนึ่งที่ผู้ดูแลเด็ก

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[1]Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

[*]Corresponding Author: wanisa.h@pnu.ac.th

มีความเพลิดเพลินในการเรียนรู้ เนื่องด้วยรูปแบบการนำเสนอจะถ่ายทอดเป็นเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งใช้ภาษาที่เหมาะสมกับในกลุ่มประชาชนสามจังหวัดชายแดนใต้

คำสำคัญ: การ์ตูนแอนิเมชัน, 2 ภาษา (ไทย - มลายู), วัคซีน, คิดเชิงออกแบบ

Abstract

The quasi-experimental research aimed to investigate the effects of using bilangual (Thai-Malayu) cartoon animation on knowledge and attitudes towards age-appropriate vaccinations as well as cartoon animation satisfaction. Samples were 32 parents of children aged zero to five years old who postponed their children's immunization schedules and resided in the Narathiwas province. The design thinking method of: 1) empathizing; 2) defining the problem; 3) ideating; 4) prototyping; and 5) testing was used to develop the bilingual (Thai-Malayu) cartoon animation that served as the trial's instruments. The instruments used to collect the data included a knowledge measurement, an attitude questionnaire and satisfaction questionnaire.Data were analyzed by using average, standard deviation, Pair t-test.

The results showed that samples' average scores of knowledges and attitude toward vaccination were statistically significantly higher after using the program ($t = 1.26$, $t = 1.87$, $p<0.05$, respectively), and they were highly satisfied with the use of the bilingual (Thai-Malayu) cartoon animation ($M = 4.54$, $SD = 1.02$). According to the study's findings, caregivers may find it particularly enjoyable to learn from bilingual (Thai-Malayu) cartoon animation since it tells a true story that they can employ in their everyday lives. Additionally, it uses a language that is acceptable for the people living in the three southern border provinces.

Keywords: Cartoon animation, Bilnagual (Thai - Malayu), Vaccine, Design thinking

บทนำ

เด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญของชีวิต เป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ เป็นช่วงวัยที่มีความอยากรู้ อยากเห็น อยากลอง (Siriwanbut, 2018) โดยเมื่อเด็กอายุมากขึ้น เด็กเหล่านี้ก็จะเริ่มเข้าสู่สังคมมากขึ้น ส่งผลให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อด้วยโรคติดต่อมากยิ่งขึ้นเช่นกัน ซึ่งวัคซีนได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นเครื่องมือสำคัญใน

การควบคุมและกำจัดโรคติดเชื้อที่คุกคามชีวิต การได้รับวัคซีนยังถือว่ามีบทบาทสำคัญในการช่วยป้องกันโรคติดเชื้อร้ายแรงในมนุษย์โดยเฉพาะวัคซีนพื้นฐานที่เด็กแรกเกิด - 5 ปี ควรได้รับตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ (Ministry of Public Health, 2023) ดังนี้ 1) วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) 2) วัคซีนตับอักเสบบี (HB) 3) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (DTP-HB-HIB) 4) วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) 5) วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV) 6) วัคซีนหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) 7) วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี (LAJE) และ 8) วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโรต้า (Rotavirus vaccine) เป็นต้น ซึ่งการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน เป็นกลวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูงและมีความคุ้มค่ามากที่สุด ประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยได้ใช้วัคซีนเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและควบคุม ตลอดถึงการกำจัดและกวาดล้างโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญอย่างได้ผลดี (Ministry of Public Health, 2023) และได้กำหนดเป้าหมายให้อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในกลุ่มเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี แต่ละชนิดครบชุดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ยกเว้น MMR จะต้องได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 (National Vaccine Institute, 2023)

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ตามรายงานของ Unicef (2022) ที่รายงานพบว่า 1) ความครอบคลุมทารกแรกเกิด ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค พบร้อยละ 98.9 % (ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 98.4 %) 2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พบร้อยละ 33.6 % (ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 89.3 %) 3) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน พบร้อยละ 38.6 % (ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 88.7 %) 4) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด พบร้อยละ 62.4 % (ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 92.8 %) 5) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบชนิดบี พบร้อยละ 33.1 % (ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 85.7 %) ซึ่งจะเห็นได้ว่าต่ำกว่าเกณฑ์ในเกือบทุกชนิดของวัคซีน จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลไม่นำเด็กมารับวัคซีนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ 1) ผลข้างเคียงจากการได้รับวัคซีน เช่น อาการไข้ งอแง บวม แดง บริเวณที่ฉีด ทำให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็ก (Daya et al., 2018) 2) ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน เช่น ผู้ดูแลยังเกิดความสงสัยในส่วนประกอบของวัคซีนว่าฮาลาลหรือไม่ ไม่รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้จากการได้รับวัคซีน การได้รับข่าวสารที่บิดเบือนเกี่ยวกับวัคซีนจากกลุ่มที่ต่อต้านวัคซีน เป็นต้น (Jinarong et al., 2023; Domang & Prateepko, 2019) และ 3) พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และระบบการติดตาม เช่น การให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน การใช้ภาษาที่เข้าใจยาก สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ดูแลที่ไม่คุ้นเคย ระยะเวลาในการให้บริการที่ช้า เป็นต้น (Langputeh et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของนักวิจัยจากการสัมภาษณ์ พบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้ดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (กลุ่มที่ 1) ผู้ดูแลมารับวัคซีนแต่ไม่ต่อเนื่อง โดยมักให้เหตุผลว่า “ฉีด

วัคซีนไปบ้างแล้วภูมิคุ้มกันน่าจะมีแล้ว" "บุตรแข็งแรงมากไม่เคยเจ็บป่วย ไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนต่อเนื่อง" "ผิดนัดไปก่อนหน้านี้แล้ว ไม่ทราบว่าต้องทำอย่างไร" (กลุ่มที่ 2) ผู้ดูแลอยู่ต่างพื้นที่ทำให้ไม่สะดวกพาบุตร โดยให้เหตุผลว่า *"หลังฉีดวัคซีนหากเด็กมี ไข้ ปวด งอแง จะเกิดความยากลำบากกับคนอื่นๆ ที่ต้องดูแลบุตร"* (กลุ่มที่ 3) ผู้ดูแลไม่ยินยอมให้ฉีดวัคซีน โดยให้เหตุผลว่า *"ผู้สูงอายุในบ้านไม่มั่นใจในวัคซีนว่าจะฮาลาล และสามารถป้องกันเชื้อโรคได้"* สาเหตุส่วนใหญ่ที่พบในพื้นที่ คือ ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมารับวัคซีนนั่นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบสื่อการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเรื่องวัคซีนที่ใช้ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งมีวัฒนธรรมการใช้ภาษามลายูเป็นหลัก โดยมากมักใช้รูปแบบการอบรมให้ความรู้ในกลุ่มต่าง ๆ เช่น อบรมคู่สมรสเกี่ยวกับความรู้เรื่องการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยมีมัสยิดเป็นหลักในการขับเคลื่อน ซึ่งจะใช้ภาษามลายูเป็นหลักในการอบรม (Langputeh et al., 2023) หรือในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) จะมีการเตรียมคู่มือ เอกสารต่าง ๆ ในการประกอบให้ความรู้ (Himma & Choeibuakaew, 2022) และพัฒนาเทคนิคการสื่อสารต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ในการอธิบายถึงความสำคัญ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียง และการเสริมทักษะการจัดการกับอาการไม่สุขสบายภายหลังได้รับวัคซีน อีกทั้งยังมีการใช้สื่อออนไลน์ในการรวมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อสื่อสารเรื่องวัคซีน การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนและติดตามเมื่อไม่มาตามนัด ซึ่งรูปแบบในการส่งเสริมความรู้และความเข้าใจนั้น (Hajietae & Langputed, 2020; Daya et al., 2019) ยังเป็นรูปแบบการอบรมให้ความรู้ในกลุ่มที่หลากหลาย เช่น ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพ่อแม่มือใหม่ เป็นต้น โดยใช้เอกสารประกอบการให้ความรู้ ในส่วนของการใช้เทคโนโลยีนั้น ก็จะเป็นการสร้างไลน์กลุ่มเพื่อติดตาม และให้ความรู้ต่าง ๆ เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว นักวิจัยต้องการพัฒนาแหล่งให้ความรู้ที่ผู้ดูแลเด็กเข้าถึงง่าย เข้าใจด้วยภาษาที่มีความเฉพาะของพื้นที่ (ภาษามลายู) โดยสามารถเข้าไปศึกษาในแอปพลิเคชันยูทูบ (You tube) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน อีกทั้งยังนำเสนอในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน เพื่อให้เด็กและผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ไปพร้อมกัน เพื่อไม่เกิดความน่าเบื่อในการเรียนรู้ เด็กก็สามารถเรียนรู้ไปพร้อมกันผู้ดูแล ซึ่งการให้ความรู้ในรูปแบบที่น่าสนใจ เข้าใจง่ายทั้งด้านเนื้อหา และภาษาย่อมส่งผลให้ผู้ดูแล มีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น (Hayeese et al., 2012) อาจจะช่วยให้ผู้ดูแลนำเด็กมารับวัคซีนตามนัดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการเกิดโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็กได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องปัจจัยต่างๆ ที่ผู้ดูแลไม่นำเด็กมารับวัคซีนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้พบว่า ผู้ดูแลกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการได้รับวัคซีน ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของวัคซีน และเกิดข้อสงสัยในส่วนประกอบของวัคซีน ตลอดจนพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ทั้งเรื่องการอธิบาย การใช้ภาษา และระยะเวลาในการรอคอย เป็นต้น (Daya et al., 2018; Jinarong et al., 2023; Domang & Prateepko, 2019; Langputeh et al, 2020) โดยครอบคลุมเนื้อหาการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข 2567 (Ministry of Public Health, 2023) เพื่อการพัฒนาออกแบบสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ดูแลตามช่วงอายุของเด็กในการมารับวัคซีน

การออกแบบสื่อการเรียนรู้ตามแนวคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เป็นกระบวนการคิดเพื่อประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่บุคคลเผชิญในชีวิตประจำวันได้ (Wongwanich, 2023) ประกอบด้วย

1. การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก (Empathize) คือการเข้าถึง เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ของผู้ดูแลเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามารับวัคซีน

2. การกำหนดปัญหา (Define Problem) คือการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลในสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ความต้องการของผู้ดูแลเด็กและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดรูปแบบในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ ฯ

3. การสร้างความคิด (Ideate) คือการออกแบบโดยการทำงานร่วมกัน ทั้งผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่และนักวิจัย เพื่อระดมความคิดในการสร้างสื่อการเรียนรู้ฯที่เข้าใจง่าย ง่ายต่อการเรียนรู้และช่องทางการเข้าถึง

4. การสร้างต้นแบบ (Prototype) คือการสร้างสื่อการเรียนรู้ ในรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลเด็ก ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง

5. การทดสอบ (Test) คือการทดสอบการใช้สื่อการเรียนรู้ ฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ และทัศนคติที่ดีในการฉีดวัคซีนตามวัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ตัวแปรต้นคือ สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย ตัวแปรตามคือ ความรู้ ทัศนคติ และ ความพึงพอใจในการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลเด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กหลัก 2) มีโทรศัพท์และสามารถใช้โทรศัพท์ หรือเปิดแอปพลิเคชัน Youtube ได้ และ 3) ไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีนเกิน 2 ช่วงอายุ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า Effect size จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนานวัตกรรมสื่อให้ความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดด้วยสื่อ 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Hayeese et al., 2023) ได้เท่ากับ 0.45 และกำหนดการทดสอบที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 32 คน ทั้งนี้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการบันทึกเด็กที่ไม่มาตามนัด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ในพื้นที่แต่ละอำเภอของจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 13 อำเภอ โดยอำเภอละ 1 รพ.สต และ รพ.สต ละ 2-3 คน รวมทั้ง 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ เครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือวิจัยสำหรับทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก และเด็กแรกเกิด - 5 ปี

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กแรกเกิด – 5 ปี ประกอบด้วย เพศ อายุปัจจุบัน วัคซีนที่ได้รับครั้งสุดท้าย

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัคซีนตามวัยของเด็กทารก – 5 ปี จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเองให้ข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษาที่พัฒนาขึ้น มีรูปแบบเลือกตอบถูก - ผิด หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 12 คะแนน

การแปลผลคะแนน หากคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.00 – 4.00 คะแนน หมายถึงมีความรู้เรื่องวัคซีนระดับน้อย คะแนน 4.01 – 8.00 คะแนน หมายถึงมีความรู้เรื่องวัคซีนระดับปานกลาง และคะแนน 8.01 – 12.00 คะแนน หมายถึงมีความรู้เรื่องวัคซีนระดับมาก

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับวัคซีนตามวัย จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเองโดยให้ข้อคำถามสอดคล้องกับความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับวัคซีน โดยทบทวนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลพาเด็กมารับวัคซีนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (Daya et al., 2018; Langputeh et al., 2020; Himma & Choeibuakaew, 2022) มีรูปแบบเลือกตอบ 1 – 5 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงทัศนคติที่ดี

4. แบบสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับสื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากงานวิจัยเรื่องการพัฒนานวัตกรรมสื่อให้ความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดด้วยสื่อ2 ภาษา (ไทย - มลายู) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Hayeese et al., 2023) มีรูปแบบเลือกตอบ 1 – 5 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงความพึงพอใจในสื่อการเรียนรู้ ฯ มาก

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยในแบบสอบถามทัศนคติ ฯ และความพึงพอใจฯ แบ่งเป็น 3 ระดับ คำนวณจากค่าส่วนต่างของคะแนนที่มากที่สุดกับน้อยที่สุด และหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ ((5-1)/3) (Srisathitnarakun, 2007) โดยช่วงคะแนนเฉลี่ยแต่ละระดับห่าง กัน 1.33 คะแนน คือคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึงมีทัศนคติที่ดีต่อการมาฉีดวัคซีน หรือความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ฯ ระดับน้อย คะแนน 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการมาฉีดวัคซีน หรือความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ ฯ ระดับปานกลาง คะแนน 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึงมีทัศนคติที่ดีต่อการมาฉีดวัคซีน หรือความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ฯ ระดับมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับทดลอง

การพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับทดลอง ออกแบบตามกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ดังนี้

1. การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก (Empathize) นักวิจัยสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กเกี่ยวกับการมารับวัคซีนของเด็ก และลงพื้นที่ติดตามบ้านเด็กที่ไม่มารับวัคซีน ถึงปัญหาและอุปสรรคในการมารับวัคซีน

2. การกำหนดปัญหา (Define Problem) ผลจากการสัมภาษณ์ และลงเยี่ยมบ้าน โดยสามารถจัดกลุ่มและประเด็นปัญหา ของผู้ดูแลที่ไม่มารับวัคซีนตามนัด ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลมารับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง ประเด็นปัญหาคือ เมื่อผิดนัดแล้วไม่ทราบว่าต้องดำเนินการอย่างไร มีความรู้ความเข้าใจว่า วัคซีนที่ฉีดมีชื่อเหมือนกันน่าจะเป็นวัคซีนชนิดเดียวกัน เป็นต้น

2.2 ผู้ดูแลอยู่ต่างพื้นที่ ประเด็นปัญหาคือ หากเด็กมีไข้ ปวด งอแง หลังได้รับวัคซีนจะทำให้ผู้ดูแลลำบากในการดูแลและไม่ทราบการดูแล ไม่สะดวกในการเดินทางมารับวัคซีน

2.3 ผู้ดูแลไม่ยินยอมให้ฉีดวัคซีน ประเด็นปัญหาคือ ผู้สูงอายุในบ้านไม่สนับสนุนให้ฉีดเนื่องจากไม่มั่นใจในวัคซีนว่าจะฮาลาล

3. การสร้างความคิด (Ideate) นักวิจัยได้มีการวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก โดยนำเสนอเป็นรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา ไทย - มลายู โดยเนื้อหาจะครอบคลุมดังนี้ 1) วัคซีนแต่ละชนิดตามช่วงวัย ให้นำเสนอชนิด วิธีการให้ อาการข้างเคียง การดูแล และการนัดหมายในการฉีดวัคซีนในครั้งต่อไป 2) สถานการณ์ต่าง ๆ ที่พบบ่อยที่เป็นปัจจัยให้ผู้ดูแลไม่นำบุตรมาฉีดวัคซีน เช่น การนำเด็กมาฉีดกรณีผิดนัด ข้อมูลสนับสนุนฮาลาลของวัคซีน เป็นต้น

4. การสร้างต้นแบบ (Prototype) โดยการพัฒนาสื่อแอนิเมชันในรูปแบบการ์ตูน จำนวน 9 ตอน ตอนละ 4 -5 นาที มีให้เลือกทั้งภาษาไทย - ภาษามลายู โดยนักวิจัยพัฒนาขึ้นเอง ดังภาพที่ 1

(ตอนที่ 1) วัคซีนแรกเกิดของหนู (HB1, BCG)

(ตอนที่ 2) วัคซีนรวมป้องกันโรคร้าย (วัคซีน 2 เดือน OPV1, DTP-HB Hib1, Rota1)

(ตอนที่ 3) หลังฉีดวัคซีนมีไข้ ภูมิคุ้มกันยิ่งขึ้น (วัคซีน 4 เดือนOPV2, Rota2, IPV1, DTP-HB-Hib2)

(ตอนที่ 4) เลื่อนฉีดวัคซีนเมื่อร่างกายไม่พร้อม (วัคซีน 6 เดือน OPV3, DTP-HB-Hib3, Rota3)

(ตอนที่ 5) ลืมนัด ก็ย้อนหลังฉีดวัคซีนได้ (วัคซีน 9 เดือน MMR)

(ตอนที่ 6) วัคซีนฮาลาล ฉีดได้อย่ากังวล (วัคซีน 1ปี LAJE)

(ตอนที่ 7) ทำไมหนูต้องฉีดวัคซีนซ้ำ (วัคซีน 1 ปี 6 เดือน DTP4, OPV4, OPV)

(ตอนที่ 8) สะดวกจัง มีฉีดวัคซีนเชิงรุกในชุมชน (วัคซีน 2 ปี 6 เดือน LAJE2)

(ตอนที่ 9) วัคซีนของหนู ก่อนเข้าโรงเรียน (วัคซีน 4 ปี DTP5, OPV5)



ภาพที่ 1 สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู)

5. การทดสอบ (Test) คือการทดสอบการใช้สื่อการเรียนรู้ฯ โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลและเด็กที่เข้ารับวัคซีนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) แห่งหนึ่งในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหา ความสนุก ความน่าสนใจถึงรูปแบบการนำเสนอ โดยสามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ ผ่านแอปพลิเคชันยูทูบ (You tube)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82, 0.91 และ 0.86 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ (Try out) คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ด้วยวิธีการคูเดอร์-ริชาดสัน (Kuder-Richardson) และสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.90, 0.89 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 16 / 2566 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2566 โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการและประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการตอบรับและสามารถปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา นักวิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ แต่ละใช้รหัสแทน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามนักวิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำความรู้จักกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งสิ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน (ศสม) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่ไม่มารับวัคซีนตามนัด อย่างน้อย 2 ช่วงอายุ

2. นัดหมาย อสม. ในพื้นที่นั้น ๆ เพื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูล ที่บ้านของเด็กที่ไม่มาฉีดวัคซีนตามนัด

3. ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดี จะมีให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้และทัศนคติก่อนทดลอง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้าไปศึกษาสื่อการเรียนรู้ ฯ โดยค้นหาได้ในแอปพลิเคชันยูทูบ (You tube) ใช้เวลาในการเรียนรู้ 45 – 60 นาที และนักวิจัยจะให้เวลากับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนกว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจในเนื้อหาและสามารถปฏิบัติตามในการเข้าถึงเนื้อหาในแอปพลิเคชันยูทูบ

4. หลังจากนั้นทำแบบทดสอบความรู้ ทัศนคติ และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังการทดลอง ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความรู้ ทัศนคติ และ ความพึงพอใจ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลการเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติ ก่อน - หลังการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัยใช้สถิติ Paired T-Test โดยได้ตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก พบว่า ทุกคนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 50 ปี (ร้อยละ 53.12) รองลงมาอายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 31.25) ส่วนใหญ่เป็นย่า ยายเป็นผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก (ร้อยละ 62.5) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 68.75) และผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.87) รองลงมามัธยมศึกษาและปริญญาตรี (ร้อยละ18.75)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) เด็กอยู่ในช่วงอายุ 1 – 3 ปี (ร้อยละ 56.25) รองลงมาอายุ 0 – 1 ปี (ร้อยละ 21.87) วัคซีนที่รับครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นวัคซีนแรกเกิด BCG และ HB (ร้อยละ 62.5)

3. ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบด้านความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับวัคซีนตามวัย ก่อนและหลัง การใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ฯ โดยใช้สถิติ Pair T - test ในกลุ่มดูแลเด็ก จำนวน 32 คน พบว่า ก่อนการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ฯ ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนระดับน้อย (M = 3.99, S.D. = 0.03 และทัศนคติที่ดีต่อการมารับวัคซีนระดับน้อย (M = 2.15, S.D. = 0.02)

หลังกลุ่มตัวอย่างใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ฯ พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความรู้เกี่ยวกับวัคซีนระดับปานกลาง (M = 7.09, S.D. = 3.99) และทัศนคติที่ดีต่อการมารับวัคซีนระดับปานกลาง (M = 3.65, S.D. = 1.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.26, t = 1.87, $p < 0.05$ ตามลำดับ) (Table 1)

Table 1. Comparison of knowledge and attitudes before and after using bilingual (Thai - Malayu) using paired T-test statistics in the caregivers of children group (n = 32)

Dependent variable	Before using learning media		Level	After using learning media		Level	t
	Mean	SD		Mean	S.D.		
Knowledge about vaccine	3.99	0.03	little	7.09	3.99	moderate	1.26*
Positive attitude towards vaccination	2.15	0.02	little	3.65	1.99	moderate	1.87*

*p<0.05

4. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการสื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัยของผู้ดูแล จำนวน 32 คน พบว่าอยู่ในระดับมาก (M = 4.54, S.D. = 1.02)

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัคซีนตามวัยของเด็กทารก – 5 ปี ระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย

พบว่าผู้ดูแลหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ ฯ มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องด้วยสื่อการเรียนรู้เป็นรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน ที่ถ่ายทอดเรื่องราวเป็นบทละคร เป็นตอน ๆ ละ 4 – 5 นาที โดยสอดแทรกเนื้อหาความรู้ ทั้งชนิดวัคซีน วิธีการให้วัคซีน ประโยชน์ของวัคซีน ภาวะแทรกซ้อนและวิธีการดูแลเบื้องต้นซึ่งอาจมีเนื้อหาที่ซับซ้อนมากและยากแต่รูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันจะทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ (Wongwilaiskul & Tiyaratnachai, 2018) นอกจากนี้การ์ตูนแอนิเมชันมีทั้งเสียงพากษ์ เสียงดนตรีเป็นจังหวะ ภาพเคลื่อนไหว สีสดใส ทำให้เด็กเกิดความสนใจ สนุก ส่งผลต่อให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ไปพร้อมกันกับเด็กได้ด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่า การนำเสนอองค์ความรู้ที่ยาก ซับซ้อน โดยใช้การ์ตูนแอนิเมชัน ที่มีภาพเคลื่อนไหวและเนื้อหาที่ไม่นานจนเกินไป จะทำให้เกิดความเพลิดเพลินในการเรียนรู้ เข้าใจง่าย และจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น (Prabmeechai & Rueagworaboon, 2017; Boonkong, 2023)

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับวัคซีนตามวัย ระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย พบว่าผู้ดูแลหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ ฯ มีทัศนคติที่ดีต่อวัคซีน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 – 50 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถในการเรียนรู้และมีความสนใจในด้านเทคโนโลยี สามารถค้นหาความรู้ในอินเทอร์เน็ตได้คล่องแคล่ว ขณะเดียวกันก็ยังมีความเชื่อเดิมตามผู้สูงอายุในบ้าน ที่ส่วนใหญ่ไม่สนับสนุนการได้รับวัคซีน (Langputeh et al., 2020) ทั้งนี้นักวิจัยได้พัฒนาสื่อการเรียนรู้นี้ขึ้น ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่น่าเชื่อถือให้ศึกษา ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านเด็ก และเป็นเนื้อหาที่สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดไว้ (Ministry of Public Health, 2023) อีกทั้งนักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลวิจัยด้วยตนเองสามารถสื่อสารทั้งภาษาไทยและมลายู เมื่อผู้ดูแลมีข้อสงสัยก็จะสามารถสอบถามได้ทันที อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนเพิ่มขึ้น อีกทั้งสื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน มี 2 ภาษา (ไทย - มลายู) ทำให้เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ที่ใช้ทั้งภาษาไทย มลายู ซึ่งเป็นภาษาหลักในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสได้เรียนรู้ไปพร้อมกัน (Hayeese et al., 2012) นอกจากนี้บทละคร ที่นำเสนอในการ์ตูนแอนิเมชัน จะสอดแทรกเรื่องราวความเชื่อ ทัศนคติต่อการมารับวัคซีน ตัวอย่างเช่น ตอนที่ 3 หลังฉีดวัคซีนมีไข้ ภูมิคุ้มกันยิ่งขึ้น และ ตอนที่ 6 วัคซีนฮาลาล ฉีดได้อย่ากังวล เป็นต้น ยิ่งส่งผลให้กลุ่มผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดี และสามารถนำไปอธิบายหรือให้ผู้สูงอายุในบ้านได้ศึกษาไปพร้อมกัน

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย พบว่าอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องด้วยสื่อการเรียนรู้ฯ มีความครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญ และสามารถตอบข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับวัคซีนได้ เช่น ความเข้าใจของการเกิดอาการข้างเคียง

ที่เกิดขึ้น (Daya et al., 2018) และความมั่นใจในส่วนประกอบของวัคซีน (Jinarong et al., 2023; Domang & Prateepko, 2019) เป็นต้น ทั้งนี้กระบวนการซึ่งได้มาของสื่อการเรียนรู้ ฯ นี้ เป็นไปตามกระบวนการพัฒนาตามแนวคิดเชิงออกแบบ Design Thinking ที่จำเป็นต้องศึกษาความต้องการ เข้าถึง เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ของผู้ดูแล (Empathize) มาก่อน (Wongwanich, 2023) จึงทำให้ผู้ดูแลมีความสนใจที่จะเรียนรู้ ตลอดจนสื่อการเรียนรู้ ฯ สามารถเข้าถึงง่าย ทันยุคสมัย และภาษาที่ให้ก็เหมาะสมเข้าใจง่ายทั้งเด็ก และผู้ใหญ่ (Hayeese et al., 2023)

สรุป

สื่อเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัยที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ที่มีการศึกษาถึงความต้องการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล การเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้สื่อการเรียนรู้ที่ได้นั้น เป็นที่ต้องการของผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลและเด็กสามารถเรียนรู้ไปพร้อมกัน โดยใช้โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือมือถือ ผ่านแอปพลิเคชันยูทูบ (You tube) ซึ่งเป็นที่รู้จักและนิยมใช้ เมื่อเด็กเรียนรู้ไปพร้อมกับผู้ดูแลอย่างเพลิดเพลิน ไม่ร้องกวนหรือแสดงอาการเบื่อหน่าย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้องค์ความรู้ในสื่อการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีระดับความรู้และทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สื่อการเรียนรู้การ์ตูนแอนิเมชัน 2 ภาษา (ไทย - มลายู) เกี่ยวกับวัคซีนตามช่วงวัย สามารถเรียนรู้ทั้งแอปพลิเคชัน you tube หรือสามารถดาวน์โหลดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ มือถือ ได้ โดยไม่ต้องใช้อินเทอร์เน็ต ดังนั้นยิ่งมีความง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว และสามารถนำไปขยายผลการนำไปใช้ประโยชน์ได้ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาล ศูนย์เด็กเล็กได้ อย่างไรก็ตามการกำหนดวัคซีนตามวัยในแต่ละปี กระทรวงสาธารณสุขจะมีการปรับปรุงและประกาศใหม่ในทุกปี ดังนั้นอาจจะต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาในสื่อการเรียนรู้ฯ ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีความทันสมัย ทันเหตุการณ์ อีกทั้งควรมีการติดตามระดับความรู้ ทัศนคติในการนำเด็กมารับวัคซีนตามนัดเป็นระยะ เช่น ทุก 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลในระยะยาว ถึงอัตราการมารับวัคซีนของเด็กที่เพิ่มขึ้น และพัฒนางานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลเด็กเพื่อสนับสนุนให้นำเด็กมารับวัคซีนตามนัด

รายการอ้างอิง (References)

Boonkong, W. (2023) . Developing a Pre-Anesthesia Elderly Information Program by Using Multimedia with Animation and QR Code to Increase Knowledge, Satisfaction and Reduce Anxiety. *Journal of Health Sciences and Pedagogy, 4*(1) , 89 – 103. https://he0 2 . tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/262404/181693

Daya, S., Lilahkul, N., & Noin, J. (2018). Abstract: Experience of Parents of Thai Muslim Childhood Aged 0 - 5 Years in Yala Province Who Rejected the Service of Expanded Program Immunizationwith Vaccine. *Journal of the Department of Medical Services, 43*(5), 137 – 141. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/247857/168355

Daya, S., Lillahkul, N., Noin, J., & Maharmud, N. (2019) . Abstract: Development of a Parent Empowerment Model in Receiving Service of the Expanded Program on Immunization with Vaccines of Children Aged 0-5 Years Old Through Community Participation: A Case Study in Yala Province. *Journal of the Department of Medical Services, 44*(1) , 113 - 118. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/247036/167898

Domang, R., & Prateepko, T. (2019) . Factors Affecting Parents on Seeking Basic Immunization Program for Their Children Aged 0-5 Years in Pattani Province. *Journal of Health Science, 28*(2), 224 – 235. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6414/6060.

Hajietae, I., & Langputed, P. (2020). A Model of Vaccine Coverage Promotion in Children Aged 0-5 Years in Yala. *Al-HIKMAH Journal*, *13*(2) , 137 - 148. https://so01.tci-thaijo.org/index.php /HIKMAH/article/view/245946/166596

Hayeese, W., Chaomongkol, N., Sriyasak, A., & Yeepaloh, M. (2012). The Development of an Android Application: The Effects of Health Education Delivery through the Application in Caring for Islamic Preterm Infants after Discharge from a Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal, 13*(1), 1 – 17. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/244516/169985

Hayeese, W., mayae, H., & hayeemayeang, R. (2023). Development of Innovative Educational Media in Bilingual (Thai-Malayu) Through the Line Application for Newborn Care. *Princess of Naradhiwas University Journal, 15*(3), 82 – 99. https://li0 1 .tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/257590/176855

Himma, A., & Choeibuakaew, W., (2022). *The development of the immunization model for Phiman cummunity health center.* Thaksin University Online Journal. https://fhss.tsu.ac.th/mis/officer/profile/reportview.php?idviewer=89

Jinarong, T., Chootong, R., Vichitkunakorn P., & Songwathana, P. (2023). Muslim parents' beliefs and factors influencing complete immunization of children aged 0–5 years in a Thai rural community: a qualitative study. *BMC Public Health*, *23*, 1348. http://doi.org/10.1186/s12889-023-15273-y

Langputeh, P., Yayueri, Y., Nima, N., & Ranee, S. (2020). A Decade of Immunization Research in Southern Border: A SystematicReview. *Thai Journal of Pharmacy practice, 12*(1), 207 – 215. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/202997/150280

Langputeh, P., Ranee, S., & Langputeh, S. (2023). Kabah Model: A community participation model for vaccine coverage promotion in children aged 0-5 years in the southern border provinces, Thailand. *Disease Control Journal, 49*(2), 407-417. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/256876

Ministry of Public Health. (2023, August 13). *Vaccination schedule according to the Ministry of Public Health's immunization plan for 2024*. https://cimjournal.com/special-articles/2566-pediatric-id-vaccines/

National Vaccine Institute. (2023, August 13). *Criteria for assessing vaccination coverage rates.* https://br.moph.go.th/kpi_monitoring_user/templete/prov/2564/64.19.pdf

Prabmeechai, S., & Rueagworaboon, S. (2017). The Effect of Animation Media on Knowledge and Self-Care Behavior of School3Age Children with Thassemia. *Nursing Journals of the Ministry of Public Health, 27*(2) , 96 – 109. https://he0 2 . tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/97712/76122

Siriwanbut, P. (2018). *Developmental Psychology.* Chulalongkorn University Press.

Srisathitnarakun, B. (2007). *Nursing Research Methodology.* Chulalongkorn University Press.

Unicef (2022, January 1). *Multiple Indication Cluster Survey 2022*. https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2024-01/MICS%202022%20-%2001%20Narathiwat.pdf

Wongwanich, S. (2023). *Educational Design Research (Design Research in education)*. Chulalongkorn University Press.

Wongwilaiskul, W., & Tiyaratnachai, D. (2018) . The Application of Animation for Children. *Christian University of Thailand Journal, 24*(2), 306 – 319. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/240673/163771

ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Factors Associated with Suicidal Ideation among Junior High School Students in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

ศุภกาญจน์ ประชุมฉลาด[1], รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ[1]*, อาริยา พลสงคราม[2], ไตรรัตน์ ป้องคำสิงห์[3], ชลธิชา เครือแสง[4], พิชญาภา ข่าขันมะลี[5], วรรณิษา เทียมทอง[6], สุภาพร เสาศิริ[7]

Suphakarn Prachumchalad[1], Rungrat Sukadaecha[1]*, Arriya Phonsongkram[2], Tairat Pongkhamsing[3], Chonthicha krueasaeng[4], Pitchayapa kakunmalee[5], Wannisa Teamthong[6], Supaporn Saosiri[7]

(Received: August 18, 2024; Revised: November 8, 2024; Accepted: December 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 280 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบวัดการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย มีค่าความเที่ยงของเท่ากับ 0.91, 0.71, 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของนักเรียนที่พบสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ ปัญหารายวิชาที่เรียน ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน และปัญหากับเพื่อน ร้อยละ 90.00, 85.40 และ

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, [2] โรงพยาบาลไอเอ็มเอช ธนบุรี

[1] Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, [2] IMH Thonburi Hospital

[3] โรงพยาบาลราชธานี, [4] โรงพยาบาลวิภารามพัฒนาการ

[3]Rajthanee Hospital, [4] Vibharam Pattanakarn Hospital

[5] โรงพยาบาลเมืองนารายณ์, [6] โรงพยาบาลพิมาย

[5] Meuangnarai Hospital, [6]Phimai Hospital

[7] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

[7]Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

* Corresponding Author: rungrat_suk@vu.ac.th

83.90 ตามลำดับ 2) นักเรียนใช้วิธีการเผชิญปัญหาสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การเผชิญปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น และการเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา ร้อยละ 81.10, 64.30 และ 44.60 ตามลำดับ 3) นักเรียนมีความคิดฆ่าตัวตายระดับต่ำ สูง และสูงมาก ร้อยละ 79.30, 12.10 และ 8.60 ตามลำดับ 4) ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนมี 5 ปัจจัย ได้แก่ การเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา การเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านปัญหารายวิชาที่เรียน ปัญหากับครู / อาจารย์ และปัญหากับแฟน (β =.291, -.279, .131, .126 และ .126 ตามลำดับ) ปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนได้ ร้อยละ 29.10 (R^2 = .291, $p < .05$) ผลการวิจัยนำไปใช้ป้องกันความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนได้ โดยการลดเหตุการณ์ความเครียดและส่งเสริมให้นักเรียนใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

คำสำคัญ: เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, การเผชิญปัญหาของวัยรุ่น, ความคิดฆ่าตัวตาย, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

The purpose of this predictive regression analysis study was to investigate the factors associated with suicidal ideation in junior high school students. A multi-stage random sampling was used to recruit samples of 280 junior high school students in Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The following research tools were used: 1) a questionnaire about stressful life events; 2) a measure of adolescents' coping strategies; and 3) an assessment of suicide ideation. The results of reliability indexes of these instruments were 0.91, 0.71, and 086, respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, average, standard deviation, range, and multiple regression analysis.

The findings showed that: 1) The three most stressful events in their lives were students' problems with their study course, study limitations, and friends, with scores of 90.00, 85.40, and 83.90, respectively; 2)The three coping strategies that students used the most were self-competency, other support resources, and problem avoidance (81.10, 64.30, and 44.60, respectively); 3) students' suicidal ideation was low, high, and very high (79.30, 12.10, and 8.60, respectively); 4) There were five factors linked to suicidal ideation in students: coping strategies by avoiding problems, coping strategies by using other resources for support, stressful life events involving study course problems, problems with teachers, and problems with lovers (β =.291, -.279, .131, .126, and .126, respectively) .Suicidal ideation among students was predicted by these characteristics in 29.10% (R2=.291, p<.05).

The results can be used to reduce suicide ideation in students by reducing stressful events and encouraging students to use appropriate coping strategies.

Keywords: Stressful life events, Coping strategies in adolescents, Suicidal ideation, Junior high school students

บทนำ

การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั้งในประเทศและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในกลุ่มคนอายุ 15 - 29 ปี และเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมากกว่าร้อยละ 77 ของการฆ่าตัวตายทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2023) รายงานการศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายของกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 13 - 17 ปี ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่ามีการพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 12 เดือน (WHO, 2020) ส่วนรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของกลุ่มวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบร้อยละ 3.50, 3.70 และ 2.51 ตามลำดับ (Suicide Prevention Surveillance Center, 2020) รายงานอัตราฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2564 ของจังหวัดนครราชสีมาพบว่า วัยรุ่นช่วงอายุ 10 - 14 ปี มีอัตราฆ่าตัวตายเท่ากับ 2.57 ต่อประชากรแสนคน (Department of Mental Health, 2021) ปรากฏการณ์จากข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์พบว่าในช่วง 6 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2565 มีข่าวการฆ่าตัวตายของนักเรียน / นักศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ถึง 4 ราย และเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 ราย (Siamrath, 2021) จากสถิติและปรากฏการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง

การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบรุนแรงต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ การเสียชีวิตและการบาดเจ็บทางร่างกาย ส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ (Hamdan et al., 2020) ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ความเศร้าโศก ความตกใจ อาการซึมเศร้า หรือวิตกกังวลเป็นเวลานาน (Hamdan et al., 2020; Wagner et al., 2021) ส่วนผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ คนในสังคมเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การสูญเสียโอกาสต่าง ๆ ในสังคมที่ควรจะได้รับจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขาดรายได้จากการเจ็บป่วยหรือพิการ และสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ (Pullarp, 2017) ผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้บุคลากรด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและต้องการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Department of Mental Health, 2021) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ เป็นปัจจัยทำนายการคิดฆ่าตัวตายที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ดีที่สุด (Rungsang et al., 2017) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chaniang et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัญหาการเรียนทั้งในอดีตและปัจจุบัน การไม่มีเพื่อนสนิทในโรงเรียน ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนและครู (Adewuya & Oladipo, 2020) การขาดเรียนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการทำร้ายตัวเองและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่น (Epstein et al., 2020) อย่างไรก็ตาม มีรายงานผลการวิจัยที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยข้างต้น เช่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านปัญหากับเพื่อน ปัญหากับแฟน ปัญหาการเงิน ปัญหารายวิชาที่เรียน ปัญหากับบิดามารดา / ผู้ปกครอง ปัญหาญาติพี่น้อง ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความสามารถและความสนใจในการเรียน ไม่สามารถทำนายการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้ (Polpipatpong et al., 2018) ส่วนปัจจัยป้องกันของความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และความนับถือตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคิดฆ่าตัวตาย (Primananda & Keliat, 2019)

จากสถิติการฆ่าตัวตายและปรากฏการณ์ที่ชี้ให้เห็นว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง รวมถึงช่องว่างของความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ามีปัจจัยบางปัจจัยที่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตหรือเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ซึ่งบางงานวิจัยสรุปว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Chaniang et al., 2020) แต่บางงานวิจัยสรุปว่าเป็นปัจจัยไม่สามารถทำนายการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้ (Polpipatpong et al., 2018) คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นหรือไม่ ส่วนปัจจัยป้องกันความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ การเผชิญปัญหา เป็นปัจจัยที่ยังมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อยในประเทศไทย คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าการเผชิญปัญหา มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นหรือไม่ อย่างไร โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น และสามารถนำข้อมูลที่ได้จาการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลวัยรุ่นหรือนักเรียนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การเผชิญปัญหา และความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สมมุติฐานการวิจัย

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการเผชิญปัญหาสามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Portes et al. (2002) อธิบายว่าวัยรุ่นพยายามที่จะจัดการกับปัญหาที่นำมาซึ่งความเครียดจากบริบทหลายอย่าง จนอาจนำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีเหตุการณ์ความเครียดที่เข้ามากระทบ และวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่ท่วมท้นได้ โดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life events) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นแล้วมีผลกระทบต่อการรับรู้ของวัยรุ่นต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ภายนอกที่เป็นปัญหา ทำให้เกิดความยุ่งยากใจเกิดความเครียด ซึ่งประเมินได้จากปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตช่วง 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Liu & Miller, 2014) ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา (coping) เป็นวิธีการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้จัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอก ซึ่งจะจัดการได้เพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล จำแนกเป็น 3 วิธี ดังนี้ 1) การจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (problem solving) เป็นวิธีจัดการกับปัญหาเชิงบวก 2) การจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ (social support seeking) เป็นการเผชิญปัญหาด้วยการแสวงหาแหล่งสนับสนุนอื่น 3) การจัดการปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (problem avoidance) เป็นการเผชิญปัญหาด้วยการหลีกหนีปัญหา เพื่อให้ลืมปัญหาในขณะนั้น (Lazarus, & Folkman, 1984 cited in Surakarn & Preechawuttidech, 2019) กรอบแนวคิดในการวิจัย แสดงดัง Figure 1

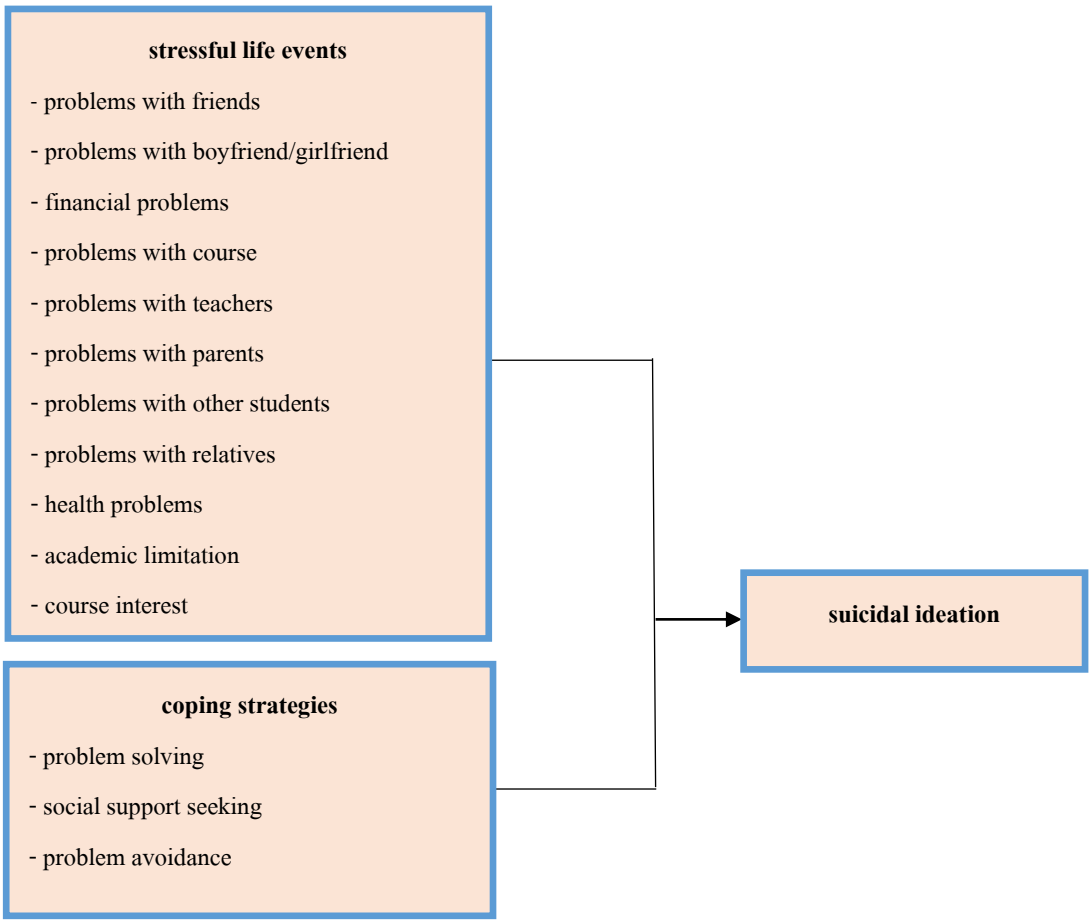


Figure 1 Research conceptual framework

วิธีการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย วิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในปีการศึกษา 2565 โดยคัดเลือกจากโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษที่มีจำนวนนักเรียน 2,500 คนขึ้นไป จำนวน 2 โรงเรียน รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,708 คน (The Secondary Education Service Area Office Nakhon Ratchasima, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เพศหญิงและเพศชาย มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970 cited in Bukhari, 2021) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม ร้อยละ 20 (Little & Rubin, 2020) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 280 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยชั้นที่ 1 เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ชั้นที่ 2 เป็นชั้นปีที่ศึกษา แบ่งเป็นนักเรียน 3 ชั้นปีคือ นักเรียนชั้น ม.1 ม.2 และ ม.3 2) สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)โดยการจับสลากเลขที่ห้องเรียนของโรงเรียนแห่งที่ 1 จำนวน 10 ห้อง ได้แก่ ม.1/1, 1/2, 1/10, 2/1, 2/2, 3/1, 3/2 และโรงเรียนแห่งที่ 2 ซึ่งอนุญาตให้เก็บข้อมูลเฉพาะชั้น ม.2 และ ม.3 จำนวน 6 ห้อง ได้แก่ ม.2/1, 2/2, 2/5, 2/9, 3/7, 3/17 หลังจากนั้นให้นักเรียนทุกคนในแต่ละห้องจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 280 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่มี 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยในภาคการศึกษาที่ผ่านมา ที่อยู่ปัจจุบัน สถานภาพสมรสของบิดามารดา / ผู้ปกครอง ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ฉบับภาษาไทย ที่แปลและพัฒนาโดย Boonyamalik (2005) เป็นแบบประเมินระดับการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์นั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 11 ด้าน เป็นแบบมาตรประมาณค่าให้เลือกตอบข้อเดียวจากค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น 1 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแต่มีความยุ่งยากใจน้อยที่สุด 2 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจน้อย 3 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจบ้าง 4 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมาก 5 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมากที่สุด คะแนนรวมที่เป็นไปได้ของด้านปัญหากับเพื่อน อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหากับแฟน อยู่ระหว่าง 0 - 25 ปัญหาการเงิน อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหาวิชาเรียน อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหากับครู / อาจารย์ อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหากับบิดามารดา ผู้ปกครอง อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหากับนักเรียนอื่น อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหากับญาติพี่น้อง อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหาด้านสุขภาพ อยู่ระหว่าง 0 - 20 ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน อยู่ระหว่าง 0 - 15 และปัญหาความสนใจในวิชาเรียน อยู่ระหว่าง 0 - 10 แต่ละด้านคะแนนยิ่งสูง หมายถึง มีเหตุการณ์ความเครียดในด้านนั้นมาก ส่วนคะแนนยิ่งต่ำ หมายถึง มีเหตุการณ์ความเครียดในด้านนั้นน้อย และคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์ความเครียดในด้านนั้นเลย

ตอนที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย Mingmaung (1997) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเผชิญปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง 2) การเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น 3) การเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 58 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ไม่เคย หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะไม่ทำอย่างนั้นเลย ระดับที่ 2 เล็กน้อย หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะทำอย่างนั้นบ้างเล็กน้อย ระดับที่ 3 ปานกลาง หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะทำอย่างนั้นในระดับปานกลาง ระดับที่ 4 มาก หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะทำอย่างนั้นเป็นส่วนมาก การแปลผลผู้วิจัยใช้เกณฑ์ค่ากลาง (midpoint) ของคะแนนแต่ละด้าน มาเป็นเกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้ คะแนนรวมการเผชิญปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 21 - 84 ค่ากลางคือ 52.5 คะแนน คะแนนรวมการเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 9 - 36 ค่ากลางคือ 22.5 คะแนน คะแนนรวมการเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหามีช่วงคะแนนตั้งแต่ 24 - 108 ค่ากลางคือ 68 คะแนน หากคะแนนที่ได้จากการตอบแบบวัดการเผชิญปัญหามีคะแนนสูงกว่าค่ากลางของแต่ละด้าน แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นมาก หากคะแนนที่ได้มีค่าต่ำกว่าค่ากลางของแต่ละด้าน แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นน้อย

ตอนที่ 4 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (Scale for Suicide Ideation : SSI-Thai version 2014) ของ Kittiteerasack and Muijeen (2015) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0 - 2 โดยแต่ละข้อคำตอบจะขึ้นอยู่กับลักษณะคำถามในข้อนั้น ๆ สำหรับการคิดคะแนนคือนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนวัดของแบบทดสอบ ซึ่งคะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0 - 38 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น เกณฑ์การแปลผลคะแนน 0 - 9 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำ คะแนน10 - 19 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูง คะแนน 20 - 38 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบวัดการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.91, 0.71, 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่หนังสือรับรอง 034/2566 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ระยะเวลาอนุมัติ 1 ปี คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมทั้งอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยถือเป็นความลับ โดยเอกสารจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ คณะผู้วิจัยขออนุญาตผู้ปกครองให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยมีเอกสารชี้แจง และใบลงนามยินยอมให้ผู้ปกครองลงนาม โดยนักเรียนและผู้ปกครองลงนามยินยอมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล และนักเรียนมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียน เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว คณะผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน - เวลา เพื่อขออนุญาตเข้าพบครูประจำชั้นและนักเรียน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย

2. มอบเอกสารชี้แจง ใบลงนามยินยอมของผู้ปกครองและนักเรียน เพื่อให้นักเรียนนำไปให้ผู้ปกครองลงนามยินยอม และขอให้นำกลับมาส่งในวันต่อมาตามที่ได้นัดหมายไว้

3. ให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในห้องเรียนในวันถัดมา โดยคณะผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามไว้สำหรับนักเรียนให้ทำทีละชั้นปี โดยเปิดโอกาสให้นักเรียนทำแบบสอบถามใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ในระหว่างนั้นหากเกิดความสงสัยนักเรียนสามารถสอบถามได้

4. คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของนักเรียนมาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ

5. กรณีพบนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย คณะผู้วิจัยแจ้งให้อาจารย์ประจำชั้นหรือผู้อำนวยการโรงเรียนทราบ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ความคิดฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ดังนี้ 1) ตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์มีค่าต่อเนื่อง 2) ตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์มีความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (scatter plot) 3) ค่า One-Sample Kolmogorov-Sminov > 0.5 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 4) ไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicolinearlity)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเหตุการณ์ความเครียดด้านที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ ปัญหารายวิชาที่เรียน ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน และปัญหากับเพื่อน (ร้อยละ 90.00, 85.40, 83.90) โดยกลุ่มที่ไม่มีปัญหาคือกลุ่มที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในแต่ละด้าน = 0 คะแนน กลุ่มที่มีปัญหาคือกลุ่มที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ซึ่งค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Table 1)

Table 1 Descriptive statistics of stressful life events variables (n = 280)

Stressful life events	M	S.D.	Range	have problem		no problem	
				frequency	percentage	frequency	percentage
problems with friends	4.94	4.17	0-20	235	83.90	45	16.10
problems with boyfriend/girlfriend	0.82	2.81	0-20	34	12.10	246	87.90
financial problems	2.16	3.34	0-20	151	53.90	129	46.10
problems with course	8.37	5.75	0-20	252	90.00	28	10.00
problems with teachers	1.87	3.43	0-19	116	41.40	164	58.60
problems with parents	3.21	4.38	0-18	161	57.50	119	42.50
problems with other students	2.74	3.14	0-19	193	68.90	87	31.10
problems with relatives	1.48	2.73	0-18	116	41.40	164	58.60
health problems	4.16	4.59	0-20	216	77.10	64	22.90
academic limitation	5.51	4.28	0-15	239	85.40	41	14.60
course interest	3.45	2.94	0-10	221	78.90	59	21.10

2. ผลการศึกษาการเผชิญปัญหาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญปัญหาเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การเผชิญปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญปัญหา

โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น และการเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (ร้อยละ 81.10, 64.30, 44.60) โดยมีค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญปัญหา (Table 2)

Table 2 Descriptive statistics of coping strategies variables (n = 280)

Coping strategies	M	S.D.	Range	high use of coping strategies		low use of coping strategies	
				frequency	percentage	frequency	percentage
problem solving	62.60	10.35	30-84	227	81.10	53	18.90
social support seeking	24.00	5.10	11-36	180	64.30	100	35.70
problem avoidance	65.70	13.80	33-100	125	44.60	155	55.40

3. ผลการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่ำ สูง และสูงมาก เท่ากับ 79.30, 12.10, 8.60 ตามลำดับ โดยมีจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดฆ่าตัวตาย (Table 3)

Table 3 Descriptive statistics of suicidal ideation variable (n = 280)

Suicidal ideation	frequency	percentage	M	SD
low suicidal ideation	222	79.30		
high suicidal ideation	34	12.10	7.73	6.30
very high suicidal ideation	24	8.60		

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง มี 5 ปัจจัย ได้แก่ การเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา การเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านปัญหารายวิชาที่เรียน ด้านปัญหากับครู / อาจารย์ และด้านปัญหากับแฟน (β = .291, -.279, .131, .126, .126) โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียน ฯ ได้ ร้อยละ 29.10 (R^2 = .291, p < .05) (Table 4)

Table 4 Stepwise multiple regression statistics of variables predicting suicidal ideation (n = 280)

Predictive variables	b	SE_b	β	t	p-value
coping with problem avoidance	.011	.002	.291	4.951	.000**
coping with social support seeking	-.029	.005	-.279	-6.395	.000**
problems with course	.012	.006	.131	2.235	.026*
problems with teachers	.020	.009	.126	2.280	.023*
problems with boyfriend/girlfriend	.024	.010	.126	2.378	.018*
R = .540	R^2 = .291	constant = 1.773			

***p* <.001 **p* <.05

อภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุการณ์ความเครียดด้านที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ปัญหารายวิชาที่เรียน (ร้อยละ 90.00) ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน (ร้อยละ 85.40) และปัญหากับเพื่อน (ร้อยละ 83.90) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนต้นที่อยู่ในวัยเรียน จึงมีความคิดเห็นว่าเรื่องการเรียนเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของตนเอง และเนื่องจากแนวคิดเรื่องพัฒนาการด้านสังคมของวัยรุ่นตอนต้นที่อธิบายว่าวัยรุ่นตอนต้นมีความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน (Santrock, 2023) ดังนั้น กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อกันและกันมาก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความคิดเห็นว่าปัญหากับเพื่อนเป็นปัญหาที่สำคัญรองจากปัญหาด้านการเรียน ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Polpipatpong et al. (2018) ที่ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตคือมีปัญหากับนักเรียนอื่น มีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 3.7 เท่า ของผู้ที่ไม่มีปัญหากับนักเรียนอื่น

2. จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญปัญหาเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การเผชิญปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (ร้อยละ 81.10) การเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น (ร้อยละ 64.30) และการเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (ร้อยละ 44.60) ทั้งนี้เนื่องจากการเผชิญปัญหา เป็นวิธีการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาหรือการปรับเปลี่ยนสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Lazarus, & Folkman, 1984 cited in Surakarn & Preechawuttidech, 2019) ซึ่งการจัดการกับปัญหาขึ้นอยู่กับว่าบุคคลจะใช้วิธีใด ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของปัญหา หากบุคคลเลือกวิธีการจัดการกับปัญหามากกว่าในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าตนสามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ถ้าบุคคลรับรู้ถึงการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์นั้นยากต่อการแก้ไขก็จะเผชิญปัญหาโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่า และวัยรุ่นนิยมใช้วิธี

แก้ปัญหาด้วยการหาแรงสนับสนุนทางสังคม (Pengchareon, 2018) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Primananda and Keliat (2019) ที่พบว่าปัจจัยป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคิดฆ่าตัวตาย

3. จากผลการวิจัยที่พบว่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่ำ สูง และสูงมาก เท่ากับ 79.30, 12.10, 8.60 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นพยายามที่จะจัดการกับปัญหาที่นำมาซึ่งความเครียดจากบริบทหลายอย่าง เช่น ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม แรงกดดันจากพ่อแม่ และแรงกดดันจากเพื่อน ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียด จนอาจนำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากจากความคิดของวัยรุ่นที่ยังไม่มีวุฒิภาวะ และการที่วัยรุ่นไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่ท่วมท้นและไม่สามารถหาทางออกที่ชัดเจนได้ (Portes et al., 2002) การที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูงและสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 20.7 ทั้งนี้เนื่องจากมีเหตุการณ์ความเครียด ได้แก่ ปัญหาด้านการเรียน และปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยวัยรุ่น อายุ 10 - 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 75 ราย มีตัวกระตุ้นที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 92.8) (Thunyapipat, 2023) ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rungsang et al. (2017) ที่ศึกษาการคิดฆ่าตัวตายและปัจจัยทำนายการคิดฆ่าตัวของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการคิดฆ่าตัวตายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.61 (S.D. = 5.05) ซึ่งหมายถึงการคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับเสี่ยงสูง

4. จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง มี 5 ปัจจัย ได้แก่ การเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา การเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านปัญหารายวิชาที่เรียน ปัญหากับครู/อาจารย์ และปัญหากับแฟน (β =.291, -.279, .131, .126, .126) โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนได้ ร้อยละ 29.10 (R^2 = .291, p < .05) ทั้งนี้เนื่องจากการเผชิญปัญหาเป็นวิธีการที่บุคคลพยายามจัดการกับปัญหาความขัดแย้ง ความกดดัน ความเครียด โดยอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้กระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจ ซึ่งพบว่าวัยรุ่นนิยมใช้วิธีแก้ปัญหาด้วยการหาแรงสนับสนุนทางสังคม (Pengchareon, 2018) ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นแล้วมีผลกระทบต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้เกิดความยุ่งยากใจหรือเกิดความเครียด สภาวะของจิตใจที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในตัวบุคคลหรือภายนอกบุคคล (Boonyamalik, 2005) ซึ่งหากวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีปัญหารายวิชาที่เรียน ปัญหากับครู / อาจารย์ และปัญหากับแฟน และไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ก็จะส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยครั้งนี้

สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vanprom et al. (2022) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่านักเรียนที่มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 4.67 เท่าและ 8.48 เท่า

สรุป

การวิจัยนี้มีข้อค้นพบซึ่งเป็นความรู้ใหม่ที่แสดงให้เห็นว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูงและสูงมาก มีจำนวนค่อนข้างสูง คือ 58 คน (ร้อยละ 20.7) โดยปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียน มี 5 ปัจจัย ได้แก่ การเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา การเผชิญปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้านปัญหารายวิชาที่เรียน ปัญหากับครู / อาจารย์ และปัญหากับแฟน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้บริหารโรงเรียน และครู ควรร่วมกันป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของนักเรียนโดยส่งเสริมให้นักเรียนใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งร่วมกันกำหนดแนวทางในการลดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของนักเรียน เช่น ปัญหาด้านการเรียน ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นักวิจัยและผู้ที่สนใจ ควรวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นโดยเน้นปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา ปัจจัยด้านปัญหาการเรียนและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ว่าสามารถปรับความความคิดการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้หรือไม่อย่างไร

รายการอ้างอิง (References)

Adewuya, A., O., & Oladipo, E. O. (2020). Prevalence and associated factors for suicidal behaviours (ideation, planning, and attempt) among high school adolescents in Lagos, Nigeria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*, 1503 – 1512. http://doi.org/10.1007/s00787-019-01462-x.

Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use (Thailand)*. Johns Hopkins University, USA

Bukhari, S.A. (2021, February). *Sample Size Determination Using Krejcie and Morgan Table*. https://www.researchgate.net/publication/349118299

Chaniang, S., Meuangkhwa, P., & Klongdee, K. (2020). Factors related to suicide risk behaviors among secondary school student in Nakhon Phanom Province. *The Journal of The Police Nurses*, *12*(1), 28 - 35. https://he01.tci thaijo.org/index.php/policenurse/article/download/228695/165176/

Department of Mental Health. (2021, December 10). *Suicide rate in Thailand.* https://dmh.go.th/report/suicide/

Epstein, S., Roberts, E., Sedgwick, R., Polling, C., Finning, K., Ford, T., Dutta, R., & Downs, J. (2020). School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29,* 1175 – 1194. http://doi.org/10.1007/s00787-019-01327-3.

Hamdan, S., Berkman, N., Lavi, N., Levy, S., Brent, D. (2020). The effect of sudden death bereavement on the risk for suicide. *Crisis*, *41*(3), 214 – 224. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000635

Kittiteerasack, P., & Muijeen, K. (2015). Psychometric properties of the Thai version of the scale for suicidal ideation (SSI-THAI VERSION 2014). *The journal of psychiatric nursing and mental health*, *29*(1), 93 - 102. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/38411

Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2020). *Statistical analysis with missing data* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 181 - 192. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006.

Mingmaung, W. (1997). *The effect of group reality therapy on coping strategies of low academic achievement mathayomsuksa three students* [Master's Thesis]. Chulalongkorn University.

Pengchareon, T. (2018). *The Effect of Psychological Distress Management on Coping of Adolescents Affected by the Unrest Situation in Southern Thailand* [Master's Thesis]. Prince of Songkha University.

Polpipatpong, S., Chaimongkol, N.& Vatanasin, D. (2018). Suicidal Ideation in Adolescent and Its Associated Factors. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, *26*(1), 40 - 49. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/153296

Portes, P.R., Sandhu, D.S., & Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: a psychosocial interpretation of developmental and contextual factors, *Adolescence*, *37*(148), 805 - 814. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12564830/

Primananda, M., & Keliat, B. A. (2019). Risk and Protective Factors of Suicidal Ideation in Adolescents. *Comprehensive child and adolescent*, *42*(1), 179 – 188. http://doi.org/10.1080/ 24694193.2019.1578439.

Pullarp, R. (2 017). Depression, Suicide, Stress and Stress Management inTambon Mueangphan, Amphor mueangphan Chaing Rai Province. *UBRU Journal for Public Health Research, 6*(2), 72- 85. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/download/162612/117392/ 450657

Rungsang, B., Chaimongkol, N., & Deoisres, W. (2017). Predictors of Suicidal Ideation among *Thai Adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *18*(1) , 64 - 73. https://he01.tci-thaijo.org/ index.php/JRTAN/article/view/85262

Santrock, J. W. (2023). *Adolescence* (18th ed.). McGraw Hill.

Siamrath. (2021, December 10). *A Mathayom 6 student at a famous school in Korat jumped from the school.building, committing suicide, the 3rd death in 3 months*. https://siamrath.co.th/n/373848

Suicide Prevention Surveillance Center. (2020, December 10). *Report on the number of suicides in Thailand*. https://suicide.dmh.go.th/report/ suicide /age.asp?ndead=2

Surakarn, R., & Preechawuttidech, S. (2019). Coping styles and bullying among middle school student in Muang, Ubon Ratchathani. *Journal of Education Measurement*, *36*(100), 187 - 198. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JEMEPTB/article/download/244955/166093/852901

The Secondary Education Service Area Office Nakhon Ratchasima. (2022, December 15). *Information system*. http://bigdata.mattayom31.go.th/info/?module=school_detail&id_school= 30012003

Thunyapipat, C. (2023). Suicidal behaviors in adolescents admitted to pediatric inpatient department, Maharat NakhonRatchasima Hospital: A10-years retrospective study, *Thai Journal of Pediatrics*, *62*(4), 322 - 329. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/TJP/article/view/1037

Vanprom, W., Saithanwanitkul, M., Chantarachit, R., & Aekwarangkoon, S. (2022). The effects of depression and mental trauma experience on suicidal risk among junior high school students in extended opportunity schools, Nakhon Si Thammarat Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *36*(1), 88 - 103. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ JPNMH/ article/view/254438

Wagner, B., Hofmann, L., Grafiadeli, R. (2021). The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal of Clinical Psychology*, *77*, 2545 – 2558. https://doi.org/10.1002/jclp.23192

World Health Organization. (2020, December 12). *World Health Statistics data*. https://www.who.int/ health-topics/suicide#tab=tab_1

World Health Organization. (2023, August 28). *Suicide*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

ปัจจัยทำนายด้านอาการในผู้ที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

Predicting Factors of Symptoms among Persons Suspected of Acute Coronary Syndrome in Emergency Department, Secondary Hospital

อนุศร การะเกษ[1], เกตุนรินทร์ บุญคล้าย[2*], วรรณชาติ ตาเลิศ[3], กนกวรรณ เวทศิลป์[2]
กรรณิกา เพ็ชรักษ์[3], ลฎาภา ดีไมล์[4], ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล[5]
Anusorn Karaket[1], Ketnarin Bunklai[2*], Wannachart Talerd[3], Kanokwan Wetsasin[2]
Kannika Phetcharak[3], Ladapha Demile[4] , Chuanchom Peaschpunpisal[5]

(Received: September 30, 2024; Revised: November 7, 2024; Accepted: December 2, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายด้านอาการผู้ป่วยที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 419 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกอาการ 15 อาการ แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา,ไคสแควร์, และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค

[1]โรงพยาบาลราษีไศล

[1]Rasi Salai Hospital

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3]Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[4]Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[5]วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[5]Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: ketnarin@bcnnv.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 62.53 ของกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยอาการเจ็บแน่นหน้าอก (OR = 1.924, 95 % CI 1.196 – 3.096, p = .007) หายใจหอบลึก หายใจไม่อิ่ม (OR = 2.237, 95 % CI 1.229 – 4.072, p = .008) อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน (OR = .275, 95 % CI 0.133 – 0.567, p < .001) อาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ (OR = 2.650, 95 % CI 1.367 – 5.140, p =.004) สามารถทำนายการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 และสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 66.80 ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและติดตามภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่ / ท้องส่วนบน และอาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ ซึ่งอาจนำไปสู่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สามารถปรับปรุงการรักษาและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงจากการวินิจฉัยล่าช้าได้

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, แผนกฉุกเฉิน, อาการ, ปัจจัยทำนาย

Abstract

This predictive correlational study aimed to identify factors that predict patient-reported symptoms of acute coronary syndrome (ACS) individuals presenting with suspected ACS at the emergency department of secondary hospital, A purposive sample of 419 individuals aged 35 years and older with suspected ACS was selected. Data were collected through interviews using a questionnaire, which included demographic information, a 15-symptom checklist, and a clinical data form. Descriptive statistics, Chi-Square, and binary logistic regression were employed for data analysis.

The results revealed that 62.53% of the participants developed ACS. Chest pain (OR=1.924, 95% CI 1.196–3.096, p=.007), shortness of breath (OR=2.237, 95% CI 1.229–4.072, p=.008), upper xiphoid and abdominal pain (OR= 0.275, 95% CI 0.133–0.567, p<.001), and weakness or dizziness (OR=2.650, 95% CI 1.367–5.140, p=.004). Collectively, these factors predicted ACS with statistical significance at p <.05 and predicted the occurrence of ACS by 66.80%.

The findings suggest that healthcare providers should have prioritized early screening and monitoring of ACS, particularly in patients presenting with chest pain, shortness of breath, abdominal

discomfort, and weakness or dizziness, to facilitate timely diagnosis, enhance treatment outcomes, and lower the risk of complications from delayed recognition.

Keywords: Acute Coronary Syndrome, Emergency Department, Symptoms, Factors Predicting

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่าสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตคือกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.90 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.20 (Word Health Organization [WHO], 2020) สำหรับประเทศไทย พบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในปีพ.ศ. 2563 มีอัตราการเสียชีวิตระบบไหลเวียนโลหิต จากภาวะหัวใจขาดเลือด 111.50 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มมาเป็น 130.30 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการสงสัยเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 163, 175 และ 185 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยนี้ได้รับการวินิจฉัยป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจริงเพียง ร้อยละ 19.44 (Strategy and Planning Divistion, 2022) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่บ่งชี้เป็นภาวะการอุดตันของหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ 1) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation (ST elevation ACS STEMI)พบร้อยละ 30.00 2) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบไม่ ST elevation (non-ST elevation ACS) ได้แก่ NSTEMI พบร้อยละ 25.00 และunstable angina พบร้อยละ 38.00 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ นำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด (Torres & Moayedi 2007) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มอาการที่คลุมเครือกับอาการแสดงที่เด่นชัดต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและถูกจำหน่ายกลับบ้านและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 72 ชั่วโมงด้วยอาการเจ็บเค้นหน้าอกหรือไม่สุขสบายจุกแน่นใต้ลิ้นปี่และถูกวินิจฉัยป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 3.52 (Benjamin et al., 2017) ข้อมูลด้านการประเมินผู้ป่วย ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ พบว่า ผู้ปฏิบัติมีความหลากหลายของข้อคำถามที่ใช้เพื่อประเมินอาการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ขณะเดียวกันพบว่า การรายงานอาการของผู้ป่วย ที่มีอาการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้จากการซักประวัติ มีความคลุมเครือ หลากหลายไม่ชัดเจน ซึ่งการรายงานอาการที่คลุมเครือจากการซักประวัติจากผู้ป่วยจะส่งผลต่อการพิจารณาแผนการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง (Arora & Bittner, 2017) จากการทบทวนข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันส่วนใหญ่เข้ารับการ

รักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Non – cardiac sign) เช่น อาการอ่อนเพลีย/วิงเวียนศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเหงื่อแตกหรือออกมากกว่าปกติ อาการหน้ามืด เป็นลม อาการหายใจหอบลึก อาการหายใจไม่อิ่ม อาการปวดศีรษะ อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน อาการท้องอืดและอาการปวดขา เป็นต้น และลักษณะของอาการแสดงที่ชัดเจน (Cardiac sign) เช่น เจ็บเค้นหน้าอก เจ็บแน่นหน้าอก เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกด้านซ้าย อึดอัดรู้สึกหายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณ กราม ลำคอ ไหล่ ต้นแขนสองข้าง ร่วมด้วย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย เป็นอยู่นานมากกว่า 20 นาที ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบลักษณะเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ (Karam et al., 2016) ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการ ใจสั่น ใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่รุนแรงจะตรวจพบภาวะช็อกร่วมด้วย (Zègre-Hemsey et al., 2018) ซึ่งพบร้อยละ 7.00 -11.00 ขณะเดียวกันในกลุ่มอาการดังกล่าวพบว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดจริงร้อยละ 5 และพบการวินิจฉัยผิดพลาดหรือไม่สามารถวินิจฉัยได้ (missed ACS diagnosis) ร้อยละ 3.00 (Medical Recoad Secondary Hospital, 2023) ซึ่งลักษณะของอุบัติการณ์ดังกล่าวนำมาซึ่งผลลัพธ์การดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อโอกาสของการเกิดความพิการและเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The America heart association) ถึงการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บเค้นหน้าอกหรือเจ็บจุกใต้ลิ้นปี่ ต้องมีการซักประวัติ ความเสี่ยงอาการที่เกี่ยวข้อง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีในระยะเวลา 5 นาทีและต้องมีการวินิจฉัยร่วมกับลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิกร่วมด้วยอย่างรวดเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคและโอกาสของการเสียชีวิต (Benjamin et al., 2017)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายด้านอาการในผู้ที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งจะสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างถูกต้องนำไปสู่การวินิจฉัยได้รวดเร็วในหน่วยบริการทุติยภูมิ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง นำไปสู่การรักษาและการส่งต่อที่รวดเร็ว ลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนี้ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายด้านอาการในผู้ที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้นำแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Concept) ของ Dodd et al. (2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาปัจจัยทำนายอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ แนวคิดดังกล่าวเน้นกระบวนการ การรับรู้อาการ (Symptom Perception) การประเมินความหมายของอาการ (Symptom Meaning Appraisal) และ การตอบสนองต่ออาการ (Symptom Response) ซึ่งครอบคลุมการวิเคราะห์ลักษณะอาการที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยแต่ละราย

ในมิติของการรับรู้อาการ แนวคิดนี้อธิบายว่าผู้ป่วยรับรู้อาการผ่าน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความถี่ของอาการ หมายถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับรู้อาการ ความรุนแรงของอาการ สะท้อนถึงระดับความรุนแรงที่ผู้ป่วยรับรู้ และ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ที่แสดงถึงผลกระทบทางจิตใจและร่างกายที่เกิดจากอาการของผู้ป่วย ส่วนมิติของการประเมินความหมายของอาการ เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ตีความและให้ความสำคัญต่ออาการ เช่น อาการเจ็บหน้าอกหรือปวดลิ้นปี่ที่อาจบ่งชี้ภาวะร้ายแรง และมิติของการตอบสนองต่ออาการ คือการกระทำที่ผู้ป่วยใช้เพื่อจัดการอาการ เช่น การเข้ารับการรักษา การใช้ยา หรือการปรับพฤติกรรม

แนวคิดนี้ถูกนำไปใช้ในงานวิจัยและการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มักมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก วิงเวียนศีรษะ และ อ่อนเพลีย หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม อาการเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ระบุอาการสำคัญ 15 อาการในผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่สามารถใช้บ่งชี้ความเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในการพัฒนาวิธีการประเมินและทำนายความเสี่ยงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจการรับรู้อาการ การประเมินความหมาย และการตอบสนองต่ออาการในกลุ่มผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการวินิจฉัยที่แม่นยำและทันเวลา ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และปรับปรุงประสิทธิภาพการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายด้านอาการในผู้ที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีลักษะอาการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดจำนวน 15 อาการตามแบบบันทึกอาการ
2. ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ป่วยที่มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
4. มีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และผลตรวจ Troponin T (Trop T)หรือ Troponin-I(Trop I) จากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลจากการเข้ารับการรักษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช
2. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือโรคปอดขั้นรุนแรง ที่อาจก่อให้เกิดอาการคล้ายกับภาวะหัวใจขาดเลือด

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power รุ่น 3.1.9.2 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression กำหนดระดับ ความเชื่อมั่นในการทดสอบระดับแอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 กำหนดค่า Odds ratio เท่ากับ 1.95 ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระคืออาการเหงื่อออก (Sweating) คล้ายกับการศึกษาปัจจุบันโดยมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการเหงื่อออก (Sweating) ในกลุ่ม STEMI เท่ากับ 0.49 และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการเหงื่อออก (Sweating) ในกลุ่ม Non-ACS เท่ากับ 0.33 (Zègre-Hemsey et al., 2018) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 419 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และประวัติการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เกิดอาการ ระดับความเจ็บปวด ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (Capillary blood glucose) ระดับเอนไซน์หัวใจชนิดที (Troponin-T) หรือระดับเอนไซน์หัวใจชนิดไอ (Troponin-I)และลักษณะของคลื่นหัวใจ (Echocardiograms)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกอาการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Concept) (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Zègre-Hemsey et al., 2018) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดแบบ Checklist จำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีทั้งหมด 15 อาการ ได้แก่ 1) อาการปวดบริเวณกราม (Jaw pain) 2) อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก (Tight chest pain) 3) อาการเจ็บบริเวณหน้าอก (Chest Pain) 4) อาการปวดบริเวณสะบักไหล่สองข้าง (Shoulder pain) 5) อาการใจสั่น (Palpitation) 6) อาการเหงื่อแตกหรือออกมากกว่าปกติ (Sweating) 7) หายใจหอบลึก อาการหายใจไม่อิ่ม (Dyspnea) 8) อาการหน้ามืดเป็นลม (Syncope) 9) อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน (Upper Xiphoid and Abdominal pain) 10) อาการปวดขา (Legs pain) 11) อาการท้องอืด (Abdominal distention) 12) อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and Vomiting) 13) อาการปวดศีรษะ (Headache) 14) อาการปวดแขนสองข้าง (Both arms pain) และ 15) อาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ (Weakness / Dizziness) แต่ละข้อให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ เพียง 1 คำตอบ การแปลผลตอบใช่ แปลว่า มีอาการ และตอบไม่ใช่ แปลว่า ไม่มีอาการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบบันทึกอาการ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านโรคหัวใจและการวิจัยทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณเป็นดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (CVI) โดยค่า CVI เท่ากับ 0.82 และภายหลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า สัมประสิทธิแอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023 - 175 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 – 31 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งระบุถึงวิธีการเก็บรักษาข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม ปฏิเสธ หรือถอน

ตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการทางการแพทย์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลจะถูกจัดเก็บไว้เป็นระยะเวลา 5 ปี ก่อนทำการทำลายทิ้ง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง โดยได้รับความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินในการประชาสัมพันธ์โครงการและแจ้งข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่สนใจ หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วม ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล จากการซักประวัติ การสัมภาษณ์ ประโยชน์จากการเข้าร่วม และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และผลลัพธ์จะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการประมวลผล โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยพิจารณาค่า Fisher's Exact Test เมื่อมีค่าคาดหวังในแต่ละเซลล์ต่ำกว่า 5 เกินกว่าร้อยละ 20

3. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายตัวแปร ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) โดยใช้วิธี Enter Method ซึ่งนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์พร้อมกันในขั้นตอนเดียว ทั้งนี้ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติให้ถูกต้องก่อนนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์ (Harris, 2021) ดังนี้

3.1 การทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปร (Independence of Variables) ด้วย Durbin-Watson Test ได้ค่า 1.236 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.2 การทดสอบ Multicollinearity ด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยค่า VIF อยู่ในช่วง 2.894 ถึง 3.725 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.3 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระกับ Logit พบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยค่า p เท่ากับ .000

3.4 การทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of Fit) ด้วย Hosmer-Lemeshow Test ผลการทดสอบ chi-square เท่ากับ 6.512 และค่า p เท่ากับ .590 แสดงให้เห็นว่าโมเดลนี้มีความเหมาะสมกับข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์

3.5 การทดสอบ Omnibus ผลการทดสอบ Omnibus Tests of Model Coefficients แสดงให้เห็นว่าค่า chi-square เท่ากับ 52.692 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ แสดงว่ามีตัวแปรอิสระอย่างน้อยหนึ่งตัวที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาด้านข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.78 มีอายุเฉลี่ย 56.54 (Min = 38 ปี, Max = 82 ปี) ได้รับการวินิจฉัยด้วย Acute coronary syndrome (ACS) ชนิด ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ร้อยละ 11.93 ชนิด non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 23.39 และ unstable angina ร้อยละ 27.21 ระยะเวลาการเข้ารับการรักษานับตั้งแต่เกิดอาการในกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 4.89 ชั่วโมง (Min = 1 ชั่วโมง, Max = 24 ชั่วโมง) มีระดับความเจ็บปวดโดยการประเมิน Pain Score เฉลี่ย 6.99 คะแนน (Min = 3 คะแนน, Max = 10 คะแนน)

2. ผลการศึกษาด้านลักษณะอาการ

ผลการศึกษาลักษณะอาการที่รายงานโดยผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1 ลักษณะอาการที่เกี่ยวเนื่องกับหัวใจแบบเฉพาะเจาะจง (Cardiac sign) มี 3 อาการได้แก่ 1) อาการเจ็บบริเวณหน้าอก ร้อยละ 75.89 2) อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก ร้อยละ 52.98 และ 3) อาการใจสั่น ร้อยละ 42.24

2.2 ลักษณะอาการที่เกี่ยวเนื่องกับหัวใจแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-Cardiac sign) มี 12 อาการได้แก่ 1) อาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 71.84 2) อาการปวดบริเวณสะบักไหล่ 2 ข้าง ร้อยละ 70.88 3) อาการปวดแขนสองข้าง ร้อยละ 55.37 4) อาการปวดบริเวณกราม ร้อยละ 52.27 5) อาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 51.07 6) อาการเหงื่อแตกหรือออกมากกว่าปกติ ร้อยละ 50.60 7) อาการหน้ามืด

เป็นลม ร้อยละ 49.88 8) อาการหายใจหอบลึก อาการหายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 29.82 9) อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 23.39 10) อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน ร้อยละ 19.81 11) อาการท้องอืด ร้อยละ 14.56 และ 12) อาการปวดขา ร้อยละ 4.53

3. ปัจจัยด้านอาการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านอาการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ปัจจัยด้านอาการทั้ง 15 อาการ มีความความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (Table 1)

Table 1 Symptom Factors related to Acute Coronary Syndrome in Patients with Acute Coronary Syndrome at Emergency Department, Secondary Hospital

Signs and Symptoms	**ACS**		
	X^2	*df*	***P-value***
Cardiac Signs			
1. Tight chest pain	432.103[a]	4	.000*
2. Chest pain	420.524[a]	4	.000*
3. Palpitation	420.773[a]	4	.000*
Non-cardiac Signs			
1. Sweaty	428.572[a]	4	.000*
2. Shoulder pain	420.722[a]	4	.000*
3. Jaw pain	430.744[a]	4	.000*
4. Dyspnea	420.399[a]	4	.000*
5. Syncope	420.102[a]	4	.000*
6. Upper xiphoid and abdominal pain	420.172[a]	4	.000*
7. Legs pain	420.845[a]	4	.000*
8. Abdominal distention	422.534[a]	4	.000*
9. Nausea and vomiting	420.026[a]	4	.000*
10. Headache	420.675[a]	4	.000*

Signs and Symptoms	ACS		
	X^2	*df*	***P-value***
11. Both legs pain	426.369[a]	4	.000*
12. Weakness / Dizziness	424.161[a]	4	.000*

**Fisher's Exact Test* $p < .001$

4. ผลการศึกษาปัจจัยทำนายด้านอาการผู้ที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านอาการ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter Method พบว่า ปัจจัยทำนายด้านอาการ ในผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน จำนวน 4 อาการได้แก่ อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก (OR = 1.924, 95 % CI = 1.196 - 3.096, P = 0.007) หายใจหอบลึก อาการหายใจไม่อิ่ม (OR = 2.237, 95 % CI = 1.229 -4.072, P = 0.008) ปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน (OR = 0.275, 95 % CI = 0.133 - 0.567, P < 0.001) อาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ (OR = 2.650, 95 % CI = 1.367 - 5.140, P = 0.004) สามารถทำนายการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ (P – value < 0.05) (Table 2)

Table 2 Symptom Factors Predicted to Acute Coronary Syndrome in Suspicious Patients with Acute Coronary Syndrome at Emergency Department, Secondary Hospital (n = 419)

Signs and Symptoms	B	S.E.	OR	95 % CI		P-value
				LL	UP	
Cardiac Signs						
1. Tight chest pain	.655	.243	7.277	1.196	3.096	.007*
2. Chest pain	.524	.298	3.096	.942	3.029	.078
3. Heart tremble	-.650	.483	1.806	.202	1.347	.179
Non-cardiac Signs						
1. Sweaty	.252	.256	.962	.778	2.126	.327
2. Shoulder pain	.395	.355	1.239	.740	2.979	.266
3. Jaw pain	.053	.241	.048	.658	1.690	.826
4. Dyspnea	.805	.306	6.946	1.229	4.072	.008*
5. Syncope	-.125	.557	.051	.296	2.628	.822

Signs and Symptoms	B	S.E.	OR	95 % CI		P-value
				LL	UP	
6. Upper xiphoid and abdominal pain	-1.292	.369	12.229	.133	.567	.001*
7. Legs pain	-.022	.775	.001	.214	4.473	.978
8. Abdominal distention	.022	.501	.002	.383	2.727	.966
9. Nausea and vomiting	.153	.669	.052	.314	4.325	.820
10. Headache	.366	.310	1.399	.786	2.647	.237
11. Both legs pain	-.212	.244	.759	.502	1.304	.384
12. Weakness / Dizziness	.975	.338	8.319	1.367	5.140	.004*

** P-value < 0.05 ,UP =Upper, LL = Lower*

อภิปรายผล

ปัจจัยทำนายด้านอาการในผู้ที่สงสัยการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โดยปัจจัยด้านอาการทั้ง 15 อาการ มีความความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับกลไกการเกิดโรคและแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่สัมพันธ์กับลักษณะทางคลินิกของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการรับรู้อาการของบุคคลที่สามารถประเมิน การรับรู้อาการผิดปกติด้วยตนเอง ความรุนแรงของอาการและความหมายของอาการได้ โดยแบ่งลักษณะอาการและอาการแสดงที่รายงานจากผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะได้แก่ 1) ลักษณะอาการที่เกี่ยวเนื่องกับหัวใจที่เฉพาะเจาะจง (Cardiac Signs) 3 อาการสำคัญ ได้แก่ 1.1) อาการเจ็บบริเวณหน้าอก 1.2) อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก และ 1.3) อาการใจสั่น และ 2) อาการที่เกี่ยวเนื่องกับหัวใจแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-Cardiac Signs) 12 อาการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI พบว่า อาการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI มีอาการและอาการแสดง 4 อาการร่วมกันทำนายภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอก (OR = 1.924, 95 % CI: 1.196 – 3.096, p = .007) 2) อาการหายใจหอบลึก หายใจไม่อิ่ม (OR = 2.237, 95 % CI: 1.229 – 4.072, p = .008) 3) อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน (OR = 0.275, 95 % CI: 0.133 – 0.567, p < .001) และ 4) อาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ (OR = 2.650, 95 % CI: 1.367 –5.140, p = .004) ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มอาการแสดงแบบเฉพาะเจาะจง (Cardiac signs) ประกอบด้วย อาการเจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกแน่น

หน้าอกหรือบีบเค้นบดขยี้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเลือดไปเลี้ยงไม่พอและความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจน ของกล้ามเนื้อหัวใจ แม่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจะปล่อยสารแบรดิไคนิน (Bradykinin) และ ไคนิน (Kinin) ออกมาไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptor) ที่อยู่ชั้นนอก(adventitia) ของหลอดเลือดโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจ อาการเจ็บแน่นเป็นการเจ็บของอวัยวะภายใน (Tae Du Jung, 2022) ความผิดปกติจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที การเพิ่มภาระหน้าที่ของหัวใจ ในขณะที่หัวใจไม่สามารถส่งเลือดผ่านออกได้สะดวก จากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ส่งผลให้เกิดอาการหายใจหอบลึก หายใจไม่อิ่ม (Emakhu et al., 2022) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จากภาวะสมองพร่องออกซิเจน (Cerebral anoxia) จากสาเหตุปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงด้วยและจากการมีเลือดคั่งในหลอดเลือดของกระเพาะอาหาร หลอดเลือดแดงช่องท้องบีบรัดตัว ผู้ป่วยจะมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ ท้องส่วนบนได้ (Zègre-Hemsey et al., 2018) ความแตกต่างของลักษณะอาการดังกล่าว สามารถอธิบายด้วยการรับรู้หรือประสบการณ์ ต่ออาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความแตกต่างทางกายวิภาคศาสตร์ สรีวิทยาและจิตสังคม รวมถึงการตอบสนองต่อความเข้าใจในลักษณะอาการรวมถึงลักษณะความรุนแรงของโรคหรือตำแหน่งของพื้นที่กล้ามเนื้อหัวใจที่มีการขาดเลือด โดยองค์ประกอบดังกล่าวส่งผลต่ออาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แต่ละบุคลคลแสดงออกแตกต่างกัน (DeVon et al., 2020) อาการสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นสิ่งสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ในการประเมินและการวินิจฉัยที่ถูกต้อง แต่ในขณะเดียวกันลักษณะอาการที่ไม่เด่นชัดอาจส่งผลต่อการประเมินอาการที่ผิดพลาดได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับบริการนับตั้งแต่เกิดอาการในกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ย 4.89 ชั่วโมงและจากการการประเมิน Pain Score มีระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย 6.99 คะแนน ซึ่งลักษณะอาการปวดที่น้อยกว่า 7 คะแนน อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ล่าช้ามากขึ้น (Zègre-Hemsey et al., 2018) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านอาการเป็นหนึ่งในสามของเกณฑ์การวินิจฉัยด้านคลินิกที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกเหนือจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการตรวจระดับเอนไซม์หัวใจ ซึ่งความคลุมเครือด้านอาการที่ไม่ชัดเจนสามารถส่งผลต่อความรวดเร็วด้านการเข้ารับการรักษาโรค (First medical contract) ความผิดพลาดในด้านการตรวจประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Door to ECG) การตัดสินใจเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด (Door to Streptokinase) และการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Door-to-pci times) ซึ่งพบการวินิจฉัยผิดพลาดจากความคลุมเครือด้านอาการจากการบอกเล่ารายงานของผู้ป่วยมาก

ถึงร้อยละ 10 ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดด้านการรักษาและผลลัพธ์การรักษาที่ไม่มีคุณภาพได้ (Perona et al., 2024) ขณะเดียวกันเพื่อการสร้างความชัดเจนต่อการรายงานอาการของผู้ใช้บริการทุกกลุ่มวัย หน่วยงานด้านสาธารณสุข บุคลากรสุขภาพมีความจำอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้เกิดความเข้าใจในลักษณะอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างถูกต้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเพื่อการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

สรุป

การแบ่งแยกลักษณะอาการที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ควรมีความตระหนักในลักษณะอาการของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รายงานอาการ ได้แก่ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอก 2) อาการหายใจหอบลึก หายใจไม่อิ่ม 3) อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน และ 4) อาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการใช้ข้อมูลจากการรายงานอาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขณะเดียวกันในกลุ่มอาการที่มีการรายงานอาการที่เด่นชัด เหมือนลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่เป็นอาการหลักของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Supinski et al., 2021) อาจส่งผลต่อการคำนึงถึงกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด การวิจัยพบลักษณะอาการที่ได้จากผู้ป่วยโดยการซักประวัติหรือการสัมภาษณ์ ที่เข้าได้กับกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่พบการยกตัวผิดปกติของช่วง ST (STEMI) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่พบการยกตัวของช่วง ST (NSTEMI) มีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมีลักษณะ depression, T wave inverted และ ภาวะเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable Angina) อย่างไรก็ตามเพื่อความแม่นยำด้านการวินิจฉัยโรค ควรมีการส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจค่าเอนไซม์หัวใจ เช่น Troponin -T หรือ Troponin-I ร่วมด้วยเพื่อประกอบการยืนยันวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างรวดเร็วในการช่วยเหลือผู้ป่วย

ข้อจำกัดการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยในครั้งนี้ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ Checklist ในมาตรวัดแบบ ใช่หรือไม่ใช่ และการสอบถามในการแบ่งแยกลักษณะอาการนำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของอาการโรคหัวใจขาดเลือดได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงควรพิจารณาการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาที และ การตรวจหาระดับเอนไซม์ของหัวใจ เช่น Troponin-T หรือ Troponin-I หรือ creatinine kinase CK-MB เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมด้วยหรือใช้เกณฑ์ การสนับสนุนตามการวินิจฉัยที่กำหนดโดย American

Heart Association / American College of Cardiology criteria ร่วมด้วยเพื่อความรวดเร็ว แม่นยำในการวินิจฉัยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินประเมินคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการเพื่อให้การพยาบาลเฉพาะรายโดยคัดแยกเบื้องต้นในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าสู่ระยะวิกฤตโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นำอาการจากตัวแปรที่มีผลจากการศึกษาครั้งนี้มาสร้างแนวปฏิบัติหรือพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยในการเฝ้าระวังติดตามค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อการวางแผนการดูแลหรือการตรวจวินิจฉัยที่ครอบคลุมมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพด้านการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินอาการผู้ป่วยจากลักษณะอาการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและเฉียบพลัน

2. ด้านการเรียนการสอน นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เรื่องการพยาบาลโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกี่ยวกับการประเมินอาการ และการคัดแยกผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปอาจพัฒนารูปแบบสมการ ตระหนักหลัก 4 อาการ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอก 2) อาการหายใจหอบลึก หายใจไม่อิ่ม 3) อาการปวดจุกแน่นลิ้นปี่และท้องส่วนบน และ 4) อาการอ่อนเพลีย / วิงเวียนศีรษะ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้โดยนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริการ การสร้างแบบและจัดลำดับความสำคัญในประเมินภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากโดยการซักประวัติหรือการสัมภาษณ์ อาจต้องนำปัจจัยด้านระยะเวลาต่อการเกิดอาการและระยะเวลาต่อการเข้ารับการรักษา เพื่อการพัฒนาบริการด้านการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็ว และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงกับผู้ป่วย

รายการอ้างอิง (References)

Arora, G., & Bittner, V. (2017). Chest pain characteristics and sex in the early diagnosis of acute myocardial infarction. C*urrent Cardiology Reports 2017*, *17*(2), 5. http://doi.org/10.1007/s11886-014-0557-5

Benjamin, E.J., Blaha, M.J., Chiuve, S.E., Cushman, M., Das, S.R., Deo R, Ferranti, M., Gillespie, C., Isas, C.R., Jiménez, M.C., Jordan, L.C., Judd, S. E, Lackland, L., Lichtman, H.L., Lisabeth, L, Liu, S., Longenecker, C.T., Mackey, R.H., Matsushita, K., ... Muntner, P. (2017). Heart disease and stroke statistics- 2017. *Circulation*, *135* (10), e146 - e603. http://doi.org/10.1161/ CIR.0000000000000485

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Facione, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Kathryn, L., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668 - 676. http://doi.org/ 10.1046/j.1365-2648.2001. 01697.x

DeVon, H.A, Mirzaei, S., & Zègre-Hemsey, J. (2020). Typical and Atypical Symptoms of Acute Coronary Syndrome: Time to Retire the Terms. *Journal of the American Heart Association, 9* (7), 1 - 4. http://doi.org/org/10.1161/JAHA.119.015539

Emakhu, J., Monplaisir, L., Aguwa, C., Arslanturk, S., Masoud, S., Nassereddine, H., Hamam, S.M., & Miller, J.B. (2022). Acute coronary syndrome prediction in emergency care: A machine learning approach. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 225. http://doi.org/ 10.1016/j.cmpb.2022.107080

Harris, J. K. (2021). Primer on binary logistic regression. *Family Medicine and Community Health, 9*(1), 1 - 17. https://doi.org/10.1136/fmch-2021-001290.

Karam, N., Bataille, S., Marijon, E., Giovannetti ,O., Tafflet, M., Savary, D, Benamer,H., Caussin,C., Garot,P., Juliard,J.M., Pires,v., Boche,T., Dupas,F., LeBail,G., Lamhaut,L., Laborne,F., Lefort,H., Mapouata,M., Lapostolle, F.,... Lambert,Y.(2016). Identifying patients at risk for prehospital sudden cardiac arrest at the early phase of myocardial infarction: The e-MUST study (evaluation en medecine d' urgence des strategies therapeutiques des infarctus du myocarde) *AHAIASA Journals*, *134* (25) . http://doi.org/ 10.1161/CIRCULATIONAHA. 116.022954

Medical Recoad Secondary Hospital (2 0 2 3). *Register of patients with Acute Coronary Syndrome Secondary Hospital 2023*. Rasisalai Hospital, Sisaket Province.

Perona, M., Cooklin, A., Thorpe, C., O'Meara, P., & Rahman, A.M. (2024). Symptomology, Outcomes and Risk Factors of Acute Coronary Syndrome Presentations without Cardiac Chest Pain: A Scoping Review. *European Cardiology Review*, *1 9,* e12. http://doi.org/1 0 . 15420/ecr.2023.45

Strategy and Planning Divistion. (2022, November 1). *Public Health Statistics A.D.* https://spd.moph. go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf

Supinski, D., Borg, B., Schmitz, K., Mullvain, R., Renier, C., & Benziger, C. (2021). Chest pain severity rating is a poor predictive tool in the diagnosis of ST-segment elevation myocardial infarction. *Critical Pathways in Cardiology*, *20*(2), 88 – 92. http://doi.org/org/10.1097/HPC. 000000 0000000241

Tae Du Jung (2022). A Brief Note on the Angina Pectoris and its Pathophysiology. *Journal Clinical Experimemtal Cardiology 2022, 13*(4), 1 - 10. http://doi.org/10.35248/2155-9880.22.13.725

Torres, M., & Moayedi, S. (2007). Evaluation of the acutely dyspneic elderly patient. *Clinic in Geriatric Medicine, 23*(2) , 307–325. http://doi.org/10.1016/j.cger.2007.01.007

World Health Organization. (2020, May 13) *World Health Statistics 2020: Monitoring health for the SDGs, sustainable developmentgoals.* https://www.who.int/publications/i/item/9789 240005105

Zègre-Hemsey, J.K., Burke, L.A., & DeVon, H.A. (2018). Patient-reported symptoms improve prediction of acute coronary syndrome in the emergency department. *Research in Nursing and Health*, *41*(5), 459 – 468 http://doi.org/10.1002/nur.21902

อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

Incidence and Predicting Factors Associated with Complications in Patients with Stroke in Rehabilitation Phase at Thung Khoa Luang Hospital in Roi-Et Province

วุฒิชัย สมกิจ[1*], พิชชาอร นามเพ็ง[2]

Wuttichai Somgit[1], Pitchaon Nampeng[2]

(Received: October 1, 2024; Revised: November 23, 2024; Accepted: December 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ที่นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565 ที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์คัดเข้าศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 136 ราย เก็บข้อมูลโดยวิธีรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา = 1 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติ multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 58.09 แบ่งเป็นปอดอักเสบ ร้อยละ 44.30 แผลกดทับ ร้อยละ 32.91 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 13.92 และภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบ ร้อยละ 8.86 ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ได้แก่ เพศชาย (OR_{Adj} 3.56; 95 % CI = 1.33, 9.54; p = 0.012) คะแนน ADL 25 – 45 คะแนน (OR_{Adj} 7.38; 95 % CI = 1.48, 36.89; p = 0.015) คะแนน ADL 75 – 90 คะแนน (OR_{Adj} 4.64; 95 % CI = 1.08, 19.86; p = 0.039) ปัญหาการเคี้ยวกลืน (OR_{Adj} 9.06; 95 % CI = 2.66,

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

[2] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

[2] Nursing Services Organization, Thung Khoa Luang Hospital, Roiet Province

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

30.85; p < 0.001) และปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ (OR $_{Adj}$ 9.35; 95 % CI = 1.41, 61.86; p = 0.020)

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, ภาวะแทรกซ้อน, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ระยะฟื้นฟู

Abstract

This descriptive retrospective analysis research aimed to study incidence and predicting factors associated with complications in patients with stroke in rehabilitation phase at Thung Khoa Luang Hospital in Roi-Et Province. Samples were 136 patients with stroke in rehabilitation phase who were admitted in inpatient ward at Thung Khoa Luang Hospital between January 1, 2018, and December 31, 2022, and who met the inclusion criteria. Data were collected from medical records by using a data record form with a content validity of 1. Sample data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regression statistics.

The findings showed that from 136 samples had complications (58.09%), which were divided among pneumonia (44.30%), pressure sores (32.91%), urinary tract infections (13.92%), and joint stiffness and muscular atrophy (8.86%). Predicting factors associated with complications in patients with stroke in rehabilitation phase at Thung Khoa Luang Hospital were male (OR Adj 3.56; 95 % CI = 1.33, 9.54; p = 0.012), those with Activity Daily Living scores between 25 and 45 (OR Adj 7.38; 95% CI = 1.48, 36.89; p = 0.015), those with Activity Daily Living score between 75 and 90 (OR Adj 4.64; 95 % CI = 1.08, 19.86; p = 0.039), dysphagia issues (OR Adj 9.06; 95 % CI = 2.66, 30.85; p < 0.001), and urine and bowel incontinence (OR Adj 9.35; 95 % CI = 1.41, 61.86; p = 0.020).

Keywords: Incidence, Complications, Patients with stroke, Rehabilitation phase

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ โดยพบผู้ป่วย stroke ทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (World Stroke Organization [WSO], 2022) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์เกิด stroke เพิ่มขึ้นตามอายุและพบว่ามีแนวโน้มเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ การดื่มแอลกอฮอล์และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Wang et al., 2022) สอดคล้องกับข้อมูลจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ ที่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย stroke รายใหม่ในประเทศไทยทั้ง 13 เขตสุขภาพ ในปี 2560 - 2565 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 278.49, 303.20, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้ว่าช่วงที่ผ่านมาจะมีการระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบันก็ไม่พบว่าจำนวนผู้ป่วย stroke มีจำนวนลดลงแต่อย่างใด (Tiamkao, 2022)

เมื่อเกิด stroke ทั้งชนิดแตก (hemorrhagic stroke) ชนิดตีบและตัน (ischemic stroke) จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสถานพยาบาล รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผลกระทบทางด้านร่างกายผู้ป่วย พบว่าเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง จะเกิดความเสียหายต่อเนื้อสมอง ผู้ป่วยบางรายอาจรอดชีวิต อาจเกิดความพิการชั่วคราวหรือทุพพลภาพถาวร ร้อยละ 20.7 - 30.00 (Wang et al., 2022) เกิดปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (Wang et al., 2022) เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Elkind et al., 2020) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพบได้ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Somgit et al., 2021; Elkind et al., 2020; Badve et al., 2019) เกิดแผลกดทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งพบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเช่นกัน (Pukkaeraka et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ (Elkind et al., 2020) และปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันที่บกพร่อง เนื่องมาจากภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Tater & Pandey, 2021) และ2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยจะมีกระบวนการคิด การจำที่ผิดปกติอันเนื่องมาจากสมองได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์จากความพิการที่หลงเหลือ ทำให้กระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว อาทิ อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด กังวล ท้อแท้สิ้นหวังและซึมเศร้า โดยพบได้ในช่วงระยะ 6 เดือนถึง 2 ปี หลังเกิด stroke (Schwarzbach & Grau, 2020) เมื่อมีกระทบต่อด้านจิตใจดังกล่าวจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ลดลง ขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสุขภาพและผู้ป่วยจะมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Jullamate, 2021) ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากขณะปกติ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม การติดต่อแลกเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคมลดลงเนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นเดิม ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น มีผลให้ครอบครัวขาดรายได้ เกิดการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ใหม่ที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวลดลงตามไปด้วย (Schwarzbach & Grau, 2020)

ผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู (rehabilitation period) หรือระยะกลาง (intermediate care; IMC) หมายถึง ผู้ป่วย stroke ที่อยู่ในระยะที่จะต้องได้รับการดูแล และฟื้นฟูสภาพหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ

อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่าสมรรถภาพจะฟื้นกลับมาใกล้เคียงกับภาวะปกติ ช่วงระยะเวลาดังกล่าวจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นระยะที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ทั้งนี้ผู้ป่วย stroke ถือเป็น 1 ใน 3 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ (Health Administration division Office of Permanent Secretary, 2019) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาทั้งในและต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Stroke ในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะกลางหรือระยะฟื้นฟู และระยะเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของ Pairohsathien (2023) ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ พบว่าระดับคะแนน The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เพศหญิง กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย stroke เช่น แผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และเพศชาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบ เป็นต้น การศึกษาของ Garavelli et al. (2021) พบว่าระดับคะแนน NIHSS มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย stroke แบบ non-neurological in-hospital complications การศึกษาของ Xu et al. (2021) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วย stroke ได้แก่ ระดับคะแนน NIHSS ระดับคะแนน Glasgow coma scale (GCS) ภาวะติดเชื้อในปอด และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ Leangpanich et al. (2019) พบว่าตัวแปรร่วมทำนายการติดเชื้อปอดบวมหลังเกิดโรค stroke อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา โรคหลอดเลือดหัวใจ และการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เป็นต้น แต่การศึกษาดังกล่าวพบว่าเป็นการศึกษาที่อยู่ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีขนาดเล็ก ซึ่งแตกต่างในด้านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ สมรรถนะของบุคลากร สมรรถนะในการดูแล แนวทางการดูแล และอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย stroke อีกทั้งในบริบทของประเทศไทยยังไม่ปรากฏการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ที่อยู่ในระยะฟื้นฟู ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญและในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เพื่อรอฟื้นฟูสภาพก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาดเล็ก ระดับ F3 ที่เปิดให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทุกช่วงวัยในเขตอำเภอทุ่งเขาหลวง และประชากรในเขตอำเภอใกล้เคียงในจังหวัดร้อยเอ็ด มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ และมีบุคลากร

สายสนับสนุนอื่น ๆ ในด้านการดูแลผู้ป่วย stroke โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงได้เปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน จากสถิติพบจำนวนผู้ป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 – 2565 จำนวน 31 คน, 152 คน, 98 คน, 59 คน และ 65 คน ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู หรือระยะกลาง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อฟื้นฟูภาวะพิการหรือความผิดปกติที่หลงเหลือ จากการทบทวนสถิติพบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติดกล้ามเนื้อลีบ ซึ่งส่งผลให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยบางส่วนมีอาการแย่ลงระหว่างนอนพักรักษา แม้ว่ากลุ่มการพยาบาลจะมีการถ่ายทอดนโยบายในการดูแลผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ให้พยาบาลทุกคนนำไปปฏิบัติ แต่ภาวะแทรกซ้อนยังมีแนวโน้มเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Thung Khoa Luang Hospital, 2023) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบทั้งด้านความปลอดภัยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องผู้ดูแลทั้งในขณะนอนพักรักษาตัว และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งผู้ดูแลดังกล่าวมักมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นอื่น ๆ เช่น สถานภาพของครอบครัว รายได้ของครอบครัว รวมไปถึงอาชีพ ร่วมด้วยเช่นกัน

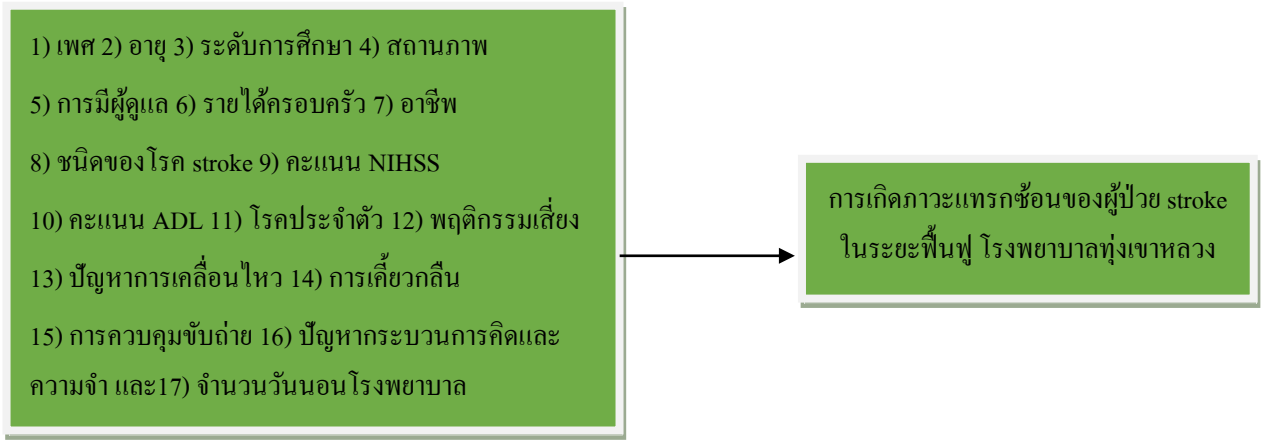
จากที่มาและความสำคัญดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ยังมีอยู่น้อย ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ศึกษาและติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย stroke อย่างต่อเนื่องในพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย จึงมีความสนใจในการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ณ ร.พ.ทุ่งเขาหลวง จ.ร้อยเอ็ด โดยศึกษาปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยที่ได้จากการสังเกตจากการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke ในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นข้อมูลในการวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดพยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย stroke เป็นกรอบการวิจัย โดยคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาก่อนหน้าทั้งในและต่างประเทศ และปัจจัยที่ได้จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เท่านั้น เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การมีผู้ดูแล รายได้ครอบครัว อาชีพ ชนิดของโรค stroke คะแนน NIHSS คะแนน ADL โรคประจำตัว พฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาการเคลื่อนไหว การเคี้ยวกลืน การควบคุมขับถ่าย ปัญหากระบวนการคิดและความจำ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective analysis) โดยวิธีรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ที่เข้ารับการรักษาใน ร.พ.ทุ่งเขาหลวง ระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2561 - 31 ธ.ค. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 5 ปี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ร.พ.ทุ่งเขาหลวง ตั้งแต่ 1 ม.ค.2561 - 31 ธ.ค.2565 จำนวน 405 ราย ซึ่งผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู หมายถึง ผู้ป่วย stroke ที่อยู่ในระยะที่จะต้องได้รับการดูแล และฟื้นฟูสภาพ หลังผ่านพ้นระยะวิกฤต และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่เกิน 6 เดือน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็น stroke 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ3) เป็นผู้ป่วย stroke ทั้งที่เกิดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วย ภาวะปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบ

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ 1) นอนพักรักษาตัวไม่ครบ 48 ชั่วโมง 2) เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก และ 3) ย้ายโรงพยาบาล

ผู้วิจัยใช้ประชากรทุกรายที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าจากการศึกษา เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ โดยจากการคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 136 คน มีผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ 269 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาไม่ครบ 48 ชั่วโมง จำนวน 250 คน และผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล จำนวน 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ชนิดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลการเกิดภาวะปอดอักเสบ ข้อมูลการแผลกดทับ ข้อมูลการเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และข้อมูลภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบ ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และระบุไว้ในเวชระเบียน และ 2) ข้อมูลปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบถูกต้องของเครื่องมือวิจัยตามปัจจัยที่กำหนด และตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย stroke 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย stroke 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด ตามรหัส HE 2566-12-20-118 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 และได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย stroke ตามหนังสือแนบท้ายการรับรองจริยธรรมการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ โดยไม่มี ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย ปรากฏในแบบบันทึกข้อมูล มีการปกปิดสาเหตุการเจ็บป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ได้จาก

เวชระเบียนอย่างเคร่งครัด การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด และได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย stroke ที่มีคุณสมบัติตามการศึกษา ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อประชากรทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปของแผนกเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งหลังการเก็บข้อมูล หากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์จะทำการเก็บข้อมูลซ้ำจากเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเดิม และหากพบว่าเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจริง ผู้วิจัยจะตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออกจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรเดี่ยวโดยใช้สถิติ simple logistic regression โดยผู้วิจัยจัดลักษณะตัวแปรตามการทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกตัวแปรที่ p-value < .20 จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรเดี่ยวเข้าสู่สมการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Hosmer & Lemeshow, 2000) คัดเลือกตัวแปรต้นเข้าตัวแบบโดยวิธี backward method selection วิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรพหุ โดยใช้สถิติ multiple logistic regression กำหนดระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของ Adjusted OR (95 % CI of OR_{Adj}) และค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (multicollinearity) ในโมเดลสุดท้ายโดยพิจารณาจากค่าอัตราความแปรปรวนเฟ้อ (variance inflation factor; VIF) ของตัวแปรต้นทุกตัวน้อยกว่า 10 หรือค่า tolerance น้อยกว่า 0.10

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย พบอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 58.09 มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 1 ชนิด ร้อยละ 86.08 และมีภาวะแทรกซ้อน 2 ชนิด ร้อยละ 13.92 แบ่งเป็น ปอดอักเสบ

ร้อยละ 44.30 แผลกดทับ ร้อยละ 32.91 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 13.92 และภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบ ร้อยละ 8.86 (Table 1)

Table 1 Incidence of complications of stroke patients in rehabilitation period (n = 136)

Complications	n (%)
- No	57 (41.91)
- Yes	79 (58.09)
- 1 complicaiton	68 (86.08)
- 2 complications	11 (13.92)
- Pneumonia	35 (44.30)
- Pressure ulcer	26 (32.91)
- Urinary tract infection	11 (13.92)
- Joint stiffness and muscle atrophy	7 (8.86)

จากกลุ่มตัวอย่าง 136 ราย พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.24 อายุเฉลี่ย 70.92 ปี (S.D. = 11.14) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.58 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.50 ส่วนมากมีผู้ดูแล ร้อยละ 79.41 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนมาก 5,001 – 10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 72.79 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม หรือ รับจ้าง ร้อยละ 88.24 ส่วนใหญ่เป็น stroke ชนิดตีบตัน ร้อยละ 97.35 ระดับคะแนน NIHSS ส่วนมาก 5 – 14 คะแนน ร้อยละ 41.91 คะแนน ADL ส่วนมากอยู่ระหว่าง 50 – 70 คะแนน ร้อยละ 26.67 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.56 พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.91 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 62.61 มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 26.47 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.76 มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 2.21 มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว / กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 36.03 มีปัญหาการเคี้ยวกลืน ร้อยละ 35.29 มีปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ ร้อยละ 22.79 มีปัญหาด้านกระบวนการคิด / ความจำ และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.76 วัน (S.D. = 1.67)

เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรเดี่ยว พบว่า ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศชาย (OR_{crude} 2.23; 95 % CI = 1.06, 4.66; p = 0.033) อายุ ≥ 60 ปี (OR_{crude} 3.77; 95 % CI = 1.50, 9.52; p = 0.005) รายได้ครอบครัว ≥ 10000 บาท ต่อเดือน (OR_{crude} 0.19; 95 % CI = 0.04,0.88;

p = 0.033) ระดับคะแนน NIHSS 4 – 14 คะแนน (OR_{crude} 2.83; 95 % CI = 1.07,7.52; p = 0.037) ระดับคะแนน NIHSS 15 – 24 คะแนน (OR_{crude} 7.84; 95 % CI = 2.64,23.26; p < 0.001) ระดับคะแนน NIHSS 25 คะแนน (OR_{crude} 8.31; 95 % CI = 1.41,49.06; p = 0.019) ระดับคะแนน ADL 0 – 20 คะแนน (OR_{crude} 21; 95 % CI = 3.26,135.48; p = 0.001) ระดับคะแนน ADL 25 – 45 คะแนน (OR_{crude} 16.33; 95 % CI = 3.95,67.47; p < 0.001) ระดับคะแนน ADL 50 – 70 คะแนน (OR_{crude} 4.38; 95 % CI = 1.20,15.91; p = 0.025) การมีโรคประจำตัว (OR_{crude} 5.78; 95 % CI = 1.79,16.91; p = 0.001) การมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว/ กล้ามเนื้ออ่อนแรง (OR_{crude} 40.39; 95 % CI = 9.19,177.55; p < 0.001) การมีปัญหาการเคี้ยวกลืน (OR_{crude} 9.65; 95 % CI= 3.72,25.06; p < 0.001) การมีปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ (OR_{crude} 15.95; 95 % CI = 3.62,70.29; p < 0.001) การมีปัญหาด้านกระบวนการคิด / ความจำ (OR_{crude} 11.63; 95 % CI = 3.34,40.46; p < 0.001) และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (OR_{crude} 2.09; 95 % CI = 1.50,2.90; p < 0.001) (Table 2)

Table 2 Simple logistic regression analysis of risk factors for complications of stroke patients in rehabilitation period (n = 136)

Factor	Complications		Crued OR (95%CI)	p-value
	No	Yes		
	n (%)	n (%)		
Gender				
Female	42 (48.84)	44 (51.16)	1	
Male	15 (30.00)	35 (70.00)	2.23 (1.06 - 4.66)	0.033**
Age (years)				
< 60	17 (68.00)	8 (32.00)	1	
≥ 60	40 (36.04)	71 (63.96)	3.77 (1.50 - 9.52)	0.005**
Educational level				
Primary school	34 (42.5)	46 (57.5)	1	0.868
Secondary school or higher	23 (41.07)	33 (58.93)	1.06 (0.53 - 2.12)	
Marital status				
Married	49 (41.18)	70 (58.82)	1.27 (0.46 - 3.52)	0.646
Single	8 (47.06)	9 (52.94)	1	
Care giver				
No	10 (35.71)	18 (64.29)	1.39 (0.59 - 3.28)	0.457

Factor	Complications		Crued OR (95%CI)	p-value
	No	Yes		
	n (%)	n (%)		
Yes	47 (43.52)	61 (56.48)	1	
Family income (Baht / month)				
< 5000	9 (36.00)	16 (64.00)	1	
5001 - 10000	39 (39.39)	60 (60.61)	0.87 (0.35 - 2.15)	0.756
≥ 10000	9 (75.00)	3 (25.00)	0.19 (0.04 - 0.88)	0.033**
Occupation				
Farmer / Labourer	47 (39.17)	73 (60.83)	2.59 (0.88-7.60)	0.083
Other occupations (Business owner, Government official, State enterprise employee)	10 (62.5)	6 (37.5)	1	
Type of stroke				
Ischemic stroke	39 (35.45)	71 (64.55)	1	
Hemorrhagic stroke	1 (33.33)	2 (66.67)	1.10 (0.10-12.50)	0.940
NIHSS Score				
≤ 4 score	19 (70.37)	8 (29.63)	1	
5–14 score	26 (45.61)	31 (54.39)	2.83 (1.07-7.52)	0.037**
15 – 24 score	10 (23.26)	33 (76.74)	7.84 (2.64-23.26)	< 0.001**
25 score	2 (22.22)	7 (77.78)	8.31 (1.41-49.06)	0.019**
ADL score				
0 – 20 score	2 (14.29)	12 (85.71)	21 (3.26-135.48)	0.001**
25 – 45 score	6 (17.65)	28 (82.35)	16.33 (3.95-67.47)	< 0.001**
50 – 70 score	16 (44.44)	20 (55.56)	4.38 (1.20 - 15.91)	0.025**
75 – 90 score	18 (54.55)	15 (45.45)	2.92 (0.79 – 10.76)	0.108
90 - 100 score	14 (77.78	4 (22.22)	1	
Underlying disease				
No	16 (76.19)	5 (23.81)	1	
Yes	41 (35.65)	74 (64.35)	5.78 (1.97 - 16.91)	0.001**
Alcohol consumption				
No	37 (37.00)	63 (63.00)	1	
Yes	20 (55.56)	16 (44.44)	0.47 (0.22 - 1.02)	0.055

Factor	Complications		Crued OR (95%CI)	p-value
	No	Yes		
	n (%)	n (%)		
Smoking status				
No	31 (36.05)	55 (63.95)	1	
Yes	26 (52.00)	24 (48.00)	0.520 (0.26 - 1.06)	0.071
Physical activity				
No	54 (40.6)	79 (59.4)	1	-
Yes	3 (100.00)	0 (0.00)	NA	
Physical inactivity/ Muscle weakness				
No	55 (63.22)	32 (36.78)	1	
Yes	2 (4.08)	47 (95.92)	40.39 (9.19-177.55)	< 0.001**
Dysphagia				
No	51 (57.95)	37 (42.05)	1	
Yes	6 (12.50)	42 (87.50)	9.65 (3.72-25.06)	< 0.001**
Urinary and bowel incontinence				
No	55 (52.38)	50 (47.62)	1	
Yes	2 (6.45)	29 (93.55)	15.95 (3.62-70.29)	< 0.001**
Cognitive Impairment/ memory loss				
No	54 (52.94)	48 (47.06)	1	
Yes	3 (8.82)	31 (91.18)	11.63 (3.34-40.46)	< 0.001**
Length of stay				
Mean ± SD	3.96±1.1	5.33±1.78		
Median (min : max)	3 (3:7)	5 (3:10)	2.09 (1.50-2.90)	< 0.001**

**Significant; $p < 0.05$

วิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรพหุ โดยคัดเลือกตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < .20 จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรเดี่ยว เข้าสู่สมการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ ได้แก่ เพศชาย ($p = 0.033$) อายุ ≥ 60 ปี ($p = 0.005$) รายได้ครอบครัว ≥ 10000 บาท ต่อเดือน ($p = 0.033$) อาชีพเกษตรกรรม ($p = 0.083$) ระดับคะแนน NIHSS 4 – 14 คะแนน ($p = 0.037$) ระดับคะแนน NIHSS 15 – 24 คะแนน ($p < 0.001$) ระดับคะแนน NIHSS 25 คะแนน ($p = 0.019$) ระดับคะแนน ADL 0 – 20 คะแนน ($p = 0.001$) ระดับคะแนน ADL 25 – 45 คะแนน ($p < 0.001$) ระดับคะแนน ADL 50 – 70 คะแนน ($p = 0.025$)

ระดับคะแนน ADL 75 – 90 คะแนน (p = 0.108) การมีโรคประจำตัว (p = 0.001) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (p = 0.055) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (p = 0.071) การมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว / กล้ามเนื้ออ่อนแรง (p < 0.001) การมีปัญหาการเคี้ยวกลืน(p < 0.001) การมีปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ (p < 0.001) การมีปัญหาด้านกระบวนการคิด/ความจำ (p < 0.001) และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (p < 0.001) ไม่พบ multicollinearity ของตัวแปรต้นทั้งหมด (VIF < 10) พบว่าปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ เพศชาย (OR_{Adj} 3.56; 95 % CI = 1.33, 9.54; p = 0.012) คะแนน ADL 25 – 45 คะแนน (OR_{Adj} 7.38; 95 % CI = 1.48, 36.89; p = 0.015) คะแนน ADL 75 – 90 คะแนน (OR_{Adj} 4.64; 95 % CI = 1.08, 19.86; p = 0.039) ปัญหาการเคี้ยวกลืน (OR_{Adj} 9.06; 95% CI = 2.66, 30.85; p < 0.001) และปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ (OR_{Adj} 9.35; 95 % CI = 1.41, 61.86; p = 0.020) (Table 3)

Table 3 Multiple logistic regression analysis of risk factors for complications of stroke patients in rehabilitation period (n = 136)

Factor	Complications		Multiple logistic regression	
	No n (%)	Yes n (%)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Gender				
Female	42 (48.84)	44 (51.16)	1	
Male	15 (30.00)	35 (70.00)	3.56 (1.33 – 9.54)	0.012**
ADL score				
0-20 score	2 (14.29)	12 (85.71)	0.90 (0.05 – 14.93)	0.940
25-45 score	6 (17.65)	28 (82.35)	7.38 (1.48– 36.89)	0.015**
50-70 score	16 (44.44)	20 (55.56)	3.11 (0.77 – 12.49)	0.110
75-90 score	18 (54.55)	15 (45.45)	4.64 (1.08 – 19.86)	0.039**
90-100 score	14 (77.78	4 (22.22)	1	
Dysphagia				
No	51 (57.95)	37 (42.05)	1	
Yes	6 (12.50)	42 (87.50)	9.06 (2.66 – 30.85)	< 0.001**

Factor	Complications		Multiple logistic regression	
	No n (%)	Yes n (%)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Urinary and bowel incontinence				
No	55 (52.38)	50 (47.62)	1	
Yes	2 (6.45)	29 (93.55)	9.35 (1.41 – 61.86)	0.020**

**Significant; $p < 0.05$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

ปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขและกระทบต่อคุณภาพของผู้ป่วย stroke ระยะฟื้นฟู จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย stroke โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 58.09 ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 86.08 โดยแบ่งเป็นเกิดภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 44.30 เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 32.91 เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 13.92 เกิดภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบ ร้อยละ 8.86 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Xu et al. (2021) ที่พบอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วย stroke ร้อยละ 66.4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยวิกฤตและในระยะ 3 เดือนแรกหลังเกิด stroke การศึกษาของ Elkind et al. (2020) พบว่าภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย stroke ที่เกี่ยวข้องกับการการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ สามารถพบได้มากถึง ร้อยละ 30 อาทิ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Tater and Pandey (2021) พบความผิดปกติของการเคลื่อนไหวหลังเกิด stroke สามารถพบได้มากถึง ร้อยละ 72 ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ได้รับผลกระทบจากการเกิด stroke และบริบทของสถานพยาบาลในการป้องกัน การศึกษาของ Cicek et al. (2024) ที่พบว่าแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย stroke ร้อยละ 7.4 และมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในบริบทของประเทศไทยที่ศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย stroke ในโรงพยาบาลทุติยภูมิขนาดเล็ก พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย stroke เกิดได้ร้อยละ 36.6 (Pairohsathien, 2023) ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ในบริบทของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อกลับมาฟื้นฟูสภาพ จึงอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในบางการศึกษาก่อนหน้าที่เป็นผู้ป่วยแรกรับในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ซึ่งอาจมี

ความเกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนเชื้อในสถานพยาบาล แนวทางในการดูแลของสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาของผู้วิจัยทำในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลทุติยภูมิขนาดเล็ก ไม่มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย stroke และทำการเก็บข้อมูลวิจัยก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke จึงอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบสมรรถนะ เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลมีสมรรถนะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย stroke อันจะเป็นการลดการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ได้แก่ เพศชาย เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โดยคิดเป็น 3.56 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmad et al. (2024) และการศึกษาของ Pairohsathien (2023) ที่พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดปอดอักเสบภายหลังเกิด stroke อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.012$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chohan et al. (2019) ที่พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิด stroke ซึ่งได้แก่ ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ แต่ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ตามกลไกพยาธิสรีรวิทยาและรูปแบบการดูแลสุขภาพ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งภาวะเสี่ยงดังกล่าว อาจเป็นผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเกิด stroke ได้โดยในบริบทการศึกษาของผู้วิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 70.00 จะเห็นได้ว่ามีจำนวนมากกว่าเพศหญิง รวมถึงทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการวิจัยนี้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 26.47 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.76 ตามบริบททางสังคมของเขตพื้นที่การวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เพศชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง อาทิ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วย stroke ที่เป็นเพศชาย พยาบาลผู้ดูแลจึงควรซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างครอบคลุม

ระดับคะแนน ADL พบว่า ADL 25 - 45 คะแนน เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โดยคิดเป็น 7.89 เท่า และคะแนน ADL 75 - 90 คะแนน เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โดยคิดเป็น 4.64 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มี ADL เต็ม 100 คะแนน ทั้งนี้คะแนน ADL เป็นการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมวัตรประจำวัน ซึ่งนิยมใช้ในการประเมินผู้ป่วย stroke เพื่อประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยการแปลผลค่าคะแนน ตามแนวทางของสถาบันประสาทวิทยา

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สามารถแบ่งได้ เป็น 5 ระดับ คือ 0 – 20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (very severely disabled) 25 – 45 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (severely disabled) 50 – 70 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (moderately disabled) 75 – 90 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (mildly disabled) และ 100 คะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (physically independent but not necessary normal or social independent) (Neurological Institute of Thailand, 2015) ในบริบทการศึกษาของผู้วิจัย พบว่าส่วนมากผู้ป่วยมีคะแนน ADL อยู่ ระหว่าง 50 – 70 คะแนน ร้อยละ 26.67 และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการแปลผลคะแนน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน ADL น้อย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่มีค่าคะแนนสูง ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย stroke พบว่าผู้ป่วยที่มี ADL 25 - 45 คะแนน และ ADL 75 - 90 คะแนน เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน จึงอาจทำให้สถานบริการมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้ระดับคะแนน ADL ยังมีความสัมพันธ์กับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยภายหลังเกิด stroke ด้วยเช่นกัน (Gu & Huang, 2023) และนอกจากนี้จากการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศพบว่าภาวะบกพร่องของกล้ามเนื้อ (sarcopenia) ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (musculoskeletal disorders) และภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนน ADL ของผู้ป่วย stroke (Yoshimura et al., 2018) ซึ่งในประเด็นนี้สถานพยาบาลสามารถป้องกันได้โดยการเฝ้าระวังและมีแนวทางการดูแลตั้งแต่ในระยะแรกรับ

ปัญหาการเคี้ยวกลืน เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Stroke ในระยะฟื้นฟู โดยคิดเป็น 9.06 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการเคี้ยวกลืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmad et al. (2024) ที่พบว่า ภาวะกลืนลำบากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่การเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิด ปอดอักเสบในผู้ป่วย stroke และการศึกษาของ Balcerak et al. (2022) ที่พบว่าปัญหาด้านการกลืนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากถึงร้อยละ 51-55 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะปอดอักเสบซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ และอาจเกิดภาวะขาดน้ำได้ ซึ่งในบริบทการศึกษาของผู้วิจัย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคี้ยวกลืน เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 87.50 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาพบว่าเมื่อผู้ป่วย stroke เกิดปัญหาด้านการเคี้ยวกลืน จะส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

ปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โดยคิดเป็น 9.35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chohan et al. (2019) ที่พบว่าปัญหาการควบคุมการขับถ่ายเป็นปัญหาสำคัญและถือเป็นภาวะเสี่ยงในต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย stroke ซึ่งในบริบทการศึกษาของผู้วิจัย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระ เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 93.55 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาพบว่า เมื่อผู้ป่วย stroke เกิดปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ จะส่งผลให้เกิดแผลกดทับเนื่องจากการเกิดความชื้น และขาดสุขวิทยาในการทำความสะอาด

นอกจากนี้ผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าปัจจัย ได้แก่ การมีผู้ดูแล รายได้ครอบครัว ชนิดของโรค stroke ระดับคะแนน NIHSS โรคประจำตัว พฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาการเคลื่อนไหว และปัญหาด้านกระบวนการคิด / ความจำ เป็นปัจจัยที่ไม่มีอำนาจการทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรพหุ ทั้งนี้แม้ว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะไม่มีอำนาจการทำนายความสัมพันธ์เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ แต่จากประสบการณ์ทำงานและการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ที่เข้ามารับบริการในสถานพยาบาลและเกิดภาวะแทรกซ้อน มักพบปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย ทั้งนี้พบว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรเดี่ยว ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแล รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย stroke จึงควรคำนึงและให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ทีมผู้วิจัยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ควรมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โดยใช้ปัจจัยทำนายที่ได้จากการศึกษานี้เป็นข้อมูลนำเข้า และใช้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นตัวกำหนดกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู อาทิ การพัฒนาแนวทางการประเมินแรกรับ แนวทางการพยาบาล การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการภาวะแทรกซ้อน และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย stroke เป็นต้น

สรุป

ผลการศึกษาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ร้อยละ 58.09 แบ่งเป็น เกิดภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 44.30 เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 32.91 เกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 13.92 และเกิดภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบ

ร้อยละ 8.86 ซึ่งเป็นข้อมูลก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke ของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง โดยมีปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ได้แก่ เพศชาย ระดับคะแนน ADL 25 – 45 คะแนน และคะแนน ADL 75 – 90 คะแนน ปัญหาการเคี้ยวกลืน และปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ ซึ่งจะพบว่าปัจจัยที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการดูแล และการเฝ้าระวังเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟูได้ โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู ได้แก่ เพศชาย ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน ADL 25 – 45 คะแนน และ ADL 75 – 90 คะแนน ปัญหาการเคี้ยวกลืน และปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ รวมถึงเป็นข้อมูลในการส่งต่อเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการดูแล หรือวางระบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย stroke ในระยะฟื้นฟู โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

รายการอ้างอิง (References)

Ahmad, M., Ayaz, Z., Sinha, T., Soe, T. M., Tutwala, N., Alrahahleh, A. A., Arrey Agbor, D. B., & Ali, N. (2024). Risk Factors for the Development of Pneumonia in Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, *16*(3), e57077. https://doi.org/10.7759/cureus.57077

Badve, M.S., Zhou, Z., van de Beek, D., Anderson, C.S., & Hackett, M.L. (2019). Frequency of post-stroke pneumonia: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, *14*(2), 125 – 136. https://doi.org/10.1177/1747493018806196

Balcerak, P., Corbiere, S., Zubal, R., & Kägi, G. (2022). Post-stroke Dysphagia: Prognosis and Treatment-A Systematic Review of RCT on Interventional Treatments for Dysphagia Following Subacute Stroke. *Frontiers in neurology*, *13*, 823189. https://doi.org/10.3389/fneur.2022.823189

Chohan, S.A., Venkatesh, P.K., & How, C.H. (2019). Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. *Singapore medical journal*, *60*(12), 616 – 620. https://doi.org/10.11622/smedj.2019158

Cicek, E.D., Alkan, A.Ö., Yukselen, N.P., Onal, Y., Karakas, H.M., & Vural, A. (2024). Pressure ulcer development in patients treated for acute ischaemic stroke. *Journal of wound care*, *33*(6), 441 – 449. https://doi.org/10.12968/jowc.2020.0331

Elkind, M.S., Boehme, A.K., Smith, C.J., Meisel, A., & Buckwalter, M.S. (2020). Infection as a Stroke Risk Factor and Determinant of Outcome After Stroke. *Stroke*, *51*(10), 3156 – 3168. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030429

Garavelli, F., Ghelfi, A.M., & Kilstein, J. G. (2021). Usefulness of NIHSS score as a predictor of non-neurological in-hospital complications in stroke. Utilidad del score NIHSS como predictor de complicaciones intrahospitalarias no neurológicas en ictus isquémico. *Medicina clinica*, *157*(9), 434 – 437. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.034

Gu, M., & Huang, H. (2023). Effect of early rehabilitation nursing on neurological function and quality of life of patients with hemiplegia after stroke: A meta-analysis. *Medicine*, *102*(34), e34919. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000034919

Health Administration division Office of Permanent Secretary. (2019) . *Guideline for intermediate care.* Born to be publishing.

Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (2000) *Applied logistic regression* (2nd Ed.). John Wiley & Sons.

Jullamate, P. (2021). *Geriatric nursing, Cerebrovascular disease* [Master's thesis]. Burapha University.

Leangpanich, N., Chuphanitsakun, Y., Pakaranodom, K., Kerdjarern, K., & Poonual, W. (2019). Scoring Of Post Stroke Pneumonia In Uttaradit Hospital. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *12*, 917 – 923. https://doi.org/10.2147/JMDH.S218654

Neurological Institute of Thailand. (2015). *Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke.* Tana Press Co., Ltd.

Pairohsathien, S. (2023). Association between the Severity of Acute Ischemic Stroke and its Complications after Hospitalization. *Singburi Hospital Journal*. *23*(1), B1 - B13. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/262661

Pukkaeraka, W., Somgit, W., Vibulchai, N., & Dejsiri, S. (2022). Development of a Nursing Management Model for Preventing Pressure Ulcers among Neurosurgical Critical Patients. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, *33*(2), 81 – 98. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/259146

Schwarzbach, C.J., & Grau, A.J. (2020). Komplikationen nach Schlaganfall: Klinische Herausforderungen in der Schlaganfallnachsorge [Complications after stroke: Clinical challenges in stroke aftercare]. *Der Nervenarzt*, *91*(10), 920 – 925. https://doi.org/10.1007/ s00115-020-00988-9

Somgit, W., Srisawas P., & Phuthikhamin N. (2021). Factors Predicting Pneumonia in Stroke Patients: A Systematic Review. *Royal Thai Navy Medical Journal. 48*(3), 742 – 758. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/253412

Tater, P., & Pandey, S. (2021). Post-stroke Movement Disorders: Clinical Spectrum, Pathogenesis, and Management. *Neurology India*, *69*(2), 272 – 283. https://doi.org/10.4103/0028-3886. 314574

Tiamkao, S. (2022). Stroke: Situation report. *Thai Journal of Neurology. 39*(2), 39 – 46. http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20Original%20Somsak%20Ubatkarn.pdf

Thung Khoa Luang Hospital. (2023). *Statistics report: incidence report.* Author.

Wang, S., Zou, X.L., Wu, L.X., Zhou, H.F., Xiao, L., Yao, T., Zhang, Y., Ma, J., Zeng, Y., & Zhang, L. (2022). Epidemiology of intracerebral hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in neurology*, *13*, 915813. http://doi.org/10.3389/fneur.2022.915813

World Stroke Organization. (2022, August 3). *ANNUAL REPORT 2022.* https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2022_-_online.pdf

Xu, C.Y., Ye, H.W., Chen, B., Wu, Y.F., Cao, Z., Ding, Z., Yao, Y.P., Gao, Y., Li, J., Zhu, J. J., & He, S. (2021). Analysis of risk factors and prognosis of post-stroke pulmonary infection in integrated ICU. *European review for medical and pharmacological sciences*, *25*(2), 856 – 865. https://doi.org/10.26355/eurrev_202101_24654

Yoshimura, Y., Wakabayashi, H., Bise, T., Nagano, F., Shimazu, S., Shiraishi, A., Yamaga, M., & Koga, H. (2018). Sarcopenia is associated with worse recovery of physical function and dysphagia and a lower rate of home discharge in Japanese hospitalized adults undergoing convalescent rehabilitation. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, *61*, 111 – 118. https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.11.005

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of Nursing Service System for Critical Ill Patients, Mahasarakham Hospital Network

พุทธกัญญา นารถศิลป์[1], อนุชา ไทยวงษ์[2*], นลินรัตน์ พรหมโส[3]
อังคณา จันคามิ[3], ปาริชาติ ศรีหนู[3], นิศมา แสนศรี[3], กาญจนา พรจันเท้า[3], ยุวดี ไวยพัฒน์[3]
Putthakunya Narthasilpa[1], Anucha Taiwong[2*], Nalinrat Promso[3],
Aungkana Junkami[3], Parichat Sinoo[3], Nissama Sansi[3], Kanchana Ponjantao[3], Yuwadee Waiyapat[3]

(Received: November 3, 2024; Revised: January 3, 2025; Accepted: January 13, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ 2) พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง 3) นำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลในผู้ป่วยวิกฤต 240 ราย และพยาบาลวิชาชีพ 116 ราย และ 4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพของระบบ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล แบบประเมินโครงสร้างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจ และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – เมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

[1]กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม

[1]Nursing Department, Mahasarakham Hospital

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[3]หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม

[3]Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital

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

ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) โครงสร้าง ได้แก่ นโยบาย สถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ 2) กระบวนการ ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก การสื่อสารและการนิเทศทางการพยาบาล การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ การมอบหมายงานและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร ภายหลังนำระบบที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติ พบว่า ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้มดีขึ้นและเป็นไปตามตัวชี้วัด พยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะ และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างไรก็ตามควรมีการกำกับและติดตามระบบอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การวิจัยและพัฒนา, ระบบบริการพยาบาล, ผู้ป่วยวิกฤต, เครือข่ายโรงพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the implementation of a Critical Care Nursing Service System in the Mahasarakham Hospital Network. The study consisted of 4 phases: 1) situation analysis, problem identification, and needs assessment; 2) development of the critical care nursing service system, quality verification, and pilot study; 3) implementation of the critical care nursing service system to examine its effectiveness with 240 critical patients and 116 professional nurses, and 4) evaluation, improvement, and system quality confirmation. Research instruments included in-depth interview forms, nursing outcome records, critical care nursing service system structure assessment forms, knowledge tests, nursing practice evaluation forms, satisfaction assessment forms, and focus group discussion guidelines. Five experts validated all instruments. The research was conducted between October 2022 and April 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and content analysis.

The results showed that the developed critical care nursing service system aligned with the context and practitioners' needs, comprising 3 aspects: 1) Structure, including policies, facilities, personnel, and medical equipment; 2) Process, including professional nurse competency development in critical care units, nursing communication and supervision, nursing practice guidelines, and task assignment and medical equipment readiness, and 3) Outcomes, including service recipients, service

providers, and organization. After implementing the developed system, critical care nursing outcomes showed improvement trends and met the indicators. Professional nurses received competency development and increased participation in specialized critical care nursing training programs. This indicates that the developed nursing service system can effectively and efficiently enhance nursing quality. However, continuous monitoring and supervision of the system should be maintained.

Keywords: Research and Development, Nursing Service System, Critical Ill Patients, Hospital Network

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตมักมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง อาจก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญหลายระบบและคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต (Kayambankadzanja et al., 2022) หอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานเฉพาะที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นสูงหลายชนิด เช่น เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจด้วยบอลลูนในหลอดเลือดแดงใหญ่ (Intra-Aortic Balloon Pump) การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (Continuous renal replacement therapy: CRRT) เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอดภายนอกร่างกาย (Extracorporeal Membrane Oxygenation :ECMO) เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) และเครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น (Marra et al., 2017; Wung et al., 2018) โดยมีบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และความชำนาญทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตลอดจนมีทักษะและความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย (Woodrow, 2018) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งพื้นที่เขตสุขภาพออกเป็น 13 เขต มีนโยบายที่มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ภายใต้หลัก “เขตสุขภาพที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network)” จังหวัดมหาสารคามจัดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 มีโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคามจำนวน 13 แห่ง รวมทั้งสิ้น 1,260 เตียง ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลทั่วไประดับ S จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีจำนวนเตียงทั้งหมด 580 เตียง มีหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 6 หอ (46 เตียง) และโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง มีเพียงโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งเท่านั้นที่เปิดให้บริการผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 8 เตียง จึงมีจำนวนเตียงของผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดในจังหวัดมหาสารคามจำนวน 54 เตียง หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 4.29 ของจำนวนเตียงผู้ป่วยในทั้งหมด (Mahasarakham Provincial Public Health

Office, 2023) อย่างไรก็ตาม จากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีเตียงสำหรับผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อยร้อยละ 10 ของจำนวนเตียงผู้ป่วยใน (Ministry of Public Health, 2020) จากสถิติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2563 - 2565 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,985, 2,489 และ 2,956 ราย ตามลำดับ (Medical Information Division, Mahasarakham Hospital, 2022) โดยพบว่าในปี 2565 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 37,890 ราย เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 84.58 รายต่อวัน (Medical Information Division, Mahasarakham Hospital, 2022) ซึ่งอาจทำให้จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤตที่มีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยย้ายเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจทำให้มีโอกาสย้ายออกในขณะที่ผู้ป่วยไม่พร้อม เนื่องจากมีความจำเป็นต้องหมุนเวียนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตมากกว่า บางรายมีอาการทรุดลงจำเป็นต้องช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผนและเสียชีวิต (Suphatrakul et al., 2022)

จากการทบทวนผลลัพธ์การพยาบาลและระบบบริการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2565 พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ อัตราตายของผู้ป่วยวิกฤต ติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อจากการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย การเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E (Medication error ระดับ E) และการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (Intensive Care Nursing Division, Mahasarakham Hospital, 2022) แม้ว่าผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานแล้วก็ตาม ด้านระบบบริการพยาบาล พบว่า ครึ่งหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 49.38) เป็นพยาบาลวิชาชีพใหม่และไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตขึ้นอยู่กับทักษะและความรู้ส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติ ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงมีรูปแบบการนิเทศจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ยังไม่มีแบบแผนชัดเจน (Intensive Care Nursing Division, Mahasarakham Hospital, 2022) สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้นทั้งด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและด้านระบบบริการพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ดียิ่งขึ้น สอดรับกับแผนพัฒนาศักยภาพและยกระดับคุณภาพบริการในจังหวัดมหาสารคามปี 2566 ภายใต้นโยบายการพัฒนาศักยภาพการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้มีแผนขยายบริการผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤตทั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวนทั้งสิ้น 24 เตียง พร้อมทั้งโรงพยาบาลชุมชนอีก 2 แห่ง คือ

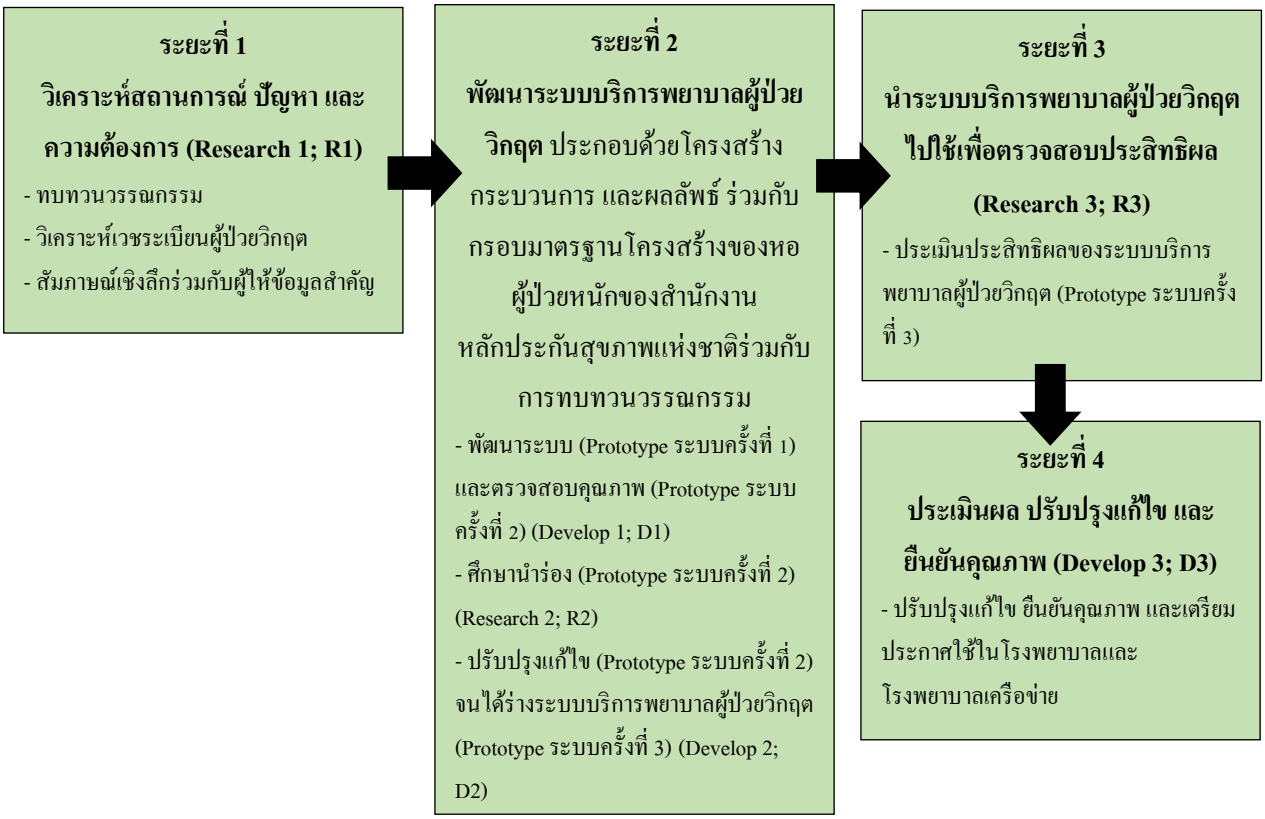
โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จำนวนแห่งละ 8 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมและเป็นเครือข่ายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยโรงพยาบาลมหาสารคามจะเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีความพร้อมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต จากเหตุผลดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพการพยาบาล และเกิดระบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian (2002) ซึ่งมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพ (McCullough et al., 2023) มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) โครงสร้าง (Structure) เปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของระบบบริการ ซึ่งประกอบด้วย นโยบาย สถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ 2) กระบวนการ (Process) คือการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร โดยบูรณาการร่วมกับกรอบมาตรฐานโครงสร้างของหอผู้ป่วยหนักของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ 2) พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง 3) นำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลในผู้ป่วยวิกฤต 240 รายและพยาบาลวิชาชีพ 116 ราย และ 4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพของระบบ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเมษายน พ.ศ. 2567 ในหอผู้ป่วยหนัก 8 หอผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 6 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 - 3 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ และ 2) หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลบรบือ และหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ

1. เวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 39 ฉบับ เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคามในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 มีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้น และ 2) พบปัญหาการกลับเข้ามารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชั่วโมง มีการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดเชื้อจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ หลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แผลกดทับ และท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีเกณฑ์คัดออกคือ เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ หรือส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น โดยการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกมาทุกฉบับ

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ได้แก่

2.1 พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน ผู้วิจัยกำหนดขนาดผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 ราย ตามหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ตามแนวทางของ Nastasi and Schensul (2005) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างควรประมาณ 10 ราย หรือน้อยกว่าหากข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวเพียงพอ มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 (หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 - 2 หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 2 ราย) 2) มีใบประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ไม่หมดอายุ 3) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 5 ปี 4) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสั้นหรือเฉพาะทาง 4 เดือน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดขนาดผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 ราย ตามหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ตามแนวทางของ Nastasi and Schensul (2005) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างควรประมาณ 10 ราย หรือน้อยกว่าหากข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวเพียงพอ มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้ากลุ่มงาน 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 5 ปี 3) มีใบประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ไม่หมดอายุ 4) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสั้นหรือเฉพาะทาง 4 เดือน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง

1. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 10 รายเหมือนในระยะที่ 1 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลบรบือ 1 ราย และ 3) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 1 ราย

2. ผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการศึกษานำร่อง (Tseng & Sim, 2021) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลเครือข่าย (หอผู้ป่วยละ 5 ราย) 2) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และ 3) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น

3. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน จำนวน 116 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งคัดเลือกทุกราย (หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 - 3 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลบรบือ และหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย)

ระยะที่ 3 นำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล

1. ผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 240 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป Winpepi ใช้ Estimating a proportion กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95 % Acceptable difference = 0.01, Assumed proportion = 0.00576 ซึ่งคำนวณได้จากการศึกษาก่อนหน้าที่คล้ายคลึงกัน (Muangin et al., 2021) Size of population = 6125 (จำนวนผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 213 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คำนวณได้ 234.3 ราย เพื่อให้สะดวกต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 240 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบ กลุ่มละ 120 ราย มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2567 2) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และ 3) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น

2. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน จำนวน 116 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลเครือข่าย คัดเลือกทุกราย ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับในระยะที่ 2

ระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพ

พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน จำนวน 24 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลเครือข่าย (หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 - 3 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอ

ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและอุบัติเหตุ หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลบรบือ และหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย) ซึ่งคัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานในระยะที่ 2 โดยวิธีการจับฉลาก หอผู้ป่วยละ 3 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามระยะการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้

ระยะที่ 1

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 6 ข้อ เกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบันและแนวทางการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยหนักที่ปฏิบัติอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการที่ให้บริการและปฏิบัติในปัจจุบัน และ ด้านผลลัพธ์ เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานและตัวชี้วัดที่สำคัญในหน่วยงาน

ระยะที่ 2

แบบประเมินโครงสร้างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มีความเหมาะสมมากที่สุด 1 = มีความเหมาะสมน้อยที่สุด) การแปลผล พิจารณาโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ด้านใดมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 คะแนนขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ และส่วนที่ 2 ประเมินความสอดคล้องของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบให้คะแนน 3 ระดับ (-1 = มีความเห็นว่าไม่สอดคล้อง, 0 = มีความเห็นว่าไม่แน่ใจ, +1 หมายถึง มีความเห็นว่าสอดคล้อง)

ระยะที่ 3

1. แบบทดสอบความรู้ สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลที่สำคัญในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 7 หมวด หมวดละ 10 ข้อ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก (Dichotomous choice) แบบถูก - ผิด มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 - 10 การแปลผลแบ่งออกเป็นความรู้ระดับดี (มากกว่า 7 คะแนน) และความรู้ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 7 คะแนน)

2. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 7 หมวด ได้แก่ 1) แบบประเมิน

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยา (11 ข้อ) 2) แบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (12 ข้อ) 3) แบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (11ข้อ) 4) แบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (14 ข้อ) 5) แบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (24 ข้อ) 6) แบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (10 ข้อ) และ 7) แบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (14 ข้อ) มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก (Dichotomous choice) คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนนในภาพรวมแบ่งออกเป็นการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 80) และการปฏิบัติระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 80)

3. แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นช่องว่างสำหรับเติมคำตอบ เกี่ยวกับผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การกลับเข้ามารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชั่วโมง การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดเชื้อจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ หลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แผลกดทับ และท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

4. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นโดย Narthasilpa (2020) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = พึงพอใจมากที่สุด 1 = รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด) การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยรวม แบ่งออกเป็น 5 ระดับได้แก่ น้อยสุด (0 – 1.50 คะแนน) น้อย (1.51 – 2.50คะแนน) ปานกลาง (2.51-3.50คะแนน) มาก (3.51 - 4.50 คะแนน) และมากที่สุด (4.51 - 5.0 คะแนน)

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ใช้แบบประเมินของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary, 2020) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และ 4) ความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการในภาพรวม มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = พึงพอใจมากที่สุด และ 1 = รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด) การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยรวม แบ่งออกเป็น 5 ระดับได้แก่ น้อยสุด (0 – 1.50 คะแนน) น้อย (1.51 – 2.50 คะแนน) ปานกลาง (2.51 – 3.50 คะแนน) มาก (3.51 – 4.50 คะแนน) และมากที่สุด (4.51 – 5.0 คะแนน)

ระยะที่ 4

แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบันและแนวทางการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยหนักที่ปฏิบัติอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการที่ให้บริการและปฏิบัติในปัจจุบัน และ ด้านผลลัพธ์ เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานและตัวชี้วัดที่สำคัญในหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินโครงสร้างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แบบทดสอบความรู้ แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล และแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยวิกฤต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยวิกฤต 2 ท่าน พบว่าแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินโครงสร้างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล และแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.97, 0.93, 0.86 และ 1.00 ตามลำดับ สำหรับแบบทดสอบความรู้มีค่าดัชนีตรงเชิงเนื้อหาของแต่ละหมวดอยู่ระหว่าง 0.87 - 0.93 อย่างไรก็ตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว และมีความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ไปทดสอบความเชื่อมั่นในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤต แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ จำนวน 10 ราย พบว่าแบบวัดความรู้คำนวณค่า K-R 20 แต่ละหมวดอยู่ระหว่าง 0.73 - 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86 และนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในญาติผู้ป่วยวิกฤต แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ จำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่โครงการวิจัย: MSKH_REC 65 – 01 - 117 และ COA No 65/113) ลงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

ระยะการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 (R1) ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2565

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 39 ฉบับ

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักคือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน จำนวน 10 ราย และพยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 10 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

1.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนเวชระเบียน และการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ SWOT ในประเด็นจุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) โอกาส (Opportunity) และอุปสรรค (Threat)

2. ระยะที่ 2 (D1) ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2566

2.1 ผู้วิจัยสะท้อนผลการศึกษาที่พบในระยะที่ 1 ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาและเกณฑ์ตัวชี้วัด

2.2 ผู้วิจัยสร้างต้นแบบระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบบครั้งที่ 1) โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาโดยบูรณาการร่วมกับกรอบมาตรฐานโครงสร้างของหอผู้ป่วยหนักของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3 ผู้วิจัยนำต้นแบบระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบบครั้งที่ 1) ที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยวิกฤต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยวิกฤต 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องเชิงวิชาการ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของระบบ โดยใช้แบบประเมินโครงสร้างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พบว่าต้นแบบระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบบครั้งที่ 1) มีความถูกต้องและเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก จากนั้นดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จนได้ร่างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบบครั้งที่ 2)

2.4 ผู้วิจัยนำร่างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบบครั้งที่ 2) ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 40 ราย และ พยาบาลวิชาชีพ 116 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

2.5 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขร่างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบบครั้งที่ 2) จนได้ร่างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบบครั้งที่ 3)

3. ระยะที่ 3 ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 - มกราคม 2567

ผู้วิจัยนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก ในระหว่างพฤษภาคม 2566 - มกราคม 2567 จังหวัดมหาสารคาม เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบครั้งที่ 3) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ใน 8 หอผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ช่วงเวลาละ 120 ราย รวมทั้งสิ้น 240 ราย นอกจากนี้ผู้วิจัยประเมินพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจำนวน 116 ราย โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

4. ระยะที่ 4 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567

4.1 ผู้วิจัยสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานจากทั้ง 8 หอผู้ป่วย จำนวน 24 ราย โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับการใช้ร่างระบบที่พัฒนาขึ้นฉบับสมบูรณ์

4.2 นำร่างระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Prototype ระบบครั้งที่ 3) เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (เหมือนในระยะที่ 2) เพื่อตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของเนื้อหา ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และยืนยันคุณภาพของระบบอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้ระบบที่สมบูรณ์ และเตรียมประกาศใช้ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอัตราอุบัติการณ์ สถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

จากการทบทวนวรรณกรรม ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤต และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นที่น่าสนใจซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านจุดแข็ง (Strengths) พบว่า โรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการมุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน และมีแผนพัฒนา Excellence Service ที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและมีความเฉพาะทางมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาการบริการ 2) ด้านจุดอ่อน

(Weaknesses) พบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตยังมีข้อจำกัดหลายประการ กล่าวคือ มีระบบที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่เพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าปฏิบัติงานใหม่และยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แนวทางในการนิเทศและการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลยังไม่ชัดเจน รวมถึงระบบการติดตามและประเมินผลลัพธ์ยังไม่ครอบคลุม 3) ด้านโอกาส (Opportunities) พบว่า โรงพยาบาลมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย มีแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานระดับสากล และมีโอกาสในการพัฒนาบุคลากรตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้ เพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และ 4) ด้านอุปสรรค (Threats) พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ อัตราการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อจากสายสวน การเกิดแผลกดทับ ความคลาดเคลื่อนทางยา และท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน แม้ว่าจะผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพแล้วก็ตาม

2. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ มีดังนี้

2.1 องค์ประกอบปัจจัยนำเข้า (4S key factors) ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) นโยบายและแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยวิกฤตที่มีคุณภาพมาตรฐานทั้งในระดับโรงพยาบาล และเขตสุขภาพ (Specific policy) 2) สถานที่มีมาตรฐานตามโครงสร้างหอผู้ป่วยหนักและจำนวนเตียง ICU (Standardized ward) 3) อัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ (Staff) และ 4) อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ (Supplier)

2.2 องค์ประกอบกระบวนการ (M-H-S-K model) ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก (Mastery of nurse competency: M) มุ่งเน้นพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ในหอผู้ป่วยหนัก โดยจัดทำคู่มือการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตและแนวทางการประเมินสมรรถนะ กำหนดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จัดระบบการดูแลโดยพี่เลี้ยง (Preceptor nurse) เป็นระยะเวลา 1 เดือน มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเป็นพี่เลี้ยง จัดให้มีการสอนข้างเตียง (Bed side training) ผ่านกิจกรรม *“พี่พาน้องเฮ็ด”* จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “Smart ICU Nurse” ก่อนเข้าปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยพยาบาลพี่เลี้ยงครอบคลุมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักซึ่งประกอบด้วย 1) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 2) การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3) การวิเคราะห์ค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง 4) การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อใน

กระแสเลือด 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสำคัญ 6) การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 7) การบริหารยาความเสี่ยงสูงที่สำคัญ 8) การบันทึกทางการพยาบาล และ9) การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใหม่ทุก 3, 6 และ 12 เดือน นอกจากนี้ยังมีการเตรียมแผนพัฒนาบุคลากรในการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทุกปี รวมทั้งส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา

2. การสื่อสารที่ดีและการนิเทศทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Happiness of communication and nursing supervision: H) จัดตั้งกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (COPs-ICU) เพื่อใช้ในการสื่อสารปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผ่านกลุ่มในไลน์แอปพลิเคชัน จัดทำโปรแกรมรายงานการใช้เตียงของแต่ละหอผู้ป่วยหนักเพื่อรายงานจำนวนเตียงทุกเวรในช่วงเวลา 30 นาทีก่อนสิ้นสุดการปฏิบัติงานในแต่ละเวร จัดทำแดชบอร์ด (Dashboard) สำหรับรายงานสถิติและตัวชี้วัดใน Google form เพื่อใช้ในการรายงานสถิติความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่สำคัญกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก สำหรับให้แต่ละหอผู้ป่วยสรุปและลงข้อมูลเป็นประจำทุกเดือน เพื่อใช้ดูแนวโน้มตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล จัดทำรูปแบบการรายงานแพทย์แบบ SBAR เพื่อใช้รายงานและสื่อสารเมื่อพบภาวะวิกฤตของผู้ป่วย จัดระบบการนิเทศทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ GROW model ที่เน้นการกระตุ้นและเพิ่มศักยภาพภายในของผู้รับการนิเทศผ่านการสนทนาและการมองเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน และสามารถตัดสินใจในทางที่เลือกและลงมือปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) Topic: การทำความเข้าใจประเด็นปัญหา 2) Goal: เป้าหมาย 3) Reality: สถานการณ์ปัจจุบัน 4) Option: มีทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้และ 5) Wrap-up สรุปแล้วตัดสินใจจะทำอะไร รวมถึงวางแผนการนิเทศงานทางคลินิกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยหัวหน้าหอ/ผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 2 ครั้ง / สัปดาห์เป็นประจำทุกเดือน

3. การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guidelines: CNPG) กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ “CNPG เฮา ฮ่วม เฮ็ด” เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญของกลุ่มงาน โดยพัฒนาจากแนวปฏิบัติกลางของโรงพยาบาลมหาสารคามภายใต้การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 แนวปฏิบัติ คือ 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยา 2) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง 4) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ 5) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และ 7) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

4. การมอบหมายงานและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Key of Critical care: K) โดยกำหนดอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยเป็น 1:2 ปรับรูปแบบการมอบหมายงานรายบุคคลเป็นแบบ Case method หรือ Total patient care กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในแต่ละเวรที่ชัดเจน จัดทำสมุดมอบหมายงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวรของหอผู้ป่วยหนักปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย กำหนดหน้าที่พิเศษเฉพาะเวรและหน้าที่ความรับผิดชอบงานคุณภาพในหน่วยงาน กำหนดรายการเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นและสำคัญของหน่วยงานในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ จัดทำเป็นแฟ้มทะเบียนอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในหน่วยงาน จัดทำแผนประจำปีในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ จัดทำใบประเมินการตรวจสอบความพร้อมการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญในหน่วยงานตามคู่มือการเช็คการทำงานของเครื่องจากบริษัทผู้ผลิต

2.3 องค์ประกอบผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ (ความพึงพอใจและผลลัพธ์การพยาบาล) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (ความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจ) และผลลัพธ์ด้านองค์กร (ความเพียงพอของเตียงผู้ป่วย ICU ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย)

3. ประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

ผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การกลับเข้ามารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชั่วโมง การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน การเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต การติดเชื้อดื้อยา ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อจากการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย การเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบในผู้ป่วยวิกฤต ช่วงเวลาละ 120 ราย พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา อย่างไรก็ตามยังคงพบการกลับเข้ามารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชั่วโมง และการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน แต่ต่ำกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป และอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดย

ไม่ได้วางแผน ลดลงเป็นไปตามเกณฑ์และต่ำกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะเดียวกัน ยังพบว่าอัตราการเกิดการติดเชื้อดื้อยา อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง และอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจาการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ลดลงและต่ำกว่าก่อนพัฒนาระบบ แต่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 91 (Table 1)

การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก มีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นไปตามเกณฑ์ (ร้อยละ 80) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.10 เป็นร้อยละ 90.52 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วนตามเกณฑ์ทุกแนวปฏิบัติ (ร้อยละ 80) (Table 2) และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภาพรวมในระดับดีมาก (ร้อยละ 87.68) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนเตียงผู้ป่วย ICU ได้เพิ่มขึ้นจาก 54 เตียง (ร้อยละ4.29) เป็น 88 เตียง (ร้อยละ 6.98) แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

Table 1 Comparison of critical care nursing outcomes before and after development of critical care nursing service system and satisfaction (Before n = 120 vs After n = 120)

Nursing Outcomes	Indicator Criteria	Outcome		Chi-square	*p*-value
		Before	After		
ICU readmission within 72 hours	0 times	10 times	3 times	3.98	0.04
Unplanned resuscitation	0 times	7 times	1 time	4.65	0.03
Mortality rate in sepsis patients	< 26%	18 cases (15%)	8 cases (6.67%)	4.31	0.03
Drug-resistant infection rate	<1 time/1,000 patient days	17 times (rate=12.87)	7 times (rate=5.03)	4.62	0.03
Ventilator-associated pneumonia rate	<7 times/1,000 ventilator days	21 times (rate=14.39)	10 times (rate=7.58)	4.48	0.03
Central line-associated bloodstream infection rate	<1.5 times/1,000 catheter days	9 times (rate=6.82)	5 times (rate=3.79)	1.21	0.27
Peripheral phlebitis rate	0 times/1,000 peripheral IV days	6 times (rate=4.54)	4 times (rate=3.03)	0.42	0.51

Nursing Outcomes	Indicator Criteria	Outcome		Chi-square	*p*-value
		Before	After		
Pressure ulcer (Stage 2 or higher) rate	<4 times/1,000 patient days in risk group	11 times (rate=8.33)	2 times (rate=1.51)	6.58	0.01
Unplanned extubation rate	<5 times/1,000 intubation days	12 times (rate=9.09)	3 times (rate=2.27)	5.76	0.01
Patients and their relatives satisfaction	>80%	82%	91%	-	-

Table 2 Percentage of nursing practice adherence to guidelines and satisfaction

Nursing Practice	Indicator Criteria	Percentage
Nursing practice for prevention of drug-resistant infections	>80%	98.51
Nursing practice for prevention of ventilator-associated pneumonia	>80%	90.37
Nursing practice for prevention of central line-associated infections	>80%	93.75
Nursing practice for prevention of peripheral phlebitis	>80%	91.32
Nursing practice for prevention of pressure ulcers	>80%	85.13
Nursing practice for prevention of unplanned extubation	>80%	87.34
Nursing practice in sepsis patients	>80%	89.22

4. การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพระบบ

จากการนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทของโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลเครือข่าย พบว่า ในแต่ละองค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน จากผลการสนทนากลุ่มจากตัวแทนพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานต่างมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันว่าระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนการยืนยันคุณภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของระบบอีกครั้ง จัดทำคู่มือและรายละเอียดการปฏิบัติตามระบบ และขยายผลการนำระบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

อภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยวิกฤตมักมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นผู้สูงอายุ ในรายที่มีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง อาจทำให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องใช้การรักษาที่หลากหลายเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งยาปฏิชีวนะหลายขนาน การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน การใส่สายสวนหลอดเลือดในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อติดตามและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้ระบบบริการที่ยังไม่เป็นรูปธรรม จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่เพิ่มขึ้น บุคลากรพยาบาลเกือบครึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าปฏิบัติงานใหม่และยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงขาดรูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลให้ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ ($p = 0.004$) ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตในผู้สูงอายุใน ICU (Deniz & Ayvat, 2023) อัตราส่วนของผู้ป่วยวิกฤตต่อพยาบาลมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย ICU และยังพบว่าการติดเชื้อจากการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางมีความสัมพันธ์กับอัตราส่วนของผู้ป่วยวิกฤตต่อพยาบาล (Li et al., 2022) การมีทรัพยากรในหอผู้ป่วยหนักรวมถึงเครื่องช่วยหายใจที่เพียงพอ พยาบาลวิชาชีพได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตได้ (Li et al., 2022) ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การสร้างระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ได้มาตรฐานตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ได้เสนอว่าการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยวิกฤตต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร กระบวนการ และผลลัพธ์การดูแล (Li et al., 2022; Weled et al., 2015)

2. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) โครงสร้าง ได้แก่ นโยบาย สถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ 2) กระบวนการ ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต การสื่อสารและการนิเทศทางการพยาบาล การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการมอบหมายงานและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร ซึ่งมีการพัฒนาระบบ

อย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องภายใต้การทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤต และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อกำหนดเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนา ดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบคุณภาพ ศึกษานำร่อง ตรวจสอบประสิทธิผล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพของระบบ ภายใต้การสะท้อนกลับและการประเมินผลร่วมกันเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian (2002) ที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (Donabedian, 2002) โดยทั้ง 3 องค์ประกอบจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน องค์ประกอบโครงสร้าง ประกอบด้วยทรัพยากรที่เอื้อหรือสนับสนุนต่อกระบวนการและผลลัพธ์ ได้แก่ ทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์ ทรัพยากรบุคคล และลักษณะขององค์กร องค์ประกอบกระบวนการประกอบด้วยกิจกรรมบริการที่ครอบคลุม 4 มิติการบริการด้านสุขภาพได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การป้องกันการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ และองค์ประกอบผลลัพธ์ เป็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในผู้รับบริการ ทั้งนี้องค์ประกอบทั้งสามด้านมีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัตร กล่าวคือ เมื่อมีการพัฒนาโครงสร้างที่ดี ส่งผลให้กระบวนการการดูแลมีคุณภาพ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และเมื่อเห็นผลลัพธ์ที่ดี องค์กรยิ่งให้การสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นวงจรการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ยั่งยืน

3. ประเมินผลการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ภายหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้นและเป็นไปตามเกณฑ์ โดยตัวชี้วัดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ การกลับเข้ามารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชั่วโมง การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน สำหรับตัวชี้วัดที่ลดลงแต่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ อัตราการเกิดการติดเชื้อดื้อยา อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง และอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สามารถอภิปรายได้ว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต ภายใต้การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญครอบคลุมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือนเป็นพี่เลี้ยง (Preceptor nurse) มีการสื่อสารที่ดีและการนิเทศทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้รูปแบบ GROW model มีระบบการบริหาร

จัดการเตียงว่างผ่านระบบแดชบอร์ด ซึ่งช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นไปแนวทางเดียวกันและครอบคลุมตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญ ตลอดจนมีการมอบหมายงานรายบุคคลแบบ Case method หรือ Total patient care กำหนดอัตรากำลังที่เหมาะสม และมีระบบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชัดเจน

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในครั้งนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีความชัดเจนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผลการพัฒนาพบว่า ผลลัพธ์การพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก นอกจากนี้ ยังพบการพัฒนาที่ดีขึ้นในด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล แม้ว่าบางตัวชี้วัดจะยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบ ได้แก่ อัตราการเกิดการติดเชื้อดื้อยา อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง และอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ความสำเร็จนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดผู้ป่วยปลอดภัยที่มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงและอันตรายจากการบริการสุขภาพให้เหลือน้อยที่สุด อันเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การพัฒนาดังกล่าวไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแล แต่ยังส่งผลต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งพบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยวิกฤตมีอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ระยะเวลาในการนอนในหอผู้ป่วยหนัก และค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยหนักลดลง (Muangin et al., 2021) เช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่พบว่า การมีรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า 2) กระบวนการ และ 3) ผลลัพธ์ สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pakkeraka et al., 2022)

สรุป

ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น มีจุดเด่นที่สำคัญคือมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามแนวคิดของโดนาบีเดียนรวมถึงมีการวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยหลายวิธี ทำให้เห็นปัญหาที่ชัดเจนและครอบคลุม ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) โครงสร้าง ได้แก่ นโยบาย สถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ 2) กระบวนการ ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก การสื่อสารและการนิเทศทางการพยาบาล การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ การมอบหมายงานและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร ภายหลังนำระบบที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติ พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้มดีขึ้นและเป็นไปตามเกณฑ์ ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างไรก็ตามควรมีการกำกับและติดตามระบบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการขับเคลื่อนระบบบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัตินำแนวปฏิบัติมาใช้อย่างต่อเนื่อง มีการกำกับและติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำระบบการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ไปศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตจำแนกตามกลุ่มโรคสำคัญ

รายการอ้างอิง (References)

Deniz, M., & Ayvat, P. (2023). Factors affecting the outcome of older adults followed in the intensive care unit according to age stages. *Journal of Surgery & Medicine (JOSAM), 7*(9), 1-7. https://doi.org/10.28982/josam.7925

Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Intensive Care Nursing Division, Mahasarakham Hospital. (2022). *Performance and indicator reports*. Mahasarakham Hospital.

Kayambankadzanja, R. K., Schell, C. O., Wärnberg, M. G., Tamras, T., Mollazadegan, H., Holmberg, M., Alvesson, H. M., & Baker, T. (2022). Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. *BMJ Open, 12*(9), e060972. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060972

Li, Z., Ma, X., Gao, S., Li, Q., Luo, H., Sun, J., Du, W., Su, L., Wang, L., & Zhang, Q. (2022). Association between hospital and ICU structural factors and patient outcomes in China: A secondary analysis of the National Clinical Improvement System Data in 2019. *Critical Care, 26*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s13054-022-03892-7

Mahasarakham Provincial Public Health Office. (2023). *Annual performance report*. Author.

Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF bundle in critical care. *Critical Care Clinics, 33*(2), 225 - 243. https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005

McCullough, K., Andrew, L., Genoni, A., Dunham, M., Whitehead, L., & Porock, D. (2023). An examination of primary health care nursing service evaluation using the Donabedian model: A systematic review. *Research in Nursing & Health, 46*(1), 159-176. https://doi.org/10.1002/nur.22291

Medical Information Division, Mahasarakham Hospital. (2022). *Patient statistics and performance indicator reports*. Mahasarakham Hospital.

Ministry of Public Health. (2020). *Health Service System Development Plan of the Ministry of Public Health.*Author.

Muangin, W., Akarawanasakun, B., Phromrin, M., Uangnakhon, M., & Mongkhonittivech, N. (2021). Development of a nursing care model for critically-ill patients based on the FAST HUG concept in a medical and surgical intensive care unit at Chiang Rai Prachanukroh Hospital. *Nursing Journal, 48*(4), 308 - 323. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/254494

Narthasilpa, P. (2020). *Development of clinical nursing practice guideline to detect and prevent complication related to fibrinolytic therapy in patients with STEMI* [Doctoral dissertation, Khonkhaen University]. KKU Digital Repository.

Nastasi, B. K., & Schensul, S. L. (2005). Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *Journal of School Psychology, 43*(3), 177–195. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.04.003

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020, January 15). *Ministry of Public Health Focus Policy for 2022*. http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo

Pakkeraka, W., Somkit, W., Viboonchai, N., & Detsiri, S. (2022). Development of nursing management model for preventing pressure ulcers in neurosurgical critical care patients. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 33*(2), 82 - 98. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/259146

Suphatrakul, W., Donlao, K., & Mahawan, P. (2022). Effect of using NEWS score to Surveillance for Variations Change and Warning signs for Patients at Emergency Room Nakornping Hospital, Chiangmai Province. *Journal of Nakornping Hospital, 11*(1), 45 - 59. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnkp/article/view/242405

Tseng, C. H., & Sim, D. (2021). *Sample size planning for pilot studies*. arXiv preprintarXiv:2105.05483.

Weled, B. J., Adzhigirey, L. A., Hodgman, T. M., Brilli, R. J., Spevetz, A., Kline, A. M., Montgomery, V. L., Puri, N., Tisherman, S. A., & Vespa, P. M. (2015). Critical care delivery: The importance of process of care and ICU structure to improved outcomes: An update from the American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care. *Critical Care Medicine, 43*(7), 1520 - 1525. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000978

Woodrow, P. (2018). *Intensive care nursing: A framework for practice*. Routledge.

Wung, S.-F., Malone, D. C., & Szalacha, L. (2018). Sensory overload and technology in critical care. *Critical Care Nursing Clinics, 30*(2), 179 - 190. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.02.001

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในสามจังหวัดชายแดนใต้

Factors Related to Nutritional Status among Preschool Children in Three Southern Border Provinces

ปราโมทย์ เทพจันทร์[1], เนตรทอง นามพรม[1], จุฑามาศ โชติบาง[1*]

Pramote Thapchan[1], Nethong Namprom[1], Jutamas Chotibang[1*]

(Received: October 6, 2024; Revised: November 18, 2024; Accepted: November 26, 2024)

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็ก และเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาเด็กให้เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 96 คน เก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ดูแล 2) แบบบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน 4) แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนการในเด็กวัยก่อนเรียน 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยก่อนเรียน และ 6) แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80, 0.90, 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 64.6 ของเด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการปกติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb}=.378, $p < .01$; r_{pb} =.226, r_{pb} =.203, $p < .05$) ขณะเดียวกันเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = -.207, $p < .05$)

[1]มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1]Chaing Mai University

[*]Corresponding Author: jutamas.c@cmu.ac.th

ดังนั้น ควรส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะโภชนาการแก่ผู้ดูแล การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารที่ถูกต้องให้เด็ก และส่งเสริมเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการปกติ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, เด็กวัยก่อนเรียน, สามจังหวัดชายแดนใต้

Abstract

Nutritional status among preschool children is an indicator of both their general health and the fundamental elements necessary for healthy growth. The objectives of this study were to: 1) examine the state of nutritional status among preschool children in three southern border provinces; and 2) investigate relationship between caregiver and child characteristics and nutritional status among preschool children in three southern border provinces. Samples were 96 caregivers of preschool children. Data were collected between January and May, 2024 with validated instruments comprised of: 1) a questionnaire for the personal information of preschool children and caregiver; 2) a record form for the nutritional status of preschool children; 3) a questionnaire for the consuming behavior of preschool children; 4) a measurement of the caregiver's knowledge regarding the nutritional status of preschool children; 5) a questionnaire for the preparation of food for preschool children; and 6) a questionnaire regarding the caregiver's attitude toward consuming. The reliability index values of these instruments were 0.80, 0.90, 0.80, and 0.82. Data were analyzed by using descriptive statistics and point biserial correlation coefficients.

The results found that 64.6% of preschool children had normal nutritional status. Consuming food behavior of children, caregiver’s nutritional status knowledge, and caregivers' food preparation behavior had statistically significant positive correlations with children's nutritional status (rpb =.378, $p < .01$; rpb = .226, rpb = .203, $p < .05$). However, there was a statistically significant negative association between the caregiver's attitude regarding consumption and the children's nutritional status. (rpb = -.207, $p < .05$).

It is necessary to encourage the caregiver's food consuming behavior, provide health education regarding nutritional status to the caregiver, encourage proper food preparation behaviors for the children, and encourage a positive attitude toward caregiver consumption to achieve normal nutritional status for preschool children.

Keywords: Nutritional status, Preschool children, Three southern border provinces

บทนำ

ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นผลจากการบริโภคอาหารและการใช้สารอาหารของเด็กโดยประเมินจากการชั่งน้ำหนักเป็นกิโลกรัมและการวัดส่วนสูง (Jintana, 2020) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสุขภาพโดยรวมและเป็นต้นทุนสำคัญในการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดีและสติปัญญาพร้อมเรียนรู้เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ (Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) เด็กจำเป็นต้องได้รับสารอาหารเพียงพอ โดยความต้องการจะแตกต่างกันไปตามอัตราการเติบโต หากได้รับสารอาหารไม่พอจะทำให้เจริญเติบโตช้า ภูมิคุ้มกันต่ำ และอาจเกิดโลหิตจางได้ แต่หากได้รับมากเกินไปอาจทำให้น้ำหนักเกินและเกิดโรคอ้วน ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งกายและใจ (Royal College of Pediatricians of Thailand, 2017) จากการสำรวจภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0 - 5 ปี พบว่าเด็กทั่วโลกที่มีปัญหาเตี้ย แคระแกรน จำนวน 149.2 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2021) และจากการสำรวจอายุ 3 – 5 ปี ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก พบว่าประเทศที่มีภาวะเตี้ยสูงสุด ได้แก่ อัฟกานิสถาน ปาปัวนิวกินี และติมอร์เลสเต โดยมีความชุกที่ร้อยละ 41.0, 50.0 และ 51.0 ตามลำดับ ประเทศไทยมีความชุกของภาวะเตี้ยที่ร้อยละ 11.0 (National Statistical Office of Thailand, 2020) ในขณะเดียวกันปัญหาทุพโภชนาการในกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปียังคงพบในประเทศไทย โดยจากรายงาน Health Data Center ไตรมาส 1 ปี 2562 พบว่า เด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 15.1 ภาวะอ้วนร้อยละ 11.0 และภาวะผอมร้อยละ 6.1 (Waraporn, 2021) ในด้านนโยบาย ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการลดความชุกของภาวะเตี้ยให้เหลือร้อยละ 40 ภายในปี 2568 (National Statistical Office of Thailand, 2020) เพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการเรื้อรัง และส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยนี้ ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีภาวะโภชนาการสมบูรณ์ (Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) การสำรวจใน 17 จังหวัดที่มีอัตราความยากจนสูงสุดพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีภาวะเตี้ยและแคระแกร็นร้อยละ 23.90 โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีอัตราภาวะเตี้ยสูงที่สุดในประเทศ ร้อยละ 23 (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey [MICS], 2019) เด็กในจังหวัดนราธิวาสมีภาวะเตี้ยถึงร้อยละ 16 ซึ่งเป็นจำนวนสูงสุดใน 17 จังหวัด และยังพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดนี้มีไอคิวเฉลี่ย 92.46 อยู่ในลำดับที่ 70 ของประเทศ และลำดับที่ 6 ของเขตสุขภาพที่ 12 (National Statistical Office of Thailand, 2020) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะโภชนาการต่ำส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการของสมอง ทำให้สมองพัฒนาไม่เต็มที่และส่งผลต่อการเจริญเติบโตโดยรวมของเด็ก สำหรับ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่มีลักษณะพิเศษทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี สังคมและวัฒนธรรม รวมทั้ง

ประวัติศาสตร์อันยาวนาน ประชาชนร้อยละ 81 เป็นชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม ใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการดำรงชีวิต มีวิถีชีวิตเฉพาะที่แตกต่างทั้งการใช้ชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพโดยมีข้อกำหนดในการเลือกบริโภคอาหารที่เป็นไปตามหลักการฮาลาล รวมทั้งนโยบายด้านสาธารณสุขได้เร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ให้บรรลุตามความจำเป็นด้านยุทธศาสตร์โดยใช้ศาสนานำการพัฒนาสาธารณสุขที่เน้นรูปแบบที่สอดคล้องกับลักษณะขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมและประชาชนในท้องถิ่น โดยมีหลักการและแนวทางดังนี้ 1) การให้ความสำคัญต่อศาสนาซึ่งเป็นแนวทางแห่งชีวิตของชาวมุสลิม 2) การนำบทบัญญัติของศาสนาอิสลามซึ่งได้ให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยทั้งบุคคลครอบครัวและสังคมส่วนรวม เป็นเครื่องชี้วัดในการพัฒนาด้านสาธารณสุข

เด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการอาจจะเกิดปัญหาสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) ซึ่งได้อธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับปัจจัยแวดล้อมในระดับต่าง ๆ ของสังคม โดยปัจจัยระดับภายในตัวบุคคลเป็นความสัมพันธ์ระดับแรก ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ได้แก่ปัจจัยทางด้านชีวภาพ การเรียนรู้ อารมณ์ ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติของเด็กวัยก่อนเรียน และปัจจัยระดับระหว่างบุคคลเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดจากตัวเด็กออกมาโดยระดับนี้จะมีความเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์ต่อพัฒนาการการเกิดพฤติกรรมของเด็ก เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อน เครือข่ายที่สนับสนุนทางสังคม จึงได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Ecological model of health behavior) (McLeroy et al., 1988) ซึ่งทฤษฎีนิเวศวิทยาได้อธิบายถึงการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในระดับต่างๆ ตั้งแต่ปัจจัยทางชีวภาพ ความเชื่อและทัศนคติของบุคคล ไปจนถึงนโยบายระดับสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน จากการทบทวนวรรณกรรมภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) ซึ่งได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Ecological model of health behavior) (McLeroy et al., 1988) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง ซึ่งพบการศึกษาค่อนข้างน้อย ในบริบทของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีความแตกต่างกับภาคอื่น ๆ ในเรื่องความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมจำเพาะ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนโดยจะศึกษาปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนในระดับภายในตัวบุคคลและระดับระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านเด็ก เป็นปัจจัยในระดับระดับบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยก่อนเรียน 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล เป็นปัจจัยในระดับระหว่างบุคคลได้แก่ ความรู้ของ

ผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็ก พฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็ก และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและสามารถนำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบหรือโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมโภชนาการที่ดีให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล โดยมีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กที่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้อื่น ในทางกลับกันการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมสามารถมีอิทธิพลต่อเด็ก มี 5 ระดับ จากระบบที่ใกล้เคียงที่สุดไปจนถึงบุคคลที่ไกลที่สุด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงเลือกศึกษา 2 ระดับคือ 1) ระดับภายในบุคคล เป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งเด็กจะเลียนแบบบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นจากผู้ดูแล ทัศนคติของผู้ดูแลและบรรยากาศในครอบครัว พฤติกรรมการกินอาหารของเด็กเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลผ่านความรู้การจัดอาหาร รวมทั้งเจตคติของผู้ดูแลส่งผลต่อภาวะโภชนาการ และ 2) ระดับระหว่างบุคคล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในระบบบุคคลด้วยกันเอง ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและเด็กได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ของเด็กกับครูที่มีผลต่อเด็ก เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยผู้ดูแลอาจได้รับความรู้ผ่านศูนย์เด็กเล็กซึ่งอาจจะช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของอาหารที่ดีต่อสุขภาพเด็กส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการกินที่ดีขึ้นและมีภาวะโภชนาการปกติ ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น ผลกระทบจากความขัดแย้ง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนการเลือกอาหารและพฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาระดับภายในตัวบุคคลหรือปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน และระดับระหว่างบุคคลหรือปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็ก พฤติกรรมการ

จัดการอาหารให้เด็ก และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้เด็กได้รับประทานอาหารที่ครบถ้วนซึ่งทำให้เด็กมีภาวะโภชนการปกติได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลและเด็กวัยก่อนเรียน ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 2) เด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุ 3 - 6 ปี ที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

โดยมีกำหนดเกณฑ์คัดเข้าการศึกษาของผู้ดูแล ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่อายุไม่เกิน 60 ปี ที่อาศัยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ มากกว่า 3 เดือน
2. เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นญาติสายตรงหรือบุคคลในครอบครัวที่ใช้เวลาร่วมกันมากกว่า 1 เดือน
3. สื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทย

มีกำหนดเกณฑ์คัดเข้าการศึกษาของเด็กวัยก่อนเรียน ดังนี้

1. เด็กที่มีอายุ 3 – 6 ปี ที่อาศัยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ มากกว่า 3 เดือน
2. เด็กที่มีอายุ 3 – 6 ปี ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางพันธุกรรมและ / หรือโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ เช่น โรคเลือด โรคกล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น
3. เด็กที่มีอายุ 3 – 6 ปี ที่มีสุขภาวะอนามัยที่สมบูรณ์ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เช่น โรคติดเชื้อระบบหายใจ โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร เป็นต้น

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การเปิดตารางสำเร็จรูป โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาของ Weerawan (2008) เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัด เทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่” ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .28 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงใช้ค่าอิทธิพล 0.28 สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่

ระดับต่ำ (r < .30) ชนิดสองทิศทาง (two- tailed test) ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 ราย (Burn & Grove, 2009) โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลจำนวน 96 รายและเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 96 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีวิธีการดังนี้

1. สุ่มเลือก 1 อำเภอจากแต่ละจังหวัดของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ได้อำเภอ จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส และอำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือก 1 ตำบล จากอำเภอที่สุ่มจากแต่ละจังหวัดของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยใช้วิธีการคัดเลือกตามสัดส่วน (Proportional sampling) คำนวณขนาดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กและเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุ 3 - 6 ปี ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ตามสัดส่วนจำนวนประชากร ดังนี้ ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา คัดเลือกจำนวน 18 คน จากจำนวน 41 คน ตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส คัดเลือกจำนวน 62 คน จากจำนวน 141 คน และตำบลกะรุบี อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี คัดเลือกจำนวน 16 คน จากจำนวน 35 คน รวมทั้งสิ้น 96 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย เพศ น้ำหนักแรกเกิด ลำดับที่ของบุตร อายุปัจจุบัน การได้รับนมแม่ ประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และลักษณะครอบครัว

2. เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย

2.1 เครื่องชั่งน้ำหนักระบบดิจิตอล

2.2 เครื่องวัดส่วนสูง

2.3 แบบบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย เพศ วัน เดือนปีเกิด อายุ น้ำหนัก ความสูงและการประเมินภาวะโภชนาการโดยนำมาเทียบกับกราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในการติดตามการเจริญเติบโตของเด็ก 3 – 6 ปีของ Department of Health, Ministry of Public Health (2021a) โดยแปลผลเป็นภาวะโภชนาการปกติ และภาวะทุพโภชนาการ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเด็กวัยก่อนเรียน ของ Department of Health, Ministry of Public Health (2021b) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน มีลักษณะคำถามเป็น

แบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือไม่ปฏิบัติ และปฏิบัติ โดยคะแนน 14 - 20 หมายถึงเด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม คะแนน 0 - 13 หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

4. แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 ประเภทอาหาร มี 10 ข้อ ด้านที่ 2 ด้านปริมาณอาหาร มี 10 ข้อ และ ด้านที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยก่อนเรียน มี 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผลคะแนนร้อย 80.00 – 100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 60.0 - 79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ 59.99 – 00.0 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดอาหารของครอบครัวของ Weerawan (2008) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมดมี 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ คำถามเชิงลบ 8 ข้อ คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน โดยจะสอบถามย้อนหลังระยะเวลา 3 เดือน ลักษณะคำถามเป็นมาตรส่วนใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ย 3.25 – 4.00 หมายถึง การปฏิบัติระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.24 หมายถึง การปฏิบัติระดับดี ค่าเฉลี่ย 1.75 – 2.49 หมายถึง การปฏิบัติระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.74 หมายถึง การปฏิบัติระดับต้องปรับปรุง

6. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารของครอบครัวของ Weerawan (2008) เพื่อสอดคล้องกับบริบท 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดของของลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ย 3.25 – 4.00 หมายถึง เจตคติระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.24 หมายถึง เจตคติระดับดี ค่าเฉลี่ย 1.75 – 2.49 หมายถึง เจตคติระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.74 หมายถึง เจตคติระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากค่า CVI โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน โดยแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาหารให้

เด็กของผู้ดูแลวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้เท่ากับ 0.90

สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนของ Department of Health, Ministry of Public Health. (2021b) ไม่ได้มีการดัดแปลงของเนื้อหาจึงไม่ได้นำไปหาค่าความตรงด้านเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถาม

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา จำนวน 10 ราย ของตำบลที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha Coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนของ Department of Health, Ministry of Public Health. (2021b) และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีค่าเท่ากับ 0.80 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีค่าเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.9

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัย แก่คณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสการทำวิจัยคือ 2567 - EXP009 อนุมัติ ณ วันที่ 27 มีนาคม 2567 การศึกษานี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานและผลกระทบอื่น ๆ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการศึกษา 2 ปี ผู้ศึกษานำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและผลการศึกษาจะนำไปใช้ประโยชน์ในด้านวิชาการเท่านั้น ภายหลังการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบจนเข้าใจ แล้วจึงขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึง

ผู้บริหารท้องถิ่น ทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้สามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่งเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย

4. จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

4.1. ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน

4.1.1 ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านโดยใช้โปสเตอร์ติดประกาศไว้ที่ศูนย์เด็กเล็กแต่ละแห่งและไลน์กลุ่ม โดยหัวหน้าศูนย์เด็กเล็กเป็นคนชี้แจงเข้าไปในกลุ่มผู้ปกครอง

4.1.2 เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย หากสนใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลลงนามคำยินยอมตามแบบฟอร์มใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

4.1.3 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ จะทำแบบสอบถามรายบุคคล เนื่องจากผู้ดูแลสามารถเลือกเวลาในการตอบแบบสอบถามได้ 2 เวลา คือ ระหว่างส่งนักเรียนเข้าเรียนหรือหลังเลิกเรียน โดยเรียงลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยผู้ดูแลตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้มีห้องสำหรับให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามเพื่อความเป็นส่วนตัว

4.1.4 ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

4.2 เด็กวัยก่อนเรียน

4.2.1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียนจากเอกสารสมุดสุขภาพของเด็ก

4.2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับเด็ก สร้างสัมพันธภาพกับเด็กเพื่อให้เด็กคุ้นเคย จากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และแจ้งเด็กเรื่องการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

4.3 จากนั้นผู้วิจัยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน 30 นาที และนำข้อมูล เพศ วัน เดือนปีเกิด อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง มาบันทึกในแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ใส่รหัสและลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์และนำมาทดสอบความสอดคล้องของข้อมูล ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละสำหรับข้อมูลที่มีมาตรวัดระดับนามบัญญัติและมาตรวัดอันดับและหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลที่มีมาตรวัดระดับอัตรภาคและระดับอัตราส่วน

2. ข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน พฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน พฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้กับภาวะโภชนาการ ด้วยการวิเคราะห์ค่า Point - biserial correlation โดยค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 25 ในการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ในผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 96 ราย และเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 96 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยก่อนเรียน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 42.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.15 ปี (S.D. = 6.984) ไม่ได้ประกอบอาชีพ / เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 29.2 มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 37.5 มากกว่าครึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก ร้อยละ 61.5

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 เพศชาย ร้อยละ 47.9 ส่วนใหญ่น้ำหนักแรกคลอดอยู่ในช่วงระหว่าง 2,501 - 4,000 กรัม ร้อยละ 92.8 มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักอยู่ที่ 3,079.41 กรัม ค่า S.D. = 378.94 ส่วนใหญ่อยู่ลำดับบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 33.3 เด็กวัยก่อนเรียนมากกว่าครึ่งมีอายุ 3 ปี – 3 ปี 11 เดือน ร้อยละ 86.5 มีอายุเฉลี่ย 3.41 ปี ค่า S.D. = 0.73 มากกว่าครึ่งเวลาเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 87

ส่วนที่ 2 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

Table 1 number and percentage of nutritional status data of preschool children (n = 96)

Nutritional Status	Number	Percentage
Normal Nutritional Status		
Proportional	62	64.6
Malnutrition		
Obese	3	3.1
Overweight	7	7.3
Mildly Overweight	17	17.7
Underweight	5	5.2
Thin	2	2.1

Table 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ คือ สมส่วน ร้อยละ 64.6 และมีภาวะทุพโภชนาการ คือ ท้วม ร้อยละ 17.7 และ เริ่มอ้วน ร้อยละ 7.3

ส่วนที่ 3 ข้อมูลช่วงคะแนน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนการในเด็กวัยก่อนเรียน พฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยก่อนเรียน

Table 2 score range, frequency, fercentage, mean, and standard deviation on the dietary behaviors of preschool children (n = 96)

Food Arrangement Practice Level	Normal nutritional Status		Malnutrition	
	Number (People)	Percentage	Number (People)	Percentage
Appropriate food dietary behaviors (14-20)	21	33.9	4	11.8
Inappropriate food dietary behaviors (0-13)	41	66.1	30	88.2
	Range = 5 - 20, $\bar{X}$ = 12.68, S.D. = 3.27		Range = 3 - 19, $\bar{X}$ = 9.85, S.D. = 3.48	

Table 2 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ ส่วนมากอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 66.1 ($\bar{X}$ = 12.68, S.D. = 3.27) และ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มภาวะทุพโภชนาการ ส่วนมากอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 88.2 ($\bar{X}$ = 9.85, S.D. = 3.48)

Table 3 score range, frequency, percentage, mean, and standard deviation of caregivers' knowledge regarding nutritional status in preschool children, classified by area and overall (n = 96)

Knowledge of Nutritional Status in Preschool Children	Normal Nutritional Status		Malnutrition	
	Number (People)	Percentage	Number (People)	Percentage
Knowledge of Nutritional Status in Preschool Children	62	64.5	34	35.5
High Level (80.00 - 100.00)	46	74.2	23	67.6
Moderate Level (60.00- 79.99)	14	22.6	9	26.4
Low Level (00.00 – 59.99)	2	3.2	2	6
	Range = 40.00-100.00, $\bar{X}$ =83.21, SD = 13.75		Range=40.00-100.00, $\bar{X}$ =81.08, SD = 14.50	
Knowledge of Food Arrangement for Preschool Children				
High Level Food Arrangement (80.00 - 100.00)	52	83.9	25	73.5
Moderate Level Food Arrangement (60.00- 79.99)	9	14.5	8	23.5
Low Level Food Arrangement (00.00 – 59.99)	1	1.6	1	2.9

Knowledge of Nutritional Status in Preschool Children	Normal Nutritional Status		Malnutrition	
	Number (People)	Percentage	Number (People)	Percentage
	Range = 40.00-100.00, $\overline{X}$ =89.35, SD = 13.66		Range=50.00-100.00, $\overline{X}$ =84.71, SD = 15.22	
Knowledge of Food Quantity for Preschool Children				
High Level Food Quantity (80. 00- 100.(0	41	66.1	23	67.6
Moderate Level Food Quantity (60.0079 -.99)	19	30.6	9	26.5
Low Level Food Quantity (00.00 – 59.99)	2	3.2	2	5.9
	Range = 50.00 -100.00, $\overline{X}$ =80.81, SD = 14.18		Range=40.00-100.00, $\overline{X}$ = 80.00, SD = 14.56	
Knowledge of Consumption for Preschool Children				
High Level Consumption (80. 00- 100.00)	46	74.2	21	61.8
Moderate Level Consumption (60.00 -79.99)	14	22.6	11	32.4
Low Level Consumption (00.00 – 59.99)	2	3.2	2	5.9
	Range = 40.00 -100.00, $\overline{X}$ = 82.5 , SD = 13.42		Range =50.00-100.00, $\overline{X}$ =78.53 , SD = 13.74	

Table 3 พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านจัดอาหารระดับสูง ร้อยละ 74.2 ($\overline{X}$ =83.21, S.D. = 13.75) เช่นเดียวกับในกลุ่มกลุ่มภาวะทุพโภชนาการ ที่พบว่าคะแนนความรู้ความรู้ด้านการจัดอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านจัดอาหารระดับสูง ร้อยละ 67.6 ($\overline{X}$ =81.08, S.D. = 14.50)

คะแนนความรู้ด้านการจัดอาหารของผู้ดูแลในเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านจัดอาหารระดับสูง ร้อยละ 83.9 ($\overline{X}$ =89.35, S.D. = 13.66) เช่นเดียวกับในกลุ่มกลุ่มภาวะทุพโภชนาการ ที่พบว่าคะแนนความรู้ความรู้ด้านการจัดอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านจัดอาหารระดับสูง ร้อยละ 73.5 ($\overline{X}$ =84.71, S.D. = 15.22)

คะแนนความรู้ด้านปริมาณอาหารของผู้ดูแลในเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านปริมาณอาหารระดับสูง ร้อยละ 66.1 ($\overline{X}$ = 80.81, S.D. = 14.18) และในกลุ่มภาวะทุพโภชนาการผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนความรู้ด้านปริมาณอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน มีความรู้ด้านปริมาณอาหารระดับสูง ร้อยละ 67.6 ($\overline{X}$ = 80.00, S.D. = 14.56)

คะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ดูแลในเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการบริโภคอาหารระดับสูง ร้อยละ 74.2 ($\overline{X}$ = 82.5, S.D. = 13.42) และคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะทุพโภชนาการ พบว่าผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการบริโภคอาหารระดับสูง ร้อยละ 61.8 ($\overline{X}$ = 78.53, S.D. = 13.74)

Table 4 score range, frequency, fercentage, mean, and mtandard deviation of dood arrangement aehavior for preschool children by caregivers in the three southern border provinces (n = 96)

Food Arrangement Behavior Level		Normal Nutritional Status		Malnutrition	
		Number (People)	Percentage	Number (People)	Percentage
Excellent Practice	(3.25-4.00)	35	56.5	12	35.3
Good Practice	(2.50-3.24)	27	43.5	21	61.8
Moderate Practice	(1.75-2.49)	0	0	1	2.9
		Range = 2.60-3.85, $\overline{X}$ = 3.27, SD = 0.25		Range =2.35-3.80, $\overline{X}$ =3.15, SD = 0.31	

Table 4 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กของผู้ดูแลในเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับดีมาก ร้อยละ 56.5 ($\overline{X}$ = 3.27, S.D. = 0.25) และคะแนนพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กของผู้ดูแลในเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะทุพโภชนาการ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับดี ร้อยละ 61.8 ($\overline{X}$ =3.15, S.D. = 0.31)

Table 5 mean, standard deviation, level, number, and percentage classified by attitude scores regarding food consumption of caregivers for preschool children in the three southern border provinces (n = 96)

Attitude Level Regarding Food Consumption		Normal Nutritional Status		Malnutrition	
		Number (People)	Percentage	Number (People)	Percentage
Excellent Attitude	(3.25-4.00)	4	6.5	17	50.0
Good Attitude	(2.50-3.24)	58	93.5	16	47.1
Moderate Attitude	(1.75-2.49)	0	0	1	2.9

Attitude Level Regarding Food Consumption	Normal Nutritional Status		Malnutrition	
	Number (People)	Percentage	Number (People)	Percentage
	Range =2.53-3.35, $\overline{X}$ =3.04 , SD = 0.21		Range = 2.47-3.59, $\overline{X}$ =3.15, SD = 0.26	

Table 5 พบว่า คะแนนเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ดูแลในเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ พบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติระดับดี ร้อยละ 93.5 ($\overline{X}$ =3.04 , S.D. = 0.21) และ คะแนนเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ดูแลในเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทุพโภชนาการ พบว่าผู้ดูแลจำนวนครึ่งหนึ่งมีเจตคติระดับดีมาก ร้อยละ 50.0 เจตคติระดับดี ร้อยละ 47.1 ($\overline{X}$ =3.15, S.D. = 0.26)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

Table 6 relationship between preschool children's food consumption behavior, caregivers' knowledge of nutritional status in preschool children, caregivers' food management behavior for preschool children, and caregivers' cttitude towards food consumption with the nutritional status of preschool children (n = 96)

Factors of nutritional status of preschool children	r_{pb}	p-value.
The dietary behaviors of preschool children	0.378	0.000**
Caregivers' knowledge of nutritional status in preschool children	0.226	0.027*
The food preparation behaviors of caregivers for preschool children	0.203	0.047*
Caregivers' attitudes towards food consumption for preschool children	-0.207	0.043*

หมายเหตุ. *p < .05 **p < .001

Table 6 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb}.378, p < .001) ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน พฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($\mathbf{r_{pb}}$ = .226, .203, p < .05) เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์เชิงลบเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\mathbf{r_{pb}}$ = -.207, p < .05)

อภิปรายผล

การศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้เป็นอย่างไร

ผลการศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 64.6 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตสูงดีสมส่วน ร้อยละ 72 เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มโภชนาการปกติส่วนมากมีพฤติกรรมการบริโภคของไม่เหมาะสมร้อยละ 66.1 จากการศึกษาพบเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 7.3 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กปฐมวัยมีภาวะผอมไม่เกินร้อยละ 5 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021c) ดังนั้นพฤติกรรมการกินของเด็กได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ โดยเฉพาะในระดับภายในบุคคลที่ระบุว่าเด็กเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ดูแล หากผู้ดูแลขาดความรู้หรือทัศนคติที่ดีในการจัดการอาหาร เด็กจะมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามไปด้วย ตัวอย่างเช่น การไม่รับประทานอาหารเช้าและอาหารหลักครบ 3 มื้อ ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 7.3 ซึ่งพฤติกรรมนี้สะท้อนถึงผลจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลที่อาจไม่ได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และแนวทางการจัดการโภชนาการที่ถูกต้อง

ในระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน 3 จังหวัดชายแดนใต้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดูแลบางส่วนยังขาดความเข้าใจในการจัดอาหารที่ครบถ้วนและมีคุณค่าทางโภชนาการ อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก เช่น การไม่รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jintana et al. (2015) ที่พบว่าเด็กปฐมวัยในภาคใต้มีภาวะเตี้ยและภาวะผอมมากกว่าภาคอื่น ๆ เนื่องจากการบริโภคอาหารที่ไม่เพียงพอ การส่งเสริมความรู้ในระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหานี้ได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารทอด เช่น หมูสามชั้น ขาหมู รวมถึงการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 28.1 ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่เด็กไม่ได้สัมผัสโดยตรง

แต่ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากผู้ดูแลที่อาจมีเวลาจำกัดในการเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ หรือการเลือกอาหารสำเร็จรูปที่ง่ายต่อการเตรียม ส่งผลให้เด็กบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล นอกจากนี้ปัจจัยทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่ยังคงเผชิญกับความขัดแย้งและสภาวะเศรษฐกิจที่ท้าทาย ส่งผลต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งด้านการเลี้ยงดูบุตร ด้านการมีคู่ชีวิต ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ (Boonsiri, 2016) ผู้ปกครองอาจต้องเลือกอาหารที่มีราคาถูกแต่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ หรือ ไม่อย่างไร

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยก่อนเรียนและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .378$, $p < 0.01$) (Table 6) สามารถอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคของเด็กสามารถเชื่อมโยงกับระดับภายในบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กใน 3 จังหวัดชายแดนที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมจะมีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนเด็กที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมจะมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jirapa (2022) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .226,.203$, $p < 0.05$) (Table 6) สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการจะช่วยให้สามารถจัดการอาหารที่เหมาะสมให้กับเด็กและช่วยลดปัญหาภาวะโภชนาการต่ำหรือเกิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jirapa (2022) ที่พบว่าความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้ของผู้ดูแลที่ถูกต้องจะทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการปกติ ซึ่งความรู้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 83.12 (Table 3) ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.ร้อยละ 37.5 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.1 (Table 1)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า พฤติกรรมการจัดอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .203$, $p < 0.05$) (Table 6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarocha et al. (2014) ที่พบว่าผู้ปกครองร้อยละ 40.2 มี

พฤติกรรมการจัดอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งการจัดอาหารที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สมอง และพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก การศึกษาของ Jirapa (2022) ยังพบว่าการจัดอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน โดยเฉพาะการจัดอาหารที่หลากหลายและมีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญาของเด็ก การที่เด็กวัยนี้ได้รับอาหารที่เพียงพอและครบถ้วนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.207$, $p < 0.05$) (Table 6) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เช่น ขนบธรรมเนียมในการบริโภคอาหารบางประเภท มีผลต่อเจตคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการจัดการอาหารสำหรับเด็ก วัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่มีรสชาติเผ็ดหรือการใช้ผงชูรสและผงปรุงรสในอาหารที่ให้เด็กกิน สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ผู้ดูแลที่มีเจตคติด้านบวก เช่น การให้เด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหารและการให้เด็กรับประทานผักและผลไม้เสริมทุกมื้อ มีแนวโน้มที่จะเป็นแบบอย่างที่ดีต่อพฤติกรรมการกินของเด็ก ซึ่งช่วยลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการได้

สรุป

ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ยังคงพบปัญหาพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมในเด็กบางกลุ่ม ซึ่งส่งผลให้เกิดทั้งภาวะโภชนาการต่ำและโภชนาการเกิน โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่รับประทานอาหารเช้าและการบริโภคอาหารที่ไม่ครบถ้วนในทุกมื้อ ส่วนความรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารปลา ไข่ ผักและผลไม้อย่างน้อย 3 - 7 วันต่อสัปดาห์ ในส่วนพฤติกรรมการจัดอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ จัดนมให้เด็กดื่ม 3 กล่องต่อวัน จัดอาหารที่ปรุงสุกใหม่ให้เด็ก และปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก ความรู้ และพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้และจัดการอาหารได้อย่างเหมาะสม มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่า นอกจากนั้นเจตคติด้านการบริโภคของผู้ดูแลยังมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลสามารถนำผลวิจัย ไปส่งเสริมบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และพื้นที่ใกล้เคียงให้มีภาวะโภชนาการปกติ และเป็นแนวทางในการให้ความรู้ ปรับเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียน และปรับพฤติกรรมการจัดอาหารสำหรับเด็กของผู้ดูแล เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมโภชนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านงานวิจัย สามารถนำข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นข้อชี้แนะสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้เล็งเห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน และพฤติกรรมการจัดการอาหารให้เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน โดยเฉพาะเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งนักศึกษาพยาบาลควรให้ความสำคัญและการปรับเจตคติของผู้ดูแลที่มีเจตคติด้านลบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล หรือผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการจัดอาหารที่มีคุณภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนทั้งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและที่บ้าน วิธีการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคของผู้แลเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการปกติ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น เช่น ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ สภาพการทำงานของผู้ดูแลที่เอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตร เวลา ค่าจ้าง สวัสดิการ เป็นต้น และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ นโยบายจากทุกระดับในสังคม

รายการอ้างอิง (References)

Boonsiri, A. (2016). Livelihoods of families affected by the unrest in the Special Development Region, Southern Border: Songkhla case study, 2004-2013. *Journal of Humanities and Social Sciences, Thaksin University*, *11*(1), 237 - 254. https://so02.tcithaijo.org/index.php/HUSOTSU/article/view/104230/83111

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International encyclopedia of education, 3*(2), 1643 – 1647. https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/6a45c1a4-82ad-4f69-957e-1c76966678e2.pdf

Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2021a). *Graph showing weight according to height criteria for monitoring the growth of children aged 3–6 years*. https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload2f16c

Department of Health, Ministry of Public Health. (2021b). *Food consumption behavior assessment form*. https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/206999

Department of Health, Ministry of Public Health. (2021c). *Details of Nutritional Surveillance Indicators for the Fiscal Year 2023.* https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload

Jintana, P., Chaiyana, B., & Narumon, T. (2015). *Report on the study "Development of Thai preschool children in 2014."* Nonthaburi: Health Promotion Division, Department of Health (Duplicated document).

Jintana, S. (2020). *Assessment of nutritional status* (3rd ed.). Khon Kaen University.

Jirapa, S. (2022). Factors associated with the nutritional status of preschool children. *Singburi Hospital Journal*, *31*(2), 81-94. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/258850

McLeroy, K.R., Steckler, A., & Bibeau, D. (1988). The social ecology of health promotion interventions. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351 - 377. http://tamhsc.academia.edu/KennethMcLeroy/ Paper/81901/An_Ecological_Perspective_on_Heath_Promotion_Programs.

Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Recommended dietary allowances for Thai people 2020.* https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=194515&id=47232&reload=

National Statistical Office of Thailand. (2020). *Survey project on the situation of children and women in Thailand 2019.* Author

Royal College of Pediatricians of Thailand. (2017). *A guide for parents on childcare and development: Early childhood (0-3 years)*. Pediatric Society of Thailand.

Sarocha, N., Narumon, S., & Apinya, H. (2014). Knowledge of nutrition and food management behavior for preschool children of parents in government schools, Chumphon Province. *Kasetsart Journal (Social Sciences)*, *35*(2), 235 - 244. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/kjss/article/view/2472 36/167949

Thailand Multiple Indicator Cluster Survey [MICS] (2019, August 1). *Survey Finding Report.* https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey %202019.pdf

Waraporn, J. (2021). A study on the growth status of infants aged 0-6 months: A case study of infants n Suphanburi, Loei, and Satun provinces. *Academic Journal of the Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health*, *3*(2), 8 - 10. https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/download-06/download?id=90535&mid=32009&mkey=m_document&lang=th&did=22643

Weerawan, S. (2008). *Factors affecting the nutritional status of children in the Ban Klang Municipal Early Childhood Development Center, San Pa Tong District, Chiang Mai* [Master's thesis]. Chiang Mai Rajabhat University

World Health Organization. (2021, August 10). *Nutrition.* https://www.who.int/health-topics/nutrition # tab=tab_

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

The Development of A Nursing Supervision Model to Improve the Quality of Nursing in Critical Care

กันยาพร ไชยศักดิ์[1*], ประกอบ ทองจิบ[1], เนตรนภา เทพชนะ[1],
อรอุมา พินธ์สุวรรณ์[1], ขัตติยา เสมอภพ[1], กุลธลีย์ ชายเกตุ[1]
Kanyaporn Chaiyasak[1*], Prakob Thongchip[1], Netenapa Thepchana[1],
Onuma Pinsuwan[1], Khattiya Samerpop[1], Kuntalee Chaikate[1]

(Received: October 3, 2024; Revised: December 2, 2024; Accepted: December 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยและพัฒนานี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนักและผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนัก จำนวน 90 คน และผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสตูล จำนวน 100 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการนิเทศทางการพยาบาล 2) ออกแบบพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล 3) ทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล เครื่องมือในการวิจัย คือ 1) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ คู่มือแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล โปรแกรมการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เท่ากับ 0.96, 0.96, 0.93, 0.93 และ 0.93 และตรวจสอบความเที่ยงเท่ากับ 0.93, 0.93, 0.95, 0.8 และ 0.7 ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับสูง 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย

[1]โรงพยาบาลสตูล

[1]Satun Hospital

* Corresponding author: kanyaporn250509@gmail.com

ความรู้มากกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ผลลัพธ์การบริหารการพยาบาล ผลิตภาพการพยาบาล ระยะเวลานอน การปฏิบัติตามแนวทาง หลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล เท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ได้แก่การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง การเกิดแผลกดทับ การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง

คำสำคัญ: การนิเทศทางการพยาบาล, คุณภาพการพยาบาล, การพยาบาลผู้ป่วยหนัก

Abstract

This research and development aimed to develop a nursing supervision model to improve the quality of nursing in critical care and assess the outcomes of utilizing the model. Samples were 90 participants including the head nurse, the vice head nurse, and nurses with experience caring for critically ill patients and 100 clients who used Saun Hospital's services. There were three phases of the research methodology: 1) Study nurse supervision issues; 2) Create a model for nursing supervision; and 3) Test and assess the results of using a model. The following were the research tools: 1) three parts of a nursing supervision model that the researcher developed, including the manual guidelines of a nursing supervision model, the adult learning program, and the practicum manual of critical care; 2) questionnaires that the researchers developed were validated by three experts with indexes equaled to 0.93, 0.93, 0.95, 0.8, and 0.7 and relied values equaled to 0.96, 0.96, 0.93, 0.93, and 0.93. The findings showed that: 1) the average scores of service quality and client satisfaction were at a high level; 2) the average scores of client opinion and contentment with a nursing supervision model were at a high level. The average knowledge score was statistically significantly higher after using the model than it was before; 3) nursing administration outcomes, nursing quality, sleep duration, and guideline practice after using the model were all equaled with the clinical outcomes standard after using the model. The prevalence of ventilator-associated pneumonia, high-risk medication errors, pressure sores, and fewer unplanned extubation.

Keywords: A nursing supervision, Quality of nursing, Nursing in critical care

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายยุทธศาสตร์ดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 12 ได้นำมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตสุขภาพที่ 12 โดยมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข โดยมีนโยบายลดความแออัด ลดการรอคอย ลดป่วย ลดตาย เพื่อการเข้าถึงบริการของโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

โรงพยาบาลสตูล มีปริมาณเตียงที่ให้บริการจริง (Active bed) สูงถึง 250 - 300 เตียง จากข้อมูลโรงพยาบาลสตูลอัตราการครองเตียงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 135.11 ในปีงบประมาณ 2566 สอดคล้องกับแนวโน้มของผู้รับบริการทุกประเภทที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นมา และในปีงบประมาณ 2566 พบว่า จำนวนผู้รับบริการโรงพยาบาลสตูลเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น 152,616 รายต่อปี จำนวนผู้ป่วยนอก 123,599 รายต่อปีและจำนวนผู้ป่วยใน 17,359 รายต่อปี กลุ่มโรคที่สำคัญ ๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases) ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยเหล่านี้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยและอาการรุนแรงสู่ระยะวิกฤต จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษามากเพิ่มขึ้น ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยหนักเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ย 30 รายต่อวัน หอผู้ป่วยหนักที่เป็นพื้นที่หลักมีผู้ป่วยเฉลี่ย 20 รายต่อวัน ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และหอผู้ป่วยทารกวิกฤต ส่วนหอผู้ป่วยในที่ร่วมรับการดูแลผู้ป่วยหนัก มีจำนวนผู้ป่วยหนักเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ย 10 รายต่อวัน พบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก แต่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้มีจำนวนร้อยละ 50จากปัญหาดังกล่าวร่วมกับความแออัดของสถานที่ สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐาน ประสบการณ์ของพยาบาลและความชำนาญในการใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นมีไม่เพียงพอ ร่วมกับภาระงานที่ล้นมือ จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยหนักทั้งในและนอกหอผู้ป่วยหนัก เป็นไปด้วยความยากลำบาก และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีระบบนิเทศทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพตามเป้าหมายขององค์กร ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

ปัจจุบันหัวหน้าหอผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่ง จึงมักพบประเด็นปัญหาสำคัญในการบริหารจัดการทุกหอผู้ป่วย โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งการนิเทศทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนัก ยังมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน เนื่องจากรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลและคู่มือแนวทางในการนิเทศทางการพยาบาลไม่ชัดเจน รวมทั้งผู้นิเทศมีภาระงานมาก ส่งผลให้การนิเทศมุ่งเน้นการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โดยพบว่าปีงบประมาณ 2566 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล มีอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นเท่ากับ 7.6 ครั้งต่อพันวันใช้เครื่อง การเกิดความคลาดเคลื่อนของยาที่มีความเสี่ยงสูง เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.8 ครั้งต่อพันวันนอน การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 เพิ่มขึ้นเท่ากับ 5.6 แผลต่อพันวันนอนและการเกิดท่อเลื่อนหลุดเพิ่มขึ้นเท่ากับ 10.4 ต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยนอนนาน ค่าใช้จ่ายสูงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้นได้ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การนิเทศทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกับระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและระบบประกันคุณภาพการพยาบาล การนิเทศทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับรูปแบบการนิเทศการพยาบาล และการเตรียมผู้นิเทศให้มีประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงเพื่อให้ปฏิบัติการที่ได้ผลดี (Muenna, 2022) จนเกิดวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยมีผลต่อการพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาล คือ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน วัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้มาตรฐานการพยาบาลทั่วทั้งองค์กร (Natee, 2023) การส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและบูรณาการ การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ จะช่วยให้พยาบาลรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลาได้ดีขึ้น (Khunpakdee &Tuampetch, 2024) สอดคล้องบทความของ Boonmee et al. (2018) ได้กล่าวว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning theory) ทำให้พยาบาลวิชาชีพเข้าสู่กระบวนการพัฒนาความสามารถซึ่งส่งผลทางตรงต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลและส่งผลทางอ้อมโดยผ่านระบบการบริหารการพยาบาลและการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (Juytay et al, 2023; Sirimontri & Juntachum, 2021; Muenna, 2022)

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลด้านบริหาร มีความสนใจพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล รวมทั้งศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนักนอกหอผู้ป่วยหนักและการนิเทศทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดนิเทศทางการพยาบาลของ Proctor (2001) (Proctor's three-function interactive model) ซึ่งเป็นรูปแบบการนิเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติ นิเทศให้เกิดการปฏิบัติตาม

แนวทางที่กำหนดและเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ผ่านการนิเทศทางการบริหารและนิเทศทางคลินิก บูรณาการร่วมกับการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) แอนดราโกจี (Andragogy) ของ Knowles (1984) ประกอบด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกทักษะในสถานการณ์จริง และการนำเสนอผลการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาความสามารถของผู้นิเทศ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลตามแนวคิดการประกันคุณภาพของมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (Nursing division, 2011) และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบแนวคิดซินเนอร์จีโมเดลของสมาคมพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (AACN Synergy Model, 1992) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ลักษณะความต้องการของผู้ป่วย 2) สมรรถนะของพยาบาล และ 3) ระบบของการให้บริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ นำมาพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งส่งผลให้มีการนิเทศทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากเพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ตามมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ลดความเสี่ยงและผู้ป่วยปลอดภัย เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะสนับสนุนให้องค์กรบรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

2. ศึกษาผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

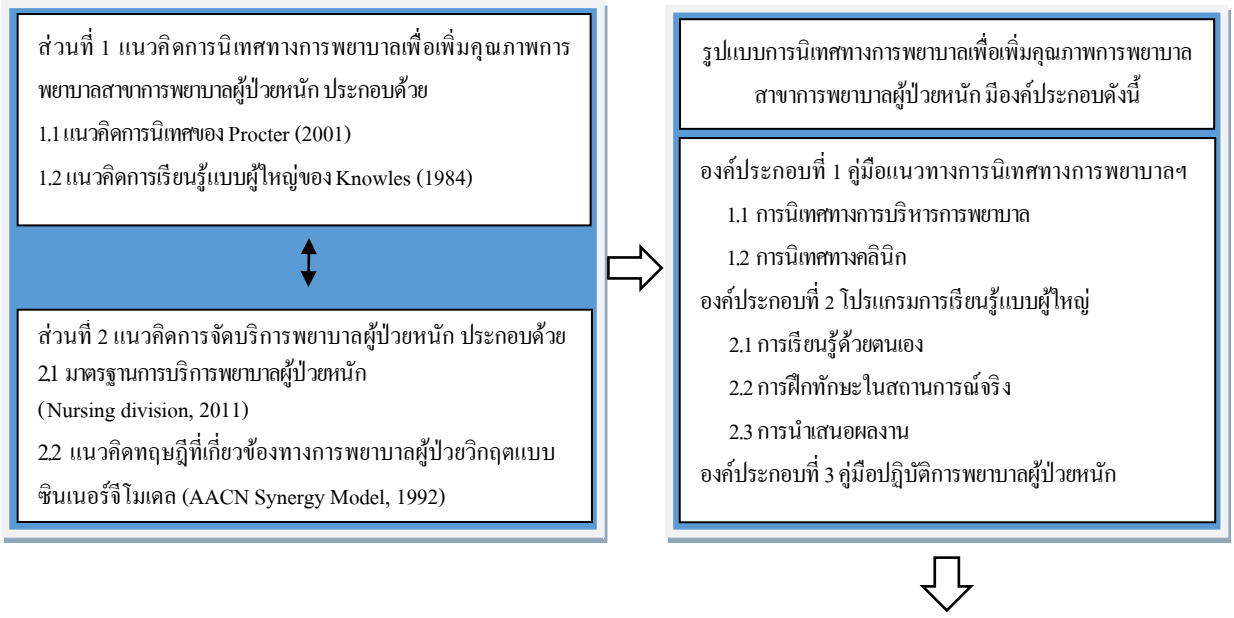
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนักและศึกษาผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลฯ ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2567 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 กลุ่มเป้าหมาย คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหนัก ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และหอผู้ป่วยทารกวิกฤต จำนวน 8 หน่วยงาน จำนวน 16 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 2 ออกแบบการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 - 30 เมษายน 2567 ประชากร คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนัก ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และหอผู้ป่วยทารกวิกฤต จำนวน 8 หน่วยงาน กลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีวิธีการจับฉลาก (Lottery) หยิบแล้วไม่ใส่คืนจากหอผู้ป่วยทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แล้วคัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า คือ ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย คือ การไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 15 คน โดยเป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 1 คน ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนัก จำนวน 13 คน

ระยะที่ 3 ทดลองและประเมินผลรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 - 31 ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

ผู้ให้บริการ หมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนัก ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และหอผู้ป่วยทารกวิกฤต จำนวน 7 หน่วย ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย คือ การไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย มีผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 90 คน โดยเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนัก จำนวน 76 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้น ช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 - 7 พฤษภาคม 2567 เก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ ช่วงวันที่ 1 สิงหาคม - 31 ตุลาคม 2567

ผู้ใช้บริการ หมายถึง ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และหอผู้ป่วยทารกวิกฤต จำนวน 7 หน่วย และพักรักษาตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน ที่สื่อสารด้วยวาจาได้เข้าใจ ภายในระยะเวลา 1 พฤษภาคม 2567 - 31 ตุลาคม 2567 จำนวน 1,530 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีวิธีการจับฉลาก (Lottery) หยิบแล้วไม่ใส่คืน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมเก็บข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากโปรแกรม G* power โดยการกำหนดค่า Power Analysis กำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ Standard effect size เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 90 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 จำนวน 10 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างที่อาจถอนตัวจากการวิจัย เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2567 - 31 ตุลาคม 2567 รวมจำนวน 100 คน โดยเก็บข้อมูลทุกหอผู้ป่วยในสัดส่วนเท่ากันหอผู้ป่วยละ 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) คู่มือการนิเทศทางการพยาบาลฯ 2) โปรแกรมการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ประกอบด้วย 2.1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง 2.2) การฝึกทักษะในสถานการณ์จริง 2.3) การนำเสนอผลงานในการนิเทศทางการพยาบาล ฯ และ 3) คู่มือปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและการพยาบาลผู้ป่วยหนักแบบซินเนอร์จี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาล ฯ ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการนิเทศทางการพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

2. แบบสอบถามประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการนิเทศทางการพยาบาล ฯ

2.2 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ

2.3 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ

3. แบบบันทึกผลลัพธ์ เป็นแบบบันทึกเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (Nursing division, 2011) บันทึกโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย 1. ข้อมูลการบริหารการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ผลิตภาพ (Productivity) ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 2) ระยะวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยหนัก 3) การปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนด 2. ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย 1) การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง 3) การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 และ 4) การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นที่ผ่านการแก้ไขขั้นต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านดังนี้ อาจารย์พยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ด้านภาษา และด้านอื่น ๆ และนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขและหาค่า โดยดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ CVI (Content validity Index) ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ 3 องค์ประกอบ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาล 2) แบบสอบถามคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการนิเทศทางการพยาบาล ฯ 3) แบบสอบถามระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ และ 4) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ เท่ากับ 0.96, 0.93, 0.93 และ 0.93 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันกับประชากรที่ศึกษา คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 15 คน โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha Coefficient) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2) แบบสอบถามคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และ 3) แบบสอบถามระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เท่ากับ 0.93, 0.95, 0.8 ตามลำดับ ส่วน 4) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางการ

พยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ค่าความเชื่อมั่นของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (K-R 20) เท่ากับ 0.7

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูล เลขที่อนุมัติ ETA0002 / 67 วันที่ให้การรับรอง 15 มกราคม 2567 วันหมดอายุการรับรอง 15 มกราคม 2568

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระ มีสิทธิที่จะถอนตัวไปอย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานและพัฒนาวิชาชีพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสตูล เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง การใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

1.2 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างและเตรียมพร้อมในการทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ประชุมกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการตอบแบบสอบถาม รายละเอียด ในการเก็บข้อมูล

2.2 เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบและคัดแยกข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ เพื่อนำแบบสอบถามที่ได้รับทำการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับความคิดเห็นของคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบ ฯ และความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ต่อการใช้รูปแบบฯของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ข้อมูลและความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ต่อการใช้รูปแบบ ฯ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติทดสอบที (t-test)

4. วิเคราะห์ข้อมูลผลของการใช้รูปแบบฯ ด้านผลลัพธ์ทางการบริหารการพยาบาล ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และตัวชี้วัดเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาลสตูลในข้อมูลต่อไปนี้ 1) ผลลัพธ์การบริหารการพยาบาล ดังนี้ (1) ผลิตภาพ (Productivity) ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (2) ระยะวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยหนัก (3) การปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนด 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก เก็บรวบรวมโดยการติดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ ดังนี้ (1) การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง (3) การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 แผล และ (4) การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 16 คน อายุต่ำสุด 46 ปี สูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 56.375 (S.D. = 3.95) ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 81.25 หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 50 หอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 50 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 43 ปี เฉลี่ย 34.93 (S.D. = 4.23) ปี สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า มีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.37, S.D. = 0.67) และค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอนอยู่ในระดับสูง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านตามลำดับ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ยแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.51, S.D. = 0.67) ค่าคะแนนเฉลี่ยโปรแกรมการเรียนรู้ ($\overline{X}$ = 4.63, S.D. = 0.72) ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ($\overline{X}$ = 4.63, S.D. 0.49) เมื่อพิจารณาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ด้านแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ดังนี้ การนิเทศตามแบบแผน ($\overline{X}$ = 4.51, S.D. = 0.7) การนิเทศตามมาตรฐาน ($\overline{X}$ = 4.34, S.D. = 0.6) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ($\overline{X}$ = 4.55, S.D. = 0.65) ด้านโปรแกรมการเรียนรู้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ดังนี้ 1) มโนทัศน์ของเรียน ($\overline{X}$ = 4.51,

S.D. = 0.60) 2) ประสบการณ์ของผู้เขียน ($\overline{X}$ = 4.49, S.D. = 0.68) 3) ความพร้อมของผู้เรียน ($\overline{X}$ = 4.58, S.D. = 0.62) และ 4) แนวทางการเรียนรู้ ($\overline{X}$ = 4.62, S.D. = 0.65) ด้านผลลัพธ์การนิเทศทางการพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ดังนี้ คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ($\overline{X}$ = 4.75, S.D. = 0.45) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ($\overline{X}$ = 4.56, S.D. = 0.51) แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ($\overline{X}$ = 4.56, S.D. = 0.51) ข้อเสนอแนะของความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 4 อันดับ ดังนี้ การกำหนดนโยบายชัดเจน ร้อยละ 31.25 การจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่ปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 12.75 การนิเทศอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ12.5 และนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพการนิเทศ ร้อยละ 6.25

จากการศึกษาสถานการณ์ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารระดับต้น ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความคิดเห็นต่อข้อมูลสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับสูง และข้อเสนอแนะของความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 4 อันดับ ดังนี้ การกำหนดนโยบายชัดเจน ร้อยละ 31.25 การจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่ปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 12.75 การนิเทศอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ12.5 และการนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพการนิเทศ ร้อยละ 6.25 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหนักในขั้นตอนต่อไป

2. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 คู่มือแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลฯ ประกอบด้วย

1. เทคนิคการนิเทศทางการพยาบาล ฯ แบบไฮบริด (Hybrid Supervision) โดยใช้การนิเทศแบบออนไซต์ (On site) โดยการใช้เครื่องมือการตามรอยคุณภาพการพยาบาล และการนิเทศแบบออนไลน์ (On line) โดยใช้แอปพลิเคชันกูเกิลมีตติง (Google Meeting)

2. ระบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ประกอบด้วย การนิเทศทางการบริหาร ได้แก่ การนิเทศตามรอยการบริหารอัตรากำลังของพยาบาล สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และนิเทศแบบออนไลน์โดยติดตามผลของการนิเทศด้านการบริหาร ได้แก่ ผลิตภาพทางการพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย การนิเทศตามรอยการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ซินเนอร์จีโมเดลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 และการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

3. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ประกอบด้วย การนิเทศตามแบบแผน การนิเทศตามมาตรฐาน การนิเทศตามหลักสมานฉันท์

องค์ประกอบที่ 2 โปรแกรมการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่เรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ฯ เป็นแผนการเรียนรู้ด้วยตนเองที่มีเนื้อหาการเรียนรู้ทั้งหมด 7 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) แนวทางการนิเทศทางการพยาบาล ฯ จำนวน 1 ชั่วโมง 2) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ฯ 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลแบบซินเนอร์จีโมเดลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 1 ชั่วโมง การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 1 ชั่วโมง การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 จำนวน 1 ชั่วโมง และการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จำนวน 1 ชั่วโมง 3) การฝึกทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ในสถานการณ์จริง จำนวน 1 ชั่วโมง และ 4) การนำเสนอผลการนิเทศทางการพยาบาล ฯ จำนวน 1 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 3 คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล ฯ ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนักแบบซินเนอร์จีโมเดลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันการเกิดความคลาดเลื่อนทางยาจากยาที่มีความเสี่ยงสูง การป้องกันการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 และการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการ (n = 100) พบว่า เฉลี่ยอายุ 40 ปี (S.D. = 13.81) ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.4) ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{\mathbf{X}}$ = 4.17, S.D. = 0.68)

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ (n = 90) ส่วนใหญ่อายุช่วง 25 - 39 ปี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 44) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 40 - 49 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 33.3) อายุช่วง 50 ปีขึ้นไปจำนวน 20 คน (ร้อยละ 22.2) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 87 คน (ร้อยละ 96.66) จบการศึกษาระดับปริญญาโท 3 คน (ร้อยละ 3.33) ระยะเวลาปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาลมากกว่า 20 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 40) รองลงมาอยู่ในช่วงเวลา 10 - 20 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 31.11) ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{\mathbf{X}}$ =4.45, S.D. = 0.70) ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการรายด้าน 3 อันดับแรก ได้แก่ แนวทางการนิเทศทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\overline{\mathbf{X}}$ = 4.45, S.D. = 0.67) โปรแกรมการเรียนรู้อยู่ในระดับสูง ($\overline{\mathbf{X}}$ = 4.43, S.D. = 0.80) และ

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.39, S.D. = 0.76) และค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการรายด้าน 3 อันดับแรก ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้ ($\overline{X}$ = 4.55, S.D. = 0.49) แนวทางการนิเทศทางการพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.52, S.D. = 0.51) และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.44, S.D. = 0.55)

Table 1 compares the means. standard deviation and the difference in the average knowledge scores Understanding of the role of nurses in the nursing supervision model to increase nursing quality in the field of intensive care nursing before and after using the nursing supervision model (n = 90) using paired t - test statistics

List	Result				t	df	P - value
	Before *(n = 90)*		After *(n = 90)*				
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
Knowledge and understanding of the responsibilities of nurses	12.34	1.57	14.51	1.72	3.53	89	.001

ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ($\overline{X}$ = 14.51, S.D. = 1.72) มากกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ($\overline{X}$ = 12.34, S.D. = 1.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Table 1)

Table 2 Compares nursing administration results and clinical results and hospital target criteria. After using the nursing supervision model of the sample group

Results of using the nursing supervision model	Target	Result	Meaning
Nursing management results			
Productivity of the organization	Percentage 90 - 130	120	Equal
Average length of stay	3 - 5 day	4.5	Equal
Agencies that follow the guidelines	Percentage 100	100	Equal

Results of using the nursing supervision model	Target	Result	Meaning
Clinical results			
Ventilator associated pneumonia	≤ 4 times per thousand days	1.25	Better
High-Risk Medication Errors	≤ 0.5 times per thousand days	0.15	Better
Pressure sores, grade 2-4	≤ 2.8 times per thousand days	2.1	Better
The endotracheal tube slipped.	≤ 10 times per thousand days	5.6	Better

ผลลัพธ์การบริหารการพยาบาลและเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม เท่ากับเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาล แยกเป็นรายด้าน ดังนี้ ผลิตภาพของหน่วยงาน เท่ากับ ร้อยละ 120 ระยะวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 วัน หน่วยงานที่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ทางคลินิกและเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ดีกว่าเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาล ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 1.25 ครั้งต่อพันวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย 4 ครั้งต่อพันวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง เท่ากับ 0.15 ครั้งต่อพันวันนอน น้อยว่าหรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย 5 ครั้งต่อพันวันนอน อยู่ในระดับดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 เท่ากับ 2.1 ครั้งต่อพันวัน น้อยกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย 2.8 ครั้งต่อพันวันนอน อยู่ในระดับดีเกณฑ์เป้าหมาย และการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ 5.6 ครั้งต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ น้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมาย 10 ครั้งต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ อยู่ในระดับดีเกณฑ์เป้าหมาย (Table 2)

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ และผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ แบ่งการอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการการนิเทศทางการพยาบาลฯ ควรมีองค์ประกอบ เป็นอย่างไร ผลการวิจัย พบว่า หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสตูลที่มีการดูแลผู้ป่วยหนัก มีรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลไม่ชัดเจนทำให้การนิเทศทางการพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ ในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาล ฯ พบว่า มีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอนอยู่ในระดับสูง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านตามลำดับจากสูงไปต่ำ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ยแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล ค่าคะแนน

เฉลี่ยโปรแกรมการเรียนรู้ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก สอดคล้องกับมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่กำหนดให้องค์กรพยาบาลมีการกำกับดูแลวิชาชีพด้านบริหารและด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร ทำให้ผู้บริหารการพยาบาลต้องพัฒนาระบบหรือรูปแบบการนิเทศให้เป็นรูปธรรม ดังนั้นในสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาล ฯ ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นควรมีการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯใหม่ที่ดีกว่าเดิม ที่สามารถนิเทศได้ทุกสถานที่ เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ และใช้รูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วม ซึ่งรูปการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย คู่มือแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล โปรแกรมการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

2. ผลของการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯสามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้ ด้านผู้ใช้บริการผลการวิจัย พบว่า ผู้ใช้บริการมีความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการ และความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาล ฯ อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น มากกว่ามาตรฐาน ได้รับการประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นต่อเนื่องทุกเวร รวมทั้งพยาบาลผู้ให้การดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติครอบคลุมทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเหตุผลของการให้การดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ด้านผู้ให้บริการ ผลการวิจัย พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก อยู่ในระดับสูงเนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสนับสนุนการนิเทศทางการพยาบาลฯได้ทุกสถานที่ ตามคู่มือแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล มีการนิเทศการพยาบาลได้ทั้งในรูปแบบออนไลน์ (Online) และรูปแบบออนไซต์ (On site) ทำให้ผู้นิเทศสามารถนิเทศทางการพยาบาล ฯ ได้ทุกเวลาตามความต้องการ ทำให้การนิเทศทางการพยาบาลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในส่วนของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการนิเทศทางการพยาบาลฯ มากกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ruangwattana et al., 2024) เนื่องจาก ลักษณะของโปรแกรมการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ส่งเสริมให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหนักมีส่วนร่วมในการคิดแก้ปัญหาของหน่วยงาน เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง คิดว่าตนเองคือบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและคิดป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิด การศึกษาของ Juntachum et al. (2023) พบว่า การนิเทศทางคลินิกส่งผลทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ผลลัพธ์ทางคลินิกและเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม

ดีกว่าเกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาล ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 1.25 ครั้งต่อพันวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย 4 ครั้งต่อพันวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง เท่ากับ 0.15 ครั้งต่อพันวันนอน น้อยว่าหรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย 5 ครั้งต่อพันวันนอน อยู่ในระดับดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 เท่ากับ 2.1 ครั้งต่อพันวัน น้อยกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย 2.8 ครั้งต่อพันวันนอน อยู่ในระดับดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ 5.6 ครั้งต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ น้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมาย 10 ครั้งต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ อยู่ในระดับดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และการศึกษาของ Tangwongkit et al. (2020) ที่พบว่า ภายหลังที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทัศนคติ และคุณภาพการนิเทศงานสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <. 05$) ผลลัพธ์ด้านบริหารการพยาบาล พบว่า เท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย และผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่าเกณฑ์เป้าหมายภายหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ เนื่องจากเมื่อพยาบาลมีการเห็นคุณค่าในตนเองได้รับการนิเทศในลักษณะเสริมพลังเชิงบวกตามแนวคิดของ Procter (2001) สนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเกิดการเรียนรู้และตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นเช่นกัน

สรุป

รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ที่ พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) คู่มือการนิเทศทางการพยาบาล ฯ 2) โปรแกรมการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และ 3) คู่มือปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและการพยาบาลผู้ป่วยหนักแบบซินเนอร์จี สามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังสามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลจากผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยนี้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลควรนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ไปใช้ เช่น ควรมีแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลฯ เน้นย้ำเรียนรู้แบบผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้ป่วยหนักแบบซินเนอร์จี เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนักและส่งเสริมการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการต่อไป

2. ควรมีการจัดระบบนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานและมีการติดตามประเมินผลการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลสาขาผู้ป่วยหนัก

3. ขยายผลรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ฯ ในเครือข่ายจังหวัดสตูลและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 12

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาต่อยอดงานวิจัยให้ครอบคลุมการบริหารจัดการเชิงระบบตามมาตรฐานการบริการพยาบาล

รายการอ้างอิง (References)

AACN Synergy Model. (1992) . *The AACN Synergy Model for patient care*. www.certcorp.org/ certcorp/certcorp.nsf/vwdoc/ SynModel.

Boonmee, L., Pitaksin, D., Choomee, P., & Tiyawisutsri, C. (2018). Development of Professional Nurses' Competence into Nursing Case Managers using the Framework of Advanced Nursing Practitioners and Adult Learning Theory. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center, 35*(1), 93 - 102. http://he02.tci-thaijo.org/article/download/PDF.

Juntachum, W., Volrathongchai, K., Srijakkot, J., Boonsawasdgulcha, P., Jumpamool, A., Sirimontri, J., Dapha, S., & Sookpier, P. (2023). Relationship Model between Clinical Supervision and Nursing Outcomes in Intensive Care Units at Tertiary Care Hospitals in the Northeast of Thailand: A Structural Equation Model Analysis. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 26*(1), 115 - 125. https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JSakonNakHosp/article/view/2777.

Juytay, U., Rattanawimol, C., Bunyamani, W., & Wongjantharamanee, S. (2023). The Development of nursing supervision program model of the first level administration in Sukhothai hospital base on 2P Safety. *Research and development health system journal. 16*(2), 202 - 215. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/249386

Khunpakdee, R., & Tuampetch, D. (2024) . Development of Clinical Supervision Model among Mechanically Ventilated Patients in Medical Intensive Care Unit, Hatyai Hospital. *Nursing Division Journal, 51*(1), 18 - 34. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/270348

Knowles, M.S. (1984). *Self - directed learning: A neglected species* (3rd ed.). Gulf Publishing.

Muenna, T. (2022). Development of Nursing Supervision Model at Pakkhad Hospital, Bueng Kan Province. *Journal of Sakon Nakorn Hospital, 25*(1), 22 - 33. https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JSakonNakHosp/article/view/2661

Natee, S. (2023) . The Development of Participatory Clinical Supervision Model of Critically Emergency Nursing Care, Accident and Emergency Department, UdonThani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal, 30*(2), 292 - 304. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/259151/176789.

Nursing division. (2011). *Nursing quality assurance: evaluating the quality of intensive care nursing services.* Samjareonpanich.

Proctor, B. (2001). *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention in fundamental themes in clinical supervision*. Routledge.

Ruangwattana, S., Kaewkhumpa, P., & Thummapok, O. (2024) . The development of nursing supervision program model for the first-line manager basedtowards patient safety in the intensive care nursing department, Lamphun Hospital. *Journal of Nakornping Hospital, 15*(1), 108 – 124. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnkp/article/view/266955

Sirimontri, J., & Juntachum, W. (2021). Causal relationship models between clinical supervision, clinical risk management and nursing outcome perceived by registered nurses in Intensive Care Units, Tertiary Care Hospitals, Northeastern Thailand. *Journal of Sakon Nakorn Hospital, 24* (2), 1 - 12. https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/PDF.

Tangwongkit, T., Kerdmuang, S., Chaiyasak, M., Weerawatthanodom, N., & Pungpotong, S. (2020). Effects of Participatory Nursing Supervision Program on the Quality of Supervision of Head Nurses in General Hospital, Chainat Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 30*(2), 190 - 202. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/244947.

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล

Factors Affecting Recurrence among Patients with Stroke, La-ngu District, Satun Province

ปาลีญา จารนัย[1], กิตติพร เนาว์สุวรรณ[2*]

Paleeya Jaranai[1], Kittiporn Nawsuwan[2*]

(Received: September 1, 2024; Revised: October 28, 2024; Accepted: November 15 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล จำนวน 128 คน แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Recurrent stroke) 64 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีการกลับเป็นซ้ำ (Post stroke) 64 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67 และ 1.00 และได้ค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.710, 0.738, 0.773, 0.722, 0.748, 0.711 และ 0.745 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอละงู จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปี (OR_{adj}=71.09, *95%CI*: 10.74-471.72) ความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค (OR_{adj}= 8.27, *95 % CI:* 1.90-35.95) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำ (OR_{adj}= 87.95, *95 % CI:* 1.73-36.61) และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค (OR_{adj}= 26.76, *95%CI:* 5.51-130.01)

[1]โรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล

[1]La-ngu Hospital, Satun Province

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author: jock2667@gmail.com

ดังนั้น เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค และโอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระเวลาการป่วยมากกว่า 1 ปี

คำสำคัญ: ปัจจัย, โรคหลอดเลือดสมอง, การกลับเป็นซ้ำ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This descriptive research using case control study aimed to determine factors affecting recurrence among patients with stroke, La-ngu district, Satun province. Sample were 128, divided into 64 of cases (recurrent stroke) and 64 of controls (post stroke) admitted to inpatient department of La-ngu hospital, Satun province. Research instruments consisted of demographic recording form and a set of questionnaires including knowledge of warning signs, perceived susceptibility, food consumption behavior, exercise, medication adherence, follow-up and alcohol drinking and cigarette smoking. IOC ranged from .67 to 1.00 and Cronbach alpha coefficient reliability of each of questionnaire was .710, .738, .773, .722, .748, .711 and .745 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis. Research results were found as follows;

Factors affecting recurrence among patients with stroke La-ngu district, Satun province at significance levels of .01 and .001 included duration of stroke (OR_{adj}=71.09, *95%CI*: 10.74-471.72), knowledge of warning signs (OR_{adj}=8.27, *95%CI:* 1.90-35.95), perceived susceptibility of recurrence (OR_{adj}=87.95, *95% CI:* 1.73-36.61) and appropriate food consumption (OR_{adj}=26.76, *95% CI:* 5.51-130.01).

Hence, to reduce the chance of recurrent stroke, activities promoting knowledge of warning signs and perceived susceptibility of recurrence should be provided to patients as well as promoting food consumption behavior and continuous monitoring in those who had more than 1 year of disease duration.

Keywords; Factors, Stroke, Recurrence, Prevention of Recurrence, Patients with Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาที่พบบ่อยและสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สัดส่วน 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 90 ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ (Department of Diseases Control, 2023) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ไว้ว่า ทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก โดยพบว่า 2 ใน 3 จะพบในประเทศที่กำลังพัฒนา และในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า องค์การอนามัยโลกได้รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกว่าเป็นอันดับ 2 ในประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี (World Stroke Organization [WSO], 2017) ในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 มีอายุน้อยกว่า 70 ปี และร้อยละ 16 มีอายุน้อยกว่า 50 ปี (WSO, 2024) ซึ่งมากกว่าคนทั่วโลกที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน ส่งให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นร้อยละ 0.66 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของโลก (Global GDP) โดยประมาณการประมาณ 1,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2030 (WSO, 2024)

กรมควบคุมโรคได้ระบุว่าพบผู้ป่วยใหม่ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี พ.ศ. 2562 พบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักประสบปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคแบ่งเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ได้ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยที่ป้องกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง (Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (Omori et al., 2015; Chang et al., 2022) พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน (Flach et al., 2020) เพศ (Hawkew et al., 2020; Omori et al., 2015; Chen et al., 2019) อายุ (Omori et al., 2015; Chang et al., 2022)

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - 2560 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 38.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2556 เป็น 43.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 และพบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 35.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 47.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่เป็น

กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.3 ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคมะเร็ง (Nilnate, 2019) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (Department of Diseases Control, 2023)

โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งการศึกษาในครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอละงู ขนาด 90 เตียง จากสถิติของโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 82, 90, 120 และ 128 คน โดยพบผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 9.8, 13.3, 16.7 และ 18.8 (La - Ngu Hospital, 2023) จากข้อมูลข้างต้นยังพบว่า อำเภอแห่งนี้เป็นอำเภอที่มีร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 - I69) ร้อยละ 7.82 มาเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัด ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการกลับเป็นซ้ำมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่าโรงพยาบาลละงู มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ทุพพลภาพ และเสียชีวิต เห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาที่สำคัญและควรได้รับการแก้ไข ถึงแม้ว่าเคยมีผู้ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน แต่เป็นการศึกษาในพื้นที่อื่น ยังไม่เคยมีการศึกษาในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกันทั้งประชากร ภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม โดยเฉพาะในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่อในการดำเนินชีวิตซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยตรง ดังนั้นหากทราบปัจจัยเสี่ยงและดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ก็จะสามารถให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล ไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้ ตลอดทำให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระยะของความเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

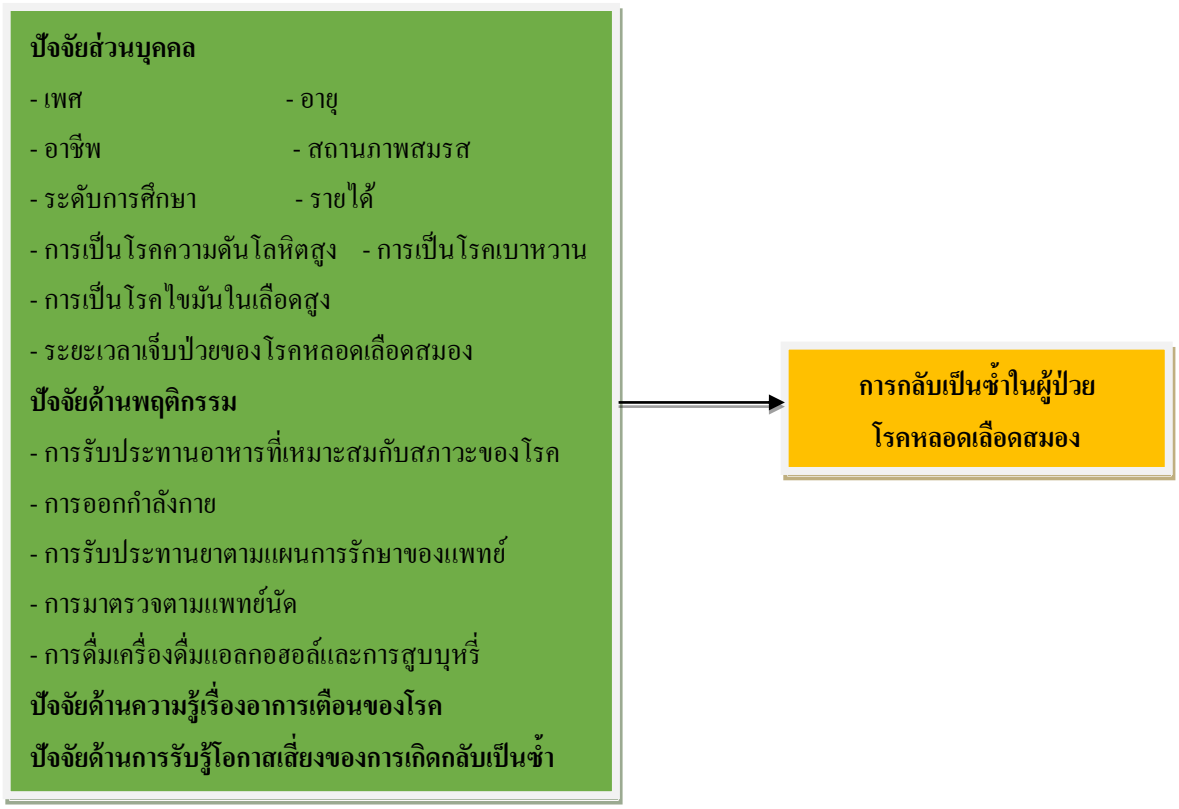
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมอง มักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง จากภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้แก่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว การขาดยา พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบ

บุหรี่ ดื่มสุรา ตลอดจนการรับประทานอาหารหวาน เค็มมัน เป็นต้น ทั้งนี้หากไม่ได้รับการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ (Faculty of Medicine, Naresuan University, 2017) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (A retrospective case control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke) จำนวน 420 คน ที่มารับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 – กันยายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke) และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (post-stroke without recurrence) ที่ได้รับการรักษาผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงกันยายน 2566 การศึกษานี้ใช้วิธีการจับคู่

ตัวอย่าง (matching) ตามอายุ ± 5 ปี และเพศ ขนาดตัวอย่างถูกคำนวณโดยใช้สูตรกรณีศึกษาแบบควบคุม (case-control) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 128 คน แบ่งเป็นสองกลุ่มตามสัดส่วน 1:1 คือ กลุ่มศึกษา (case) จำนวน 64 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2566 และกลุ่มควบคุม (control) จำนวน 64 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ข้อคำถามที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ระยะเวลาเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง และการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยลักษณะของข้อคำถามให้เลือกตอบและการเติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรม 5 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด และด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเชิงประมาณค่า 4 ระดับจากปฏิบัติเป็นประจำให้ 4 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน สำหรับข้อบวก และปฏิบัติเป็นประจำให้ 1 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติให้ 4 คะแนนสำหรับข้อลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นข้อความที่แสดงถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เช่น อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง ตามัวหรือมองไม่เห็นในทันที พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามแบบถูกผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนน 0 - 10 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Vorapongsathorn, 2015) ดังนี้

มากกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ย	(7 - 10 คะแนน)	หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง
น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	(0 – 6 คะแนน)	หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นซ้ำ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับจากเห็นด้วยมากที่สุดให้ 4 คะแนนถึงเห็นด้วยน้อย

ที่สุดให้ 1 คะแนน รวม 5 ข้อ ผู้วิจัยแบ่งระดับการรับรู้โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Vorapongsathorn, 2015) ดังนี้

มากกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ย	(15 - 20 คะแนน)	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง
น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	(10 - 14 คะแนน)	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.67 และ 1.00 และนำไปทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอท่าแพ จังหวัดสตูลจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น KR20 ของแบบประเมินความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค เท่ากับ 0.710 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ .738 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 0.773 แบบสอบถามการออกกำลังกายเท่ากับ 0.722 แบบสอบถามการรับประทานยาเท่ากับ 0.748 แบบสอบถามการมาตรวจตามแพทย์นัดเท่ากับ 0.711 และแบบสอบถามการดื่มเครื่องดื่มแอลลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เท่ากับ 0.745

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสตูล เลขที่ ET-ST 08/2567 ลงวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2567 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนโดยผู้วิจัยทำบันทึกขออนุญาตขอข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากนั้นประสานกับผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าถึงและดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัย

กำหนดขอบเขตของข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการวิจัย พบว่าข้อมูลได้รับกลับคืนมา 128 ชุด มีความสมบูรณ์ทั้ง 128 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูลด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทีละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก อย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p - value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.05 เข้าสมการ จากนั้นวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95 % Confidence Interval, 95 % CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (recurrent) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.4 โดยอายุอยู่ในกลุ่มอายุ 53 - 71 ปี ร้อยละ 43.8 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดและสมองของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 71.9 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 60.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.6 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.5 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 71.9

กลุ่มที่ไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (non- recurrent) เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.3 อยู่ในกลุ่มอายุ 53 - 71 ปี ร้อยละ 51.6 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 40.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.8 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.3 มีโรคร่วม ร้อยละ 89.1 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.3 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดและสมองของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 81.3

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล

T a b l e 1. Analsis of variables affecting recurrence of patients with stroke, La-ngu District, Satun Province

Demographic Factors and Genetics	Stroke Non-recurrence Number (Percentage)	Recurrence Number (Percentage)	Odds ratio	95% CI Lower	95% CI Upper	p-value
Gender						.720
Male	36 (48.6)	38 (51.4)	Ref			
Female	28 (51.9)	26 (48.1)	0.88	0.44	1.77	
Age						.052
<55 years	23 (63.9)	13 (36.1)	Ref			
≥ years	41 (44.6)	51 (55.4)	2.20	0.99	4.87	
Occupation						.022
Employed	38 (60.3)	25 (39.7)	Ref			
Unemployed	26 (40.0)	39 (60.0)	2.28	1.12	4.63	
Marital Status						.029
Married	53 (55.8)	42 (44.2)	Ref			
Single/Widowed	11 (33.3)	22 (66.7)	2.52	1.10	5.78	
Educational Levels						1.00
Elementary school	45 (50.0)	45 (50.0)	Ref			
Higher than elementary school	19 (50.0)	19 (50.0)	1.00	0.47	2.14	
Income						.270
Sufficiency	26 (56.5)	20 (43.5)	Ref			
Insufficiency	38 (46.3)	44 (53.7)	1.51	0.73	3.11	
Comorbidities						
Hypertension						.020
Not-having	19 (70.4)	8 (29.6)	Ref			
Having	45 (44.6)	56 (55.4)	2.96	1.18	7.38	
Diabetes						.196
Not-having	45 (54.2)	38 (45.8)	Ref			
Having	19 (42.2)	26 (57.8)	1.62	0.78	3.37	

Demographic Factors and Genetics	Stroke Non-recurrence Number (Percentage)	Recurrence Number (Percentage)	Odds ratio	95% CI Lower	95% CI Upper	p-value
Dyslipidemia						.026
Not-having	21 (67.7)	10 (32.3)	Ref			
Having	43 (44.3)	54 (55.7)	2.64	1.124	6.19	
Duration of Stroke						<.001
≤1 year	60 (70.6)	25 (29.4)	Ref			
>1 year	4 (9.3)	39 (90.7)	23.4	7.56	72.43	
Therapeutic Diet						<.001
High level (12-20 scores)	55 (77.5)	16 (22.5)	Ref			
Low level (5-11 scores)	9 (15.8)	18 (84.2)	18.33	7.43	45.26	
Exercise						<.001
High level (8-15 scores)	56 (69.1)	25 (30.9)	Ref			
Low level (16-20 scores)	8 (17.0)	39 (83.0)	10.92	4.46	26.72	
Medication Adherence						<.003
High level (16-20 scores)	39 (63.9)	22 (36.1)	Ref			
Low level (10-15 scores)	25 (37.3)	42 (62.7)	2.98	1.45	6.12	
Follow-up						<.001
High level (15-20 scores)	52 (71.2)	21 (28.8)	Ref			
Low level (5-4 scores)	12 (21.8)	43 (78.2)	8.87	3.92	20.07	
Alcohol Drinking and Smoking						<.001
High level (16-20 scores)	51 (62.2)	31 (37.8)	Ref			
Low level (8-15 scores)	13 (28.3)	33 (71.7)	4.18	1.91	9.13	
Knowledge of Warning Sign						<.001
High level (7-10 scores)	56 (74.7)	19 (25.3)	Ref			
Low level (0-6 scores)	8 (15.1)	45 (84.9)	16.58	6.64	41.37	
Perceived Susceptibility of Recurrence						<.001
High level (15-20 scores)	49 (73.1)	18 (26.9)	Ref			
High level (10-14 scores)	15 (24.6)	46 (75.4)	8.35	3.77	18.48	

Table 2. Analysis of multi-variables affecting recurrence of patients with stroke, La-ngu District, Satun Province

Factors	Crude *OR* (*95%CI*)	Adjusted *OR* (*95%CI*)	p-value
Duration of Stroke			<.001
≤1 year	Ref	Ref	
>1 year	23.4 (7.56-72.42)	71.09 (10.74-471.72)	
Knowledge of Warning Sign			.005
High level (7-10 scores)	Ref	Ref	
Low level (0-6 scores)	16.58 (6.64-41.37)	8.27 (1.90-35.95)	
Perceived Susceptibility of Recurrence			.008
High level (15-20 scores)	Ref	Ref	
Low level (10-14 scores)	8.35 (3.77-18.48)	7.95 (1.73-36.61)	
Therapeutic Diet			<.001
High level (12-20 scores)	Ref	Ref	
Low level (5-11 scores)	18.33 (7.43-45.26)	26.76 (5.51-130.01)	

ปัจจัยด้าน อาชีพ สถานภาพสมรส การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเป็นโรคไขมันในเลือดสูง การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำ มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 1) จากนั้นนำตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า .05 มาวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยพบว่า ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Table 2)

โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปี มีโอกาสกลับเป็นซ้ำถึง 71.09 เท่า (OR_{adj}=71.09, *95%CI*: 10.74-471.72) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอด

เลือดสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคระดับต่ำมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ 8.27 เท่า (OR_{adj}=8.27, *95%CI:* 1.90-35.95) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคระดับสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำระดับต่ำมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ 7.95 เท่า (OR_{adj}=87.95, *95%CI:* 1.73-36.61) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำระดับสูง และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคระดับต่ำมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ 26.76 เท่า (OR_{adj}=26.76, *95%CI:* 5.51-130.01) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคระดับสูง (Table 2) อย่างไรก็ตามพบว่า เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคไขมันในเลือดสูง การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การมาตรวจตามแพทย์นัด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ไม่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปี มีโอกาสกลับเป็นซ้ำถึง 71.09 เท่า (OR_{adj}=71.09, *95%CI*: 10.74-471.72) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี อาจเป็นเพราะว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ การขาดการออกกำลังกาย หรือพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และจากผลการวิจัยจะพบว่า ผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำมีโรคร่วมถึงร้อยละ 70.3 โรคร่วมที่เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Murphy & Werring, 2020) ฉะนั้น การเป็นโรคที่ยาวนาน ย่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ ฉะนั้นการมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ (Kauw et al., 2018) นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำยังมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัวถึงร้อยละ 71.9 ซึ่งการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีพ่อแม่/พี่น้องที่เป็นญาติสายตรง มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Bureau of Non-Communicable Diseases, 2013) ในขณะที่กลุ่ม

ไม่เป็นซ้ำไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดและสมองของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 81.3 ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติทางพันธุกรรมป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 32.6 เท่า (Phutthawong, et al, 2014) จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงและการมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว การศึกษานี้แตกต่างกับ Lohitharn (2024) ที่พบว่า ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคระดับต่ำมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ 8.27 เท่า (OR_{adj}= 8.27, *95 % CI:* 1.90 - 35.95) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคระดับสูง อธิบายได้ว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการได้ เช่น อาการวิงเวียนศีรษะ การทรงตัวของร่างกายผิดปกติ ไม่สามารถทรงตัวได้ เดินเซ ตามัวหรือมองไม่เห็นอย่างเฉียบพลัน หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว มุมปากตกยกไม่ขึ้น ชาใบหน้าหรือกลืนอาหารลำบาก หรือสำลักบ่อย ๆ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่เตือนว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ฉะนั้น หากผู้ป่วยมีความรู้และทราบอาการเตือนก็จะสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ความรู้เหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเลี่ยงจากภาวะคุกคามที่จะทำให้กลับมาเป็นซ้ำ โดยผู้ป่วยจะต้องเลือกวิธีปฏิบัติที่เป็นทางออกที่ดีที่สุด และอาจจะเป็นไปได้ที่ปัจจุบันได้มีข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลาย ๆ ช่องทาง เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ที่ได้สื่อต่าง ๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ป่วยจะได้รับความรู้ตั้งแต่เป็นโรคความดันโลโลหิตสูง ฉะนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคย่อมทำให้ผู้ป่วยมีการสังเกตตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ สอดคล้องกับ Kongkaew et al. (2020) พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า ความรู้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Omori et al., 2015); Chang et al. (2022) ที่ศึกษาในประเทศจีน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำระดับต่ำมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ 7.95 เท่า (OR_{adj}= 87.95, *95 %CI:* 1.73 - 36.61) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำระดับสูง อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยจะเห็นความสำคัญของการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการ

ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ จากผลการวิจัยยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง เช่น ถ้าหยุดรับประทานยาเองจะสามารถทำให้กลับมาเป็นซ้ำ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดการออกกำลังกาย อาจจะทำให้เกิดเป็นซ้ำอาจทำให้เกิดความพิการและถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่อการกลับมาเป็นซ้ำ ฉะนั้นการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นเสมือนการตอบสนองด้านกระบวนการที่เป็นเรื่องของการยอมรับกับตัวเองจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่า ตนเองมีโอกาสกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ หากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับ Banchanon et al. (2022); Kotalux et al. (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และ Channuan and Panomai (2018) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคระดับต่ำมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ 26.76 เท่า (OR_{adj}=26.76, *95%CI:* 5.51-130.01) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคระดับสูง อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรคอาจจะทำให้เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็ง ซึ่งเกิดจากการมีคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ฉะนั้น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น รับประทานข้าวกล้อง, ข้าวขัดสี 1 - 2 ทัพพีต่อมื้อ หรือการรับประทานผัก และอาหารที่มีกากใย ก็จะช่วยลดระดับความดันโลหิต น้ำตาลในกระแสเลือด และระดับไขมันในกระแสเลือดได้ ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ (Tepsuwan et al., 2018) และการศึกษาของประเทศอังกฤษ พบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Flach et al., 2020) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นการให้ความรู้และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข มีสาเหตุหลักมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนร่วมกับพฤติกรรมต่าง ๆ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอละงู จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของ

การเกิดการกลับเป็นซ้ำ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค ดังนั้นการได้รับความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมสำคัญของบุคลากรสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องอาการเตือนของโรค และโอกาสเสี่ยงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระเวลาการป่วยมากกว่า 1 ปี โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการป้องกันการเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการอ้างอิง (References)

Banchanon, K., Toskulkao, T., & Changmai, S. (2022). Factors Influencing Recurrent Preventative Behavior of Stroke Patients Based on Transition Theory. *Thai Journal of Nursing, 71*(3), 54 - 62. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/257352/176917

Bureau of Non-Communicable Diseases. (2013). *Manual for Preventing Chronic Non-Communicable Diseases of Tambon Health Promotion Hospital. (3th ed).* Office of Veterans Organization Printing Office.

Chang, X., Wang, K., Wang, Y., Tu, H., Gong, G., & Zhang, H. (2022). Medication Literacy in Chinese Patients with Stroke and Associated Factors: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(1), 620. https://doi:10.3390/ijerph 20010620.

Channuan, S., & Panomai, N. (2018). Perception and Self-Care Behavior to Prevent Stroke in Diabetic Patients at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 21*(2), 120 - 128. https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/5542

Chen, C. Y., Weng, W. C., Wu, C. L., & Huang, W. Y. (2019). Association between Gender and Stoke Recurrence in Ischemic Stroke Patients with High-grade Carotid Artery Stenosis. *Journal of Clinical Neuroscience, 67*, 62 - 67. https://doi:10.1016/j.jocn.2019.06.021.

Department of Diseases Control. (2023, September 1). *October 29: World Stroke Day. Join Together to Prevent and Reduce the Risk of Stroke and Paralysis*. https://ddc.moph.go.th/uploads/files/380370231028035748.pdf

Faculty of Medicine, Naresuan University. (2017). *stroke.* http://www.med.nu.ac.th/dpMed/file Knowledge/106_2017-08-19.pdf

Flach, C., Muruet, W., Wolfe, C.D., Bhalla, A., & Douiri, A. (2020). Risk and Secondary Prevention of Stroke Recurrence: A Population-Base Cohort Study. *Stroke, 51*(8) , 2435 - 2444. https://doi:10.1161/STROKEAHA.120.028992.

Hawkes, M.A., Blaginykh, E., Ruff, M.W., Burrus, T., Wijdicks, E.F., & Rabinstein, A.A. (2020). Long-term Mortality, Disability and Stroke Recurrence in Patients with Basilar Artery Occlusion. *European Journal of Neurology, 27*(3), 579 - 585. https://doi:10.1111/ene.14126.

Kauw, F., Takx, R. A. P., de-Jong, H. W. A. M., Velthuis, B., Kappelle, L. J., & Dankbaar, J. W. (2018). Clinical and Imaging Predictors of Recurrent Ischemic Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cerebrovascular Diseases, 45*, 5 - 6. http://doi.org/10.1159/000490422

Kongkaew, O., Naka, K., & Kritpracha, C. (2020). Illness Representation and Recurrence Prevention Behaviors in Elderly with Stroke. *Songklanagarind Journal of Nursing, 4*(1) , 115 - 128. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/240704

Kotalux, C., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2020). Factors Related to Health Behaviors of the Elderly with Recurrent Stroke. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 15*(4) , 228 - 236. https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/13183/10793

La - Ngu Hospital. (2023). *Stroke Report for the Year 2023*. Satun Provincial Public Health Office.

Lohitharn, N. (2024). Factors Associated to Stroke Patients' Re-Admission to Prachuapkhirikhan Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, *43*(2), 221 - 234. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/270047/184086

Murphy, S.J., & Werring, D.J. (2020). Stroke: causes and clinical features. *Medicine (Abingdon), Sep; 48*(9), 561 - 566. http://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002.

Nilnate, N. (2019). Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(2), 51 - 57. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/210370/145605

Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Annual Report 2019, Non-Communicable Diseases Division.* Author.

Omori, T., Kawagoe, M., Moriyama, M., Yasuda, T., & Ilo, Y. (2015). Multifactorial Analysis of Factors Affecting Recurrence of Stroke in Japan. *Asia Pacific Journal of Public Health, 27*(2). NP333-NP340. http://doi.org/10.1177/1010539512441821.

Phutthawong, W., Kittipichai, W., Silawan, T., & Mansawengsup, C. (2014). Factors Associated with Stroke in Hypertensive Patients, Payao Province. *Journal of Public Health, 44*(1), 30 - 45. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/51178

Tepsuwan, J., Leehakul, V., & Toasakulkeaw, T. (2018). The Effects of Recurrent Prevention Program for Stroke Patients at a Tertiary Level Hospital in Nakhon Pathom Province. *Journal of Thai Stroke Society, 17*(1), 5 - 18. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/172051/ 123524

Vorapongsathorn, S. (2015). *Health education research*. Ramkhamhaeng University Press.

World Stroke Organization. (2017, June 21). *Global stroke fact sheet.* https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf

World Stroke Organization. (2024, September 1). *Impact of Stroke.* https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ กับพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี

Relationship Between Food and Nutrition Literacy and Caring Behavior about Food and Nutrition among Caregivers of Children Aged 3-5 Years

เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช[1], นภาวรรณ วิริยะศิริกุล[2*], วิชชุตา มัคสิงห์[2]
สุวิชญา วิริยะศิริกุล[2], สุทัศน์ เหมทานนท์[2], ถาวร พุ่มเอี่ยม[3]
Benjawan Thanormchayathawat[1], Napawan Wiriyasirikul[2*], Witchuta Muksing[2]
Suwichaya Wiriyasirikul[2], Sutut Hemthanon[2], Thaworn Pum-iem[3]

(Received: October 30, 2024; Revised: November 28, 2024; Accepted: December 23, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี จำนวน 174 คน ต.ท่าเรือ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแล ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 36.2) พฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3) ส่วนความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี

[1]นักวิชาการอิสระ

[1]Independent Sholar

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]Boromarajonani College of Nursing, Nakhonsithammarat: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[3]ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

[3]Regional Health Promotion Center 11, Nakhonsithammarat

*Corresponding Author: natnapa8@gmail.com

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.516 p = .00) และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ การไต่ถามข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการ และการนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .379, .503, .436, .493, .439, p = .00) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเป็นคนสำคัญในการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของเด็ก ดังนั้นควรนำผลการศึกษาเป็นแนวทางพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลที่ดี ส่งผลให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ, พฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ, ผู้ดูแลเด็ก

Abstract

This descriptive research study aimed to examine the relationship between food and nutrition literacy and caring behavior about food and nutrition among caregivers of children aged 3-5 years. Samples were 174 caregivers of children aged 3-5 years in Tha Ruea subdistrict, Mueang district, Nakhon Si Thammarat province by using simple random sampling. Instruments were a food and nutrition literacy questionnaire and a questionnaire assessing caring behavior about food and nutrition among caregivers. The content validity indices were 0.95 and 0.86, respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, average, standard deviation, and Pearson's Correlation Coefficient.

The findings showed that food and nutrition literacy was at a suitable level (36.2%), caring behavior about food and nutrition was at a moderate level (52.3%). There was a strong statistically significant positive correlation between food and nutrition literacy and caring behavior about food and nutrition among caregivers of children aged 3 - 5 years at .01 (r = .516 p = .00). Regarding the component, it was discovered that accessing information about food and nutrition, developing an understanding of that information, asking for information about food and nutrition, making decisions about food and nutrition, and bringing food and nutrition literacy to apply had statistically significant relationships with caring behavior about food and nutrition at 0.1 (r = 0.379, 0.503, 0.436, 0.493, 0.439, p = 0.00), respectively.

The caregiver is a crucial person in caring about food and nutrition for children. As a result, this research should serve as a guideline for raising food and nutrition literacy in order to encourage responsible behavior that leads to healthy nutrition for children.

Keywords: Food and nutrition literacy, Caring behavior about food and nutrition, Caregivers of children

บทนำ

การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย โดยเน้นการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามเจตนารมณ์ของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีทักษะความรู้ เป็นคนดี มีวินัย เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สามารถจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง และมีการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3 – 5 ปี เป็นวัยที่มีความสำคัญ ควรได้รับการสร้างรากฐานสำหรับสุขภาวะที่ดี (Richter et al., 2019) ในวัยนี้เด็กเริ่มออกจากครอบครัวไปสู่สังคมโรงเรียน สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น เริ่มมีสังคมเพื่อน มีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว มีการเจริญเติบโตทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม โภชนาการมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและขนาดของร่างกายมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ อาหารที่เด็กได้รับแต่ละวันมีผลโดยตรงต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย โภชนาการที่ดี มีความสำคัญที่จะส่งผลให้เด็กในวัยนี้มีการเจริญเติบโตสมวัย มีการเพิ่มขนาดตัว ทั้งน้ำหนัก และส่วนสูง ความสามารถต้านทานโรค ความสามารถในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเจริญเติบโตของสมองและสติปัญญา หากเด็กวัยนี้มีโภชนาการที่ไม่ดี ย่อมส่งผลต่อการเจริญเติบโตและสุขภาพของเด็กในระยะยาว เด็กที่ขาดสารอาหาร เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะส่งผลต่อพัฒนาการด้านสมอง โครงสร้างของร่างกาย กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ภูมิต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อย เกิดภาวะโลหิตจาง การเจริญเติบโตหยุดชะงัก พัฒนาการไม่สมวัย ทำให้เกิดภาวะเตี้ย ภาวะผอม และมีความเสี่ยงต่อภาวะเชาว์ปัญญาต่ำ และการเรียนรู้ลดลง ส่วนผลกระทบที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกินในเด็ก เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เด็กอ้วน และเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Kusol et al., 2023) ดังนั้นเด็กวัยนี้เป็นช่วงชีวิตที่มีความสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านอาหารและโภชนาการจากผู้ดูแล เพราะมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย

องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลก พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย จำนวน 148.1 ล้านคน ภาวะผอม 45 ล้านคน ภาวะอ้วน 37 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2023) ขณะที่ในการสำรวจสถานการณ์ภาวะทุพโภชนาการของประเทศ

ไทย พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.7 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 9.0 และผอมร้อยละ 8.0 (Department of Health, 2022) สำหรับข้อมูลภาวะโภชนาการ ตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จาก Health Data Center ณ วันที่ 8 มิถุนายน 2566 ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า เด็กอายุ 3 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 53.22, 57.64, 53.41 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 66 สะท้อนให้เห็นว่าเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3 - 5 ปี ยังคงมีปัญหาด้านโภชนาการ ซึ่งมีสาเหตุจากการบริโภคอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสม และไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Thai Health Promotion Foundation, 2018)

เด็กวัยก่อนเรียนมักมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร เนื่องจากการสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากกว่า สามารถเข้าถึงและรับรู้ข้อมูล และการโฆษณาอาหารจากสื่อต่าง ๆ ทางมือถือได้อย่างรวดเร็ว การรับสื่ออาหารประเภท Fast food มักมีพฤติกรรมเลือกบริโภคอาหาร เกิดพฤติกรรมเลียนแบบการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์มากขึ้น ในชุมชนมีร้านสะดวกซื้อที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในขณะที่เด็กวัยนี้ไม่สามารถดูแลด้านอาหารและโภชนาการได้ด้วยตนเอง ยังไม่รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ในทำนองเดียวกัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีที่เริ่มต้นในวัยเด็กอาจยังคงดำเนินต่อไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการพัฒนาเป็นโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน เช่น โรคเบาหวาน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลเอาใจใส่ภาวะโภชนาการของเด็ก และการปลูกฝังการบริโภคอาหาร ควรเริ่มจากครอบครัวโดยมีผู้ดูแลเป็นต้นแบบในการบริโภค (Voragoondumrong et al., 2023) พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุดคือ การปฏิบัติที่เป็นแบบอย่าง และการสนับสนุนจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล จะส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก (Mahmood et al., 2021) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมคือ ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการต่ำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ จากการศึกษาของ Thongthai et al. (2023) พบว่า เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแลจากบิดามารดา โดยครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับไม่เพียงพอ ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 เป็นปู่ ย่า ตา ยาย มีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 49.6 โดยมีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยร้อยละ 94.4 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องร้อยละ 49.6 ซึ่งผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดคอยดูแลเอาใจใส่ ด้านอาหารและโภชนาการของเด็ก

ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ เป็นความสามารถของบุคคลให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้อง การจัดการบริโภคอาหาร ดูแลตนเองด้วยทักษะการเลือก การเตรียมอาหาร การ

บริโภค อาหารที่ตอบสนองความต้องการ การจัดการทางโภชนาการ การดูแลสุขภาพ และการเตรียมได้เท่าที่อาหารมีภายใต้การพิจารณาด้านสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ (Park et al., 2020) การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ เป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3 – 5 ปี การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็ก และความสามารถในการนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ เป็นทักษะที่สำคัญที่ผู้ดูแลเด็ก จะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการกับเด็กได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กได้ พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กมีผลต่อการเลือกอาหารให้เหมาะสมตามวัยแก่เด็ก จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมอาหาร หากผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสมจะนำไปสู่นิสัยการบริโภคอาหารที่ดี อันจะส่งผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัยของเด็ก (Krisame, 2020) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี เพื่อนำข้อมูลไปส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการ ให้เด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการที่ดี เจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสมกับวัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี

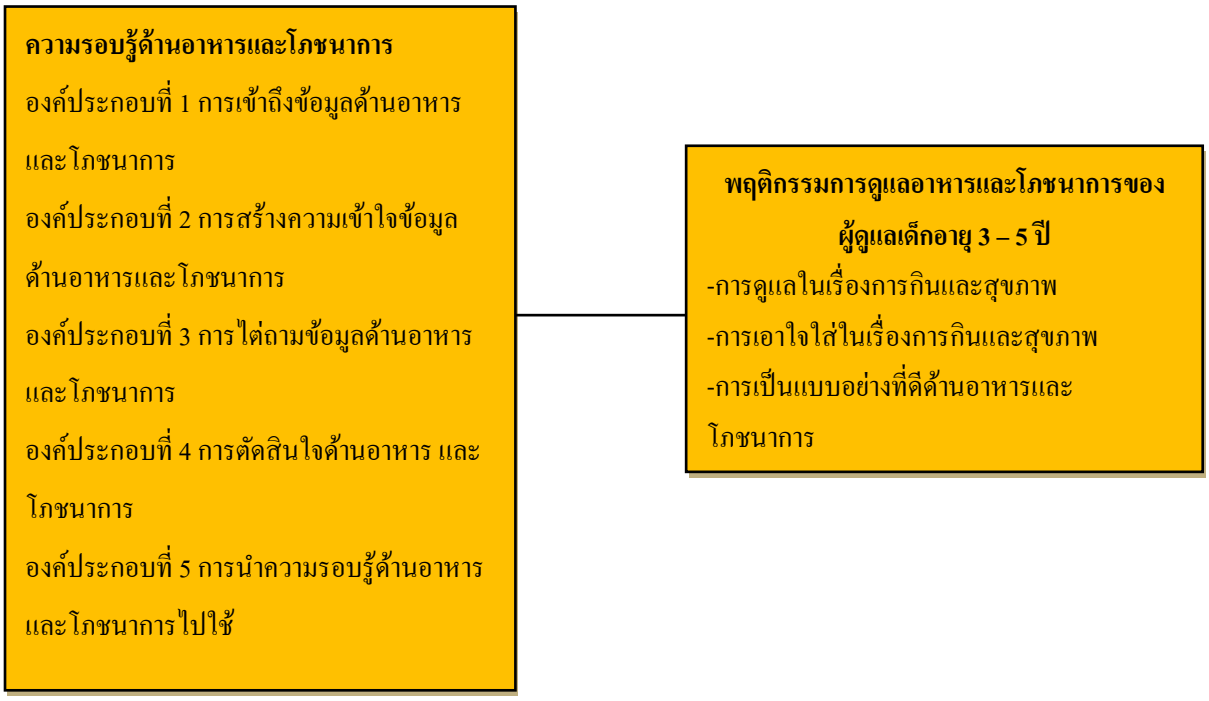
สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการของของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ (Kaeodumkoeng, 2021; Nutbeam, 2000; Park et al., 2020; Vidgen & Gallegos, 2014) ซึ่งความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหาร และโภชนาการ (Access) เป็นความสามารถในการเข้าถึงและค้นหาแหล่งข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล สามารถนำไปใช้ในการดูแลด้านอาหารและ

โภชนาการสำหรับเด็กอายุ 3 - 5 ปี 2) การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ (Understand) เป็นความสามารถในการอ่าน ฟัง จดจำข้อมูลความรู้ประโยชน์ของอาหารสารอาหารแต่ละชนิด และสร้างความเข้าใจด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตสมวัยและสุขภาพดีของเด็ก 3) การไต่ถามข้อมูลด้านอาหาร และโภชนาการ (Questioning) เป็นความสามารถในการใช้คำถาม หรือข้อสงสัยด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กจากผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำมาใช้ดูแลด้านอาหารและโภชนาการเด็กอายุ 3 - 5 ปี 4) การตัดสินใจด้านอาหาร และโภชนาการ (Make decision) เป็นความสามารถในการเลือกตัดสินใจภายใต้ข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการที่ถูกต้อง 5) การนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการนำข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 3 - 5 ปี ซึ่งความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็ก ส่วนพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการเด็กอายุ 3 - 5 ปี ประกอบด้วย การดูแลในเรื่องการกินและสุขภาพ การเอาใจใส่ในเรื่องการกินและสุขภาพ และ การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านอาหารและโภชนาการ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านอาหาร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 575 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับกลาง (Medium) (Cohen, 1988) ค่า effect size เท่ากับ 0.3 ค่า α err prob เท่ากับ 0.05 ค่า power of test เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 134 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria) มีดังนี้ 1) เป็นพ่อแม่ / ผู้ปกครอง / ผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี มีบ้านตามทะเบียนราษฎร์ในตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) เป็นพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีหน้าที่ดูแลหลักด้านอาหารและโภชนาการของเด็กอายุ 3 - 5 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และ 5) ให้ความร่วมมือและยินดีให้ข้อมูล

2. เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลครบตามแนวทางการสัมภาษณ์ หรือการตอบแบบสอบถามที่กำหนดไว้ 2) ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงทำการศึกษา และ 3) มีปัญหาสุขภาพในระหว่างการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ จำนวนเด็กที่ดูแล ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระดับการศึกษาสูงสุด ความสามารถในการอ่าน เขียนหนังสือ อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน บทบาท / สถานะในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ได้มาจากการวิจัยพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (อายุ 3 - 5 ปี) ภายใต้โครงการวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการระบบอาหารเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของกลุ่มเปราะบางทางโภชนาการในชุมชนไทย (Chukumnird et al., 2023) มีจำนวนทั้งหมด 36 ข้อ

ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การไต่ถามข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ และองค์ประกอบที่ 5 การนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยทำ (0) ทำได้ยากมาก (1) ทำได้ยาก (2) ทำได้ง่าย (3) ทำได้ง่ายมาก (4) ส่วนเกณฑ์จำแนกระดับคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามแนวทางของ HLS-EU (European health literacy survey) (Kaeodumkoeng, 2018; Sorensen et al., 2015) ดังนี้คือ

ไม่เพียงพอ (ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่ไม่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับเด็ก) 0 - 86.3 คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม

มีปัญหา (ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับเด็ก) 86.4 - 107.8 คะแนน หรือ 60 - 74.9 % ของคะแนนเต็ม

พอเพียง (ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่เพียงพอ ต่อการนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับเด็ก) 107.9 - 129.5 คะแนนหรือ 75 – 89.9 % ของคะแนนเต็ม

ดีเยี่ยม (ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่มากเพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กได้อย่างดีเยี่ยม) > 129.5 คะแนน หรือ > 90 % ของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี (Chukumnird et al., 2023) จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยการดูแลในเรื่องการกินและสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเอาใจใส่ในเรื่องการกินและสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ และ แบบอย่างที่ดีด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้งหรือปฏิบัติ 6 - 7 วัน / สัปดาห์ (4) ปฏิบัติบ่อยครั้งหรือปฏิบัติ 3 - 5 วัน / สัปดาห์ (3) ปฏิบัตินานนานครั้งหรือปฏิบัติ 1 - 2 วัน / สัปดาห์ (2) และไม่ได้ปฏิบัติหรือไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น (1) ส่วนเกณฑ์จำแนกระดับพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต้องปรับปรุง 0 - 50.3 คะแนนหรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม พอใช้ 50.4 - 67.2 หรือ 50.4 - 67.2 คะแนน หรือ 60 – 79 % ของคะแนนเต็ม และ ดี > 67.2 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.99, 0.97 ตามลำดับ และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบัค

(Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลในทุกขั้นตอนของการวิจัยและได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNCT 01 / 2566 วันที่ 25 ตุลาคม 2565 ภายใต้โครงการวิจัย รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการระบบอาหารเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของกลุ่มเปราะบางทางโภชนาการในชุมชนไทย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือและชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยเป็นความสมัครใจโดยมีการลงนามในใบยินยอม และหากปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสืออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมเก็บข้อมูลในการจัดเตรียมพื้นที่และสถานที่ในการเก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย ได้ทำการชี้แจงทำความเข้าใจแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วเมื่อเก็บแบบสอบถามเสร็จในแต่ละชุดจะมีหัวหน้าทีมตรวจความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามในแต่ละฉบับอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ จำนวนเด็กที่ดูแล ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระดับการศึกษาสูงสุด ความสามารถในการอ่าน เขียนหนังสือ อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน บทบาท / สถานะในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์หาระดับความรู้ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

3. พฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) และกำหนดระดับความสัมพันธ์ตามแนวคิดของ Cohen (1988) ดังนี้

r = .01 - .29 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

r = .30 - .49 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

r = .50 - 1.00 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ทดสอบการกระจายของข้อมูล ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ใช้การทดสอบ Kolmogorov–Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 43.7) จำนวนบุตรที่ดูแล จำนวน 1 คน (ร้อยละ 44.3) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นพ่อแม่ (ร้อยละ 87.9) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.2 ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 3.4) อ่าน-เขียนหนังสือไทยได้คล่อง (ร้อยละ 75.3) ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.9 รายได้ต่อเดือนเพียงพอใช้ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 39.7) และรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 13.8) ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในชุมชน (ร้อยละ 58) เป็นกรรมการชมรม (ร้อยละ 6.89)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี

Table 1 Food and nutrition literacy level among caregivers of children aged 3 - 5 Years (n = 174)

Variables	Food and nutrition literacy level			
	Level 1 Inadequate ≤ 60 % Number/ Percentage	**Level 2** Problematic 60 - 74.9 % Number/ Percentage	**Level 3** Sufficient 75 - 89.9 % Number/ Percentage	**Level 4** Excellent ≥ 90 % Number/ Percentage
Component 1 Access to food and nutrition information	16 (9.2)	34 (19.5)	84 (48.3)	40 (23.0)

Variables	Food and nutrition literacy level			
	Level 1 Inadequate ≤ 60 %	**Level 2 Problematic 60 - 74.9 %**	**Level 3 Sufficient 75 - 89.9 %**	**Level 4 Excellent ≥ 90 %**
	Number/ Percentage	**Number/ Percentage**	**Number/ Percentage**	**Number/ Percentage**
Component 2 Understanding food and nutrition information	10 (5.7)	26 (14.9)	90 (51.7)	48 (27.6)
Component 3 Asking for food and nutrition information	37 (21.3)	21 (12.1)	81 (46.6)	35 (20.1)
Component 4 Making dietary and nutrition decisions	29 (16.7)	24 (13.8)	78 (44.8)	43 (24.7)
Component 5 Applying food and nutrition literacy	19 (10.9)	20 (11.5)	97 (55.7)	38 (21.8)
Levels of food and nutrition literacy across all elements	**15 (8.6)**	**60 (34.5)**	**63 (36.2)**	**36 (20.7)**

Table 1 โดยสรุป พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการระดับ 3 พอเพียง ร้อยละ 36.2 รองลงมา ระดับที่ 2 มีปัญหา ร้อยละ 34.5 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่า ระดับการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ ของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 พอเพียง ร้อยละ 48.3 รองลงมา ระดับที่ 1 ดีเยี่ยม ร้อยละ 23.0

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่า การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ ของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 พอเพียง ร้อยละ 51.7 รองลงมา ระดับที่ 1 ดีเยี่ยม ร้อยละ 27.6

องค์ประกอบที่ 3 การไต่ถามข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่า การไต่ถามข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 3 พอเพียง ร้อยละ 46.6 และรองลงมา ระดับที่ 1 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 21.3

องค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี พบว่า การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการ ของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 3 พอเพียง ร้อยละ 44.8 และรองลงมา ระดับที่ 4 ดีเยี่ยม ร้อยละ 24.7

องค์ประกอบที่ 5 การนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี พบว่า การนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 3 พอเพียง ร้อยละ 55.7 และรองลงมา ระดับที่ 4 ดีเยี่ยม ร้อยละ 21.8

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี

พฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมด้านการดูแลในเรื่องการกินและสุขภาพ โดยการปฏิบัติสม่ำเสมอ คือดูแลให้เด็กล้างมือให้สะอาดก่อน - หลังกินอาหาร และหลังออกจากห้องน้ำ (ร้อยละ 13.3) ส่วนการปฏิบัติบ่อยครั้ง (ทำ 3 – 5 วัน / สัปดาห์) คือการดูแลให้เด็กกินอาหารมื้อเช้าทุกวัน (ร้อยละ 68.4) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติ (ไม่ทำเลย) คือการดูแลให้เด็กกินอาหารรสธรรมชาติ ลดการใช้เกลือ น้ำตาล และเครื่องปรุงรส (ร้อยละ 17.2)

พฤติกรรมด้านการเอาใจใส่ในเรื่องการกินและสุขภาพ โดยการปฏิบัติสม่ำเสมอ (ทำ 6 – 7 วัน/สัปดาห์) คือการฝึกฝน / หัดให้เด็กกินเนื้อสัตว์และไข่ เป็นประจำ (ร้อยละ 9.2) ส่วนการปฏิบัติบ่อยครั้ง (ทำ 3 – 5 วัน / สัปดาห์) คือการฝึกฝน / หัดให้เด็กกินอาหารให้ตรงเวลา(ร้อยละ 58.6) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ดูแล ไม่เคยปฏิบัติ (ไม่ทำเลย) คือการฝึกฝน / หัดให้เด็กมีส่วนร่วมในการเตรียม และปรุงอาหาร (ร้อยละ 38.6)

พฤติกรรมในด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านอาหารและโภชนาการ โดยการปฏิบัติสม่ำเสมอ (ทำ 6 – 7 วัน / สัปดาห์) คือการฝึกฝน / คือการเป็นแบบอย่างที่ดีในการกินผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน (ร้อยละ 10.3) ส่วนการปฏิบัติบ่อยครั้ง (ทำ 3 – 5 วัน / สัปดาห์) คือสอนบุตรหลานถึงประโยชน์ของการกินอาหารให้ครบ 5 กลุ่ม อาหาร ได้แก่ ข้าว-แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และนม และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการกินผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน(ร้อยละ 52.3) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ดูแล ไม่เคยปฏิบัติ (ไม่ทำเลย) คือการส่งเสริมให้เด็กปลูกผัก เพื่อเป็นแหล่งอาหารปลอดภัย (ร้อยละ 32.2)

Table 2 Levels of food and nutritional care behavior among caregivers of children aged 3 -5 years (n = 174)

Variables	Levels of food and nutritional care behavior among caregivers of children aged 3 - 5 years		
	Level 1 **Had to be improved** **< 60 %**	**Level 2** Fair **60 – 80 %**	**Level 3** Good **80 %**
	N (%)	**N (%)**	**N (%)**
Nutrition and health care behavior	62 (35.6)	94 (54.0)	18 (10.4)
Attention to nutrition and health	76 (43.7)	87 (50.0)	11 (6.3)
Role model in nutrition and dietary practices	91 (52.3)	70 (40.2)	13 (7.5)
Levels of food and nutrition care behavior across all elements	**68 (39.1)**	**91 (52.3)**	**15 (8.6)**

ระดับพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.3 รองลงมาอยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 39.1 ส่วนระดับดี มีเพียงร้อยละ 8.6 (Table 2)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี

Table 3 The relationship between the components of food and nutrition literacy among food and nutritional care behaviors of caregivers of children aged 3 - 5 years

Variables	Food and nutritional care behaviors among caregivers of children aged 3 - 5 years		
	r	sig	Level
Component 1 Access to food and nutrition information	.379**	0.00	middle
Component 2 Understanding food and nutrition information	.503**	0.00	high
Component 3 Asking for food and nutrition information	.436**	0.00	middle

Variables	Food and nutritional care behaviors among caregivers of children aged 3 - 5 years		
	r	sig	Level
Component 4 Making dietary and nutrition decisions	.493**	0.00	middle
Component 5 Applying food and nutrition literacy	.439**	0.00	Middle
Food and nutrition literacy	.516**	0.00	high

P**<.01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 – 5 ปี พบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ องค์ประกอบที่ 2 การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ มีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรงทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .503, p = .000) ส่วนองค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ องค์ประกอบที่ 3 การไต่ถามข้อมูลด้านอาหาร และโภชนาการ องค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการ และองค์ประกอบที่ 5 การนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .379, .436, .493, .439, p = .000) ตามลำดับ (Table 3)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 36.2 มีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับพอเพียง อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูล สร้างความเข้าใจ ไต่ถามข้อมูล ตัดสินใจ และสามารถนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 มีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สามารถเรียนรู้ สิ่งใหม่ คิดวิเคราะห์ และตัดสินใจได้ มีผลต่อการวิเคราะห์และตัดสินข้อมูลด้านอาหารของเด็กอายุ 3 - 5 ปี ส่วนด้านการศึกษาซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลเด็กมีวุฒิการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้นถึงระดับปริญญาโท อ่าน - เขียนหนังสือไทยได้คล่อง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการได้ และมีส่วนทำให้ระดับความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับพอเพียง ขณะเดียวกันผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาสูงมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูล รู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารด้านข้อมูลสุขภาพ จึงทำให้สามารถเรียนรู้เลือกใช้ข้อมูลเพื่อนำไปปฏิบัติในการดูแลเด็กได้ (Choeisuwan, 2017; Julsukon et al.,

2019) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Vidgen and Gallegos (2014) กล่าวไว้ว่า ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของความรอบรู้ด้านอาหาร เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี และในยุคปัจจุบันสื่อด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กที่ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่าย ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีสมาร์ตโฟน สามารถค้นหาข้อมูลต่าง ๆ ในระบบอินเทอร์เน็ตได้อย่างรวดเร็ว (Attharos et al., 2021; Wongchaiudomchoke & Jaruchainiwat, 2018) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า รองลงมามีผู้ดูแลร้อยละ 34.5 ที่มีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับมีปัญหา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chinnamart (2024) พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับดีมากร้อยละ 17.0 และ 11.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า ด้านที่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูงคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 52.7 ด้านที่มีความรอบรู้อยู่ในระดับต่ำคือ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 46.7 ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี การนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการให้กับเด็กอายุ 3 – 5 ปี มีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์ที่ 2 พฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี อยู่ในระดับพอใช้ จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ปกครองเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในด้านการดูแลในเรื่องการกินและสุขภาพ โดยการปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้แก่การดูแลให้เด็กล้างมือให้สะอาดก่อน - หลังกินอาหาร และหลังออกจากห้องน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดอาหาร บริบาลน้ำ และสร้างสุขภาวะที่ดี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (Office of the education council: Ministry of Education, 2019) ที่กำหนดให้ครูและผู้ดูแลควรปลูกฝังให้เด็กล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ และไม่ให้มือเป็นสื่อนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ส่วนการปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ การดูแลให้เด็กกินอาหารมื้อเช้าทุกวัน ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติ คือ การดูแลให้เด็กกินอาหารรสธรรมชาติ ลดการใช้เกลือ น้ำตาล และเครื่องปรุงรส และพฤติกรรมในด้านการเอาใจใส่ในเรื่องการกินและสุขภาพที่ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้แก่ การหัดให้เด็กกินเนื้อสัตว์และไข่ เป็นประจำ ส่วนการปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ การฝึกฝน / หัดให้เด็กกินอาหารให้ตรงเวลา ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติ ได้แก่ การหัดให้เด็กมีส่วนร่วมในการเตรียม และปรุงอาหาร และพฤติกรรมในด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านอาหารและโภชนาการ พฤติกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติสม่ำเสมอคือ การเป็นแบบอย่างในการกินผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน การปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหาร ซึ่งการเป็นแบบอย่างเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่

ดี (Attharos et al., 2021; Tiengsomboon, 2020) ร่วมกับการพูดคุยบ่อยๆ และการให้รางวัล (Attharos et al., 2021) ดังนั้นการเป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหารนับเป็นบทบาทสำคัญของผู้ดูแล (Playthuen et al., 2021)

วัตถุประสงค์ที่ 3 ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการทั้ง 5 องค์ประกอบ พบว่า การสร้างความเข้าใจข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ส่วนองค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหาร และโภชนาการ องค์ประกอบที่ 3 การไต่ถามข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ องค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจด้านอาหารและโภชนาการ และองค์ประกอบที่ 5 การนำความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการไปใช้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ รวมถึงความสามารถในการสื่อสารตามความต้องการ พิทักษ์สิทธิ์ และการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (WHO, 2014) ขณะที่เด็กอายุ 3 - 5 ปี เป็นวัยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีบุคคลอื่นเป็นผู้ดูแล หากผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลต่อเนื่องไปยังพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05) (Potipiti, 2022) นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ และด้านทักษะการสื่อสาร ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 และ .10 ตามลำดับ (Sonart, 2019) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .334$, $p < .001$) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($r = .335$, $p < .001$) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ($r = .290$, $p < .001$) และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .440$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Koonnawut, 2023) ขณะเดียวกันความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมและป้องกันโรคอ้วน (Chobthamasakul, 2019) กล่าวคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมและป้องกันโรค เนื่องจาก ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถเลือกใช้บริการสาธารณสุข มีแบบแผนชีวิตที่ดีตลอดจนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัวทำให้ผลลัพธ์

สุขภาพดี (Photihung, 2021) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Faengphong et al. (2023) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนกับภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับพอเพียง และพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กอายุ 3 - 5 ปี ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการให้กับผู้ดูแล โดยเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ แนะนำช่องทางการค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการ เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอาหารและโภชนาการที่ดี เป็นการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ส่งผลให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ และพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและโภชนาการให้กับผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตตามวัย และมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งข้อจำกัดของการส่งเสริมภาวะโชนาการของเด็ก ไม่ได้ขึ้นกับผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาหรือเครือญาติ แต่เด็กยังได้รับการดูแลจากครูผู้ดูแลเด็ก หรือพี่เลี้ยงเด็ก ซึ่งหากกลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้ไม่เห็นความสำคัญของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ อาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการมีภาวะโภชนาการที่ดีเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อหารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เรื่องโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีประสิทธิผล

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยทางครอบครัวในด้านความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารของผู้แลเด็ก

รายการอ้างอิง (References)

Attharos, T., Siricharoenwong, K., & Pidjadee, C. (2021). Experiences of parents and teachers for enhancing health literacy of preschool children. *Journal of The Police Nurses, 13*(1), 199 - 207. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/download/244755/169325/

Chinnamart, K. (2024). Factor associated with health literacy and the relationship between health literacy, nutritional status, and early childhood development among caregivers. *Research andDevelopment Health System Journal, 17*(2), 140 - 153. https://he02.tci- thaijo.org/index. php/RDHSJ/article/view/266463

Chobthamasakul, S. (2019). Relationship between health literacy and obesity prevention behavior of undergraduate students in Bangkok Metropolitan Region. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies, 8*(1), 116 - 123. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3335182

Choeisuwan, V. (2017). Health literacy: Concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal, 44*(3), 183 - 197. https://he0 1. tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/ article/view/115970/178174

Chukumnird, S., Suwanraj, M., Chuakompeng, A., Warahut, J., & Nakaramontree, S. (2023). *Development of Food and Nutrition Knowledge Assessment Tool for Parents of Children aged 3-5 years* [Master's thesis]. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Department of Health. (2022). *Annual Report 2022 Nutrition Surveillance*. Author.

Faengphong, N., Jandee, P., & Panyatanakun, N. (2023). Health literacy of caregivers and teachers about preschool-aged Care in Ubon Ratchathani province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 24*(1), 441-449. https://he01.tcithaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/261 232/177489/1068387

Julsukon, A., Piaseu, N., Thipsuwannakool, V., & Lininger, J. (2019). Nutrition literacy and health outcomes in older adults with type 2 diabetes. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 34*(4), 120 - 135. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/183563/ 151740

Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health literacy: Access, understanding and application*. Amarin.

Kaeodumkoeng, K. (2021). *Health literacy: Processes, Practices, Evaluation tools.* ID All Digital Print.

Koonnawut, P. (2023). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors of Village Health Volunteers. *STOU academic Journal of research and innovation (Humanitiesand Social Science), 3* (2), 94 - 105. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/InnovationStou/ article/ view/267127/182452

Krisame, K. (2020). Effects of child caregivers' self-efficacy enhancement program for promoting child complementary feeding practice on infants' nutrition status. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 4*(8), 72 - 84. https://thaidj.org/index. php/AJMP/article/view/9528

Kusol, K., Kaewpawong, P., Eaksirinimit,T., & Hongsum,T. (2023). Food Consumption Behaviors and Growth of Preschool Children in Child Development Centers, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Southern Technology, 16*(1), 41 - 53. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/journal_sct/article/view/257762

Mahmood, L., Barrantes, F.P., Moreno, L.A., Manios, Y., Gonzalez-Gil, E.M., (2021). The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits, *Nutrients, 13*(4), 1 - 13. https://doi.org/10.3390/ nu13041138

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

Office of the education council: Ministry of Education. (2019). *National standard for early childhood care, development and education Thailand.* Pikwhan-graphic.

Park, D., Park, Y.K., Park, C.Y., Choi, M.K., & Shin, M.J. (2020). Development of a comprehensive food literacy measurement tool Integrating the food system and sustainability. *Nutrients, 12*(11), 3300. https://doi.org/10.3390/nu12113300

Photihung, P. (2021). Relationship of health literacy to health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A systematic review. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29*(3), 115 - 130. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/253998

Playthuen, I, Jusawat, J., Maungkum, S., Choichai, C., Sroiruangsri, K., & Jariyatatkone, K. (2021). Parents' role in promoting eating behavior of early childhood in Mueang District Nakhon Nayok. *Journal of Early Childhood Education Management, 3* (1), 1 - 13. https://so02.tci-thaijo.org/index.php/ECEM/issue/view/17163/4341

Potipiti, K. (2022). Heath literacy of major caregivers and teachers/child caregivers about early childhood care in the Health Region 5. *Journal of Regional Health Promotion Centre7 Khonkaen, 15*(1), 28 - 50. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/259412

Richter, L., Black, M., Britto, P., Daelmans, B., Desmond, C., Devercelli, A., Vargas-Barón, E. (2019). Early childhood development: An imperative for action and measurement at scale. *BMJ global health, 4*(Suppl 4), e001302. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302

Sonart, B. (2019). *A Health Literacy Guideline on Health Promotion Behaviors for Working Age Populations in Bangkok and Metropolitan Region* [Master's thesis]. Silpakorn University.

Sorensen, K., Pelikan, M.J., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G, Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health, 25*(6), 1053 – 1058. http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Thai Health Promotion Foundation. (2018). *Food nutrition for school-aged children*. www.thaihealth.or.th.

Thongthai, T., Boonjeam, S., Puriso, P, Srimanon, N., & Deeunkong, L. (2023). Health literacy in early childhood rearing of parents in the Health Area 7. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health., 46*(1), 140 - 153. https://hpci.anamai.moph.go.th/kpr/kpr2566/report66/1

Tiengsomboon, U. (2020). The effect of self-help group program for caregivers on aggressive behavior management in school-age children with learning disabilities. *Journal of Ratchasuda College for Research and Development of Persons with Disabilities, 17* (1), 102 - 119. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/RSjournal/article/view/253836/169983

Vidgen, H., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite, 76*(1), 50 - 59. http://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010

Voragoondumrong, S, Khantreejitranon, A., & Saratapan, N. (2023). Parents' Knowledge Related to Food Consumption Behavior of Early Childhood Children at Home Economics Kindergarten School. *Journal of Kasetsart Education Review, 38*(2), 160 - 169. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/eduku/article/view/263285/183254

Wongchaiudomchoke, A., & Jaruchainiwat, P. (2018) . Parents' roles in using technology and interactive media with preschoolers under the primary educational service srea in Klong-toei District, *An Online Journal of Education, 13*(1), 245 - 259. https://so01.tci-thaijo.org/ index.php/OJED/article/view/147635

World Health Organization. (2014, April 27). *The health literacy toolkit for low- and middle-income countries*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf;jsessionid=E479E5D1643B5A175E23608E847C5084?sequence=1

World Health Organization. (2023, May 23). *Levels and Trends in Child alnutrition: UNICEF/WHO/ The World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key Findings of the 2021 edition*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Factors Associated with Self - care behaviors of Patients with Chronic Schizophrenia

เลอลักษณ์ แทนเกษม[1], สุรดา จันดีกระยอม[1*],
จริยา อติชาติธำรง [2], นันทพร ศรีเมฆารัตน์[3]
Lerluk Tankasem[1], Surada Jundeekayom[1*],
Jariya Atichattumrong[2], Nantaporn Srimekarat[3]

(Received: August 27, 2024; Revised: November 18, 2024; Accepted: December 2, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ของครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับยาหรือมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 90 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3) แบบวัดความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 6) แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87, 0.92, 0.80, 0.80 และ0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 132.73, S.D. = 6.47) ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[1] Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[2] คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

[2]Psychiatric Clinic, Kalasin Hospital

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

[3]Kalasin Provincial Public Health Office

* Corresponding Author: surada.j@msu.ac.th

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .497, *p* = .000; r = .498, *p* = .000; r = .573, *p* = .000, ตามลำดับ) ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.028, *p* = .795)

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การทำหน้าที่ของครอบครัว, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Abstract

The descriptive study aimed to determine relationship among knowledge of the disease and drug-assisted treatment, social support, self-efficacy, and family function in relation to self-care behaviors of 90 patients with chronic schizophrenia who were treated with medication or monitored at a psychiatric clinic in Kalasin province using a purposive sample technique. The questionnaires used to collect the data were: 1) Personal information questionnaire; 2) Self-care behavior assessment; 3) Knowledge of the disease and drug-assisted treatment measurement; 4) Social support measurement; 5) Self-efficacy measurement; and 6) Family function measurement. The reliability indexes for parts 2, 3, 4, 5, and 6 were 0.87, 0.92, 0.80, 0.80, and 0.88, respectively. The data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson correlation analysis.

According to the results, the majority of patients with chronic schizophrenia were male, and they exhibited good self-care behaviors ($\bar{x}$ = 132.73, S.D. = 6.47). Knowledge of the disease and drug-assisted treatment, social support, and self-efficacy, all had statistically significant moderately positive relationships with self-care behaviors at the 0.5 level (r =.497, p =.000; r =.498, p =.000; r =.573, p =.000, respectively). However, there was no statistically significant negative association between self-care behaviors and family function (r = -.028, p =.795).

The study's findings may serve as baseline information to enhance recommendations for encouraging self-care behaviors.

Keywords: Self-care behaviors, Social support, Self-efficacy, Family function, Patients with chronic schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะเฉพาะทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยมักประสบกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมีประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุพพลภาพและกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม (World Health Organization[WHO], 2022) ร้อยละ 53.8 ของผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชภายใน 5 ปีหลังจากการป่วยทางจิตครั้งแรก สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเหตุการณ์เครียดในชีวิต รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา และขาดความเข้าใจเรื่องโรค (Pitanupong et al., 2021) จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเภทเข้ารับบริการทั้งหมด 315,693 คน จำนวน 1,464,444 ครั้ง (Ministry of Public Health, 2024) ในขณะที่ความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุพพลภาพและกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อตนเองครอบครัวและสังคม (WHO, 2022) และจากสถิติพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด (Department of Mental Health, 2022) ซึ่งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ

การป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นมีผลกระทบที่เรื้อรังและรุนแรงทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยโรคจิตเภทเรื้อรังส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วยในหลายด้าน อาทิเช่น ด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย สังคม การทำงาน และการเรียน เป็นต้น โดยผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดสับสน ซึ่งนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การใช้ยารักษาอาจส่งผลข้างเคียงได้ เช่น น้ำหนักเพิ่ม การมีความเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (El Abdellati et al., 2020; WHO, 2022) นอกจากนี้อาการของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยปลีกตัวจากสังคม มีปัญหาในการสื่อสาร และความสัมพันธ์กับครอบครัวและคนอื่น ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดความโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุนทางสังคม และจากความบกพร่องทางการคิดและการรับรู้ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงานหรือการศึกษา ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานและการเรียนลดลง และนำไปสู่การว่างงานหรือการออกจากระบบการศึกษาก่อนเกณฑ์กำหนด (WHO, 2022) จะเห็นได้ว่าจากผลกระทบที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลงด้วย เนื่องจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกับคนใกล้ชิดและผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ Witthawatsamrankun (2021) พบว่าระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนที่สำคัญคือส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย โดยการสนับสนุนให้ความรู้และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วย

กิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ (Kerdsang et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lotfabadi et al. (2022) ที่พบว่า การส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้แล้วสิ่งที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษาของ Zhou & Li (2020) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงจูงใจ มีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจและการจัดการตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองนอกจากจะประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาแล้ว ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการฟื้นฟูที่มีประสิทธิผลมากขึ้น หากครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทมาก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ (Lani & Sitanggang, 2024) และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Ounlam, 2020)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จะเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการป่วยซ้ำ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามอัตภาพ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีพฤติกรรมในการดูแลตนมากขึ้นจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้และนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ข้อมูลจากการวิจัยยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว เพื่อเพิ่มโอกาสในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) ของ Orem et al., (2001 as cited in Taalab et al., 2021) ซึ่งกล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแล โดยเน้นว่าการดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และรักษาความแข็งแรงทางกายและใจให้ได้ ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ได้มาอย่างซับซ้อนในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ไปจนถึงความสามารถในการดำเนินการเฉพาะเจาะจง ซึ่งเกี่ยวกับการกระบวนการดำเนินชีวิต เพื่อรักษาหรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำงานของมนุษย์ที่จำเป็น บุคคลจำเป็นจะต้องมีความสามารถในการรู้ การตัดสินใจ และการกระทำหรือพฤติกรรมการดูแลตนเอง หากไม่มีความสามารถเหล่านี้ บุคคลจะต้องอาศัยความสามารถของผู้อื่น เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือพยาบาลในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายและจิตใจ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจึงเน้นที่การให้ความช่วยเหลือในระดับที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองผ่านการสร้างความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง และแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น และเพิ่มคุณภาพชีวิต

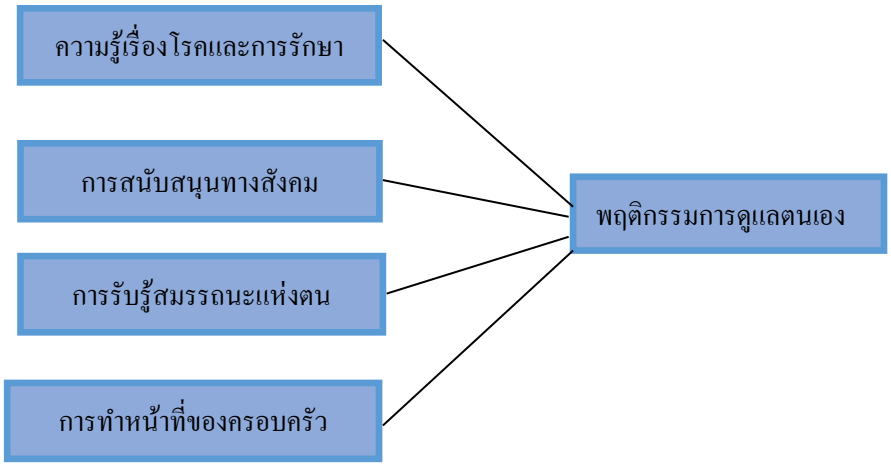
ในส่วนของปัจจัยภายในที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลตนเองได้แก่ การความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา หากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการรักษาด้วยยา (เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจอย่างรอบคอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และส่งผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่แพทย์แนะนำ จากผลการวิจัยของ Lotfabadi et al. (2022) ที่พบว่า การส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทและการวิจัยของ Jansook, et al.

(2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มความรู้และแรงจูงใจส่งผลดีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีกว่า แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ Kerdsang et al. (2022) พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนที่สำคัญคือส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย โดยการสนับสนุนให้ความรู้และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยกิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากการมีความรู้แล้ว ยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านการบำบัดและการสนับสนุนที่เหมาะสมนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Deegan, 2020) และจากการศึกษาของ Liao and Wang (2024) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการสุขภาพสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนเกี่ยวกับระดับความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhou & Li (2020) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงจูงใจอาจมีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจและการจัดการตนเอง อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูตนเองด้วยแรงจูงใจและความสามารถตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนปัจจัยภายนอกที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem et al., (2001 as cited in Taalab et al., 2021) เน้นย้ำว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยเฉพาะเมื่อมีความสามารถเพียงพอในการรับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง แต่ในกรณีของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความบกพร่องในความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท (Awarulhak, 2019) ส่วนการศึกษาของ Lani and Sitanggang (2024) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และความสนใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการฟื้นฟูที่มีประสิทธิผลมากขึ้น หากครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทมาก พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ก็จะดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Ounlam, 2020) ดังนั้น

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี เช่น การสื่อสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางจิตใจและสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ของครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับยาหรือมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับยาหรือมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 และมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 และรับการรักษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

2. มีอาการทางจิตสงบ สนทนาโต้ตอบรู้เรื่อง การรับรู้ปกติ โดยประเมินจากแบบประเมินสภาพจิต (Mental Status Questionnaire) ของ Kahn et al., (1960 as cited in Thongkam, 2003) คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 จาก 10 คะแนน

3. มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978 as cited in Jiratchayaporn et al., 2022) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้ $n \geq 10\,(k) + 50$ เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ จำนวนตัวแปรต้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรต้นที่จะศึกษา 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน $10\,(4) + 50 = 90$ ราย โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จึงไม่ได้มีการเก็บเผื่อความคลาดเคลื่อนหรือความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย โดย แบบประเมินสภาพจิต (Mental Status Questionnaire) ของ Kanh et al. (1960) cited in Thongkam (2003) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน จาก 10 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่พัฒนาขึ้นโดย Kanthasaibour (2001) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem et al. (2001) as cited in Taalab et al. (2021) และตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill and Smith (1990) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Valid Index) เท่ากับ .92 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Chumroonsawas (1993) ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบใช่ หรือไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire; PRQ 2000) ที่พัฒนาโดย Tungmephon (2005) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่พัฒนาโดย Pornsomboon (2017) ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยใช้ แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (Trangkasombut, 2018) ตามแนวคิดของ McMaster (McMaster Model) ซึ่งเป็นแบบประเมินครอบครัวที่มีลักษณะเป็นคำถามให้ตอบด้วยตัวเอง (Self – Report Instrument) ประกอบด้วยข้อความ 36 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม 1) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และ4) แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว มาหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่าประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าดังต่อไปนี้ 0.87, 0.92, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยานำมาคำนวณหาด้วยวิธีหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder- Richardson-20 ; KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับเลขที่การรับรอง 236 – 073 / 2565 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2565 และการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง COA No. 017 - 2022 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565 จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์และคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการผู้ที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย การเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการและการรักษา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเองทั้งหมด

2. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชแจ้งวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่จะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจากนั้นผู้วิจัยคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

3. เมื่อได้ผู้ที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยแก่ผู้ร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการและการรักษา จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยอยู่ในสถานที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จและส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกับความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation statistic) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อตรวจสอบการแจกแจงด้วยสถิติทดสอบ Kolmogorov - Smirnov พบการแจกแจงแบบปกติ (normality) และมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นตรง (Linear Relationship) โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0 หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่าสหสัมพันธ์ < .30 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสหสัมพันธ์ .30 - .70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสหสัมพันธ์ > .70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (Thato, 2022)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 66 คน (ร้อยละ73.3) มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ44.4) สถานภาพสมรส โสด (ร้อยละ 46.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 67.8) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.4) และอาศัยอยู่กับ บิดา มารดา (ร้อยละ 54.4)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 132.73, S.D. = 6.47) การดูแลตนเองรายด้านพบว่าด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.93, S.D. = 1.70) อยู่ในระดับดี ส่วนการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X}$ = 3.21, S.D. = 1.32) การเตรียมการเผชิญปัญหา ($\bar{X}$ = 3.00, S.D. = 1.32) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 2.89, S.D. = 1.88) อยู่ในระดับปานกลาง (Table 1)

Table 1 Mean scores and standard deviation (S.D.) of the sample according to self-care behavior

Self-care behavior	Mean	S.D.	Level
Overall self-care behavior			
- Preparation for coping with problems	3.00	1.32	Moderate
- In terms of developing self-awareness	3.77	2.93	Good
- Physical self-care	3.83	2.80	Good
- Development of social support systems	3.21	1.32	Moderate
- Effective communication	3.85	1.97	Good
- Religious activities	3.93	1.70	Good
- Effective use of time	2.89	1.88	moderate

การแปลผลของแต่ละตัวแปร ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 12.73, S.D. = 2.85) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 78.87, S.D. = 3.85) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.58) และการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 98.16, S.D. = 0.551) (Table 2)

Table 2 Interpreting the results of each variable

Factor	Mean	S.D.	Interpretation
Knowledge of Disease and Medication treatment	12.73	2.85	Moderate
Social Support	78.87	3.85	Low
Self-Efficacy	3.65	0.58	Fairly high
Family Functioning	98.16	0.51	Moderate

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .497, p = .000, r = .498, p = .000, r = .573, p = .000 ตามลำดับ) ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.028, p = .579) (Table 3)

Table 3 the results of the analysis of the relationship between self-care behaviors of chronic schizophrenia patients (n = 90)

Variables	r	*p - value*	Level of relationship with self-care behavior
Knowledge of Disease and Medication treatment	.497	.000	Moderately positive
Social Support	.498	.000	Moderately positive
Self-Efficacy	.573	.000	Moderately positive
Family Functioning	-.028	.795	The negative relationship is not statistically significant.

p < 0.05 means statistically significant

r < .30 means there is a low level of relationship, r = .30 -.70 means there is a moderate relationship.

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในช่วงอายุ 40 - 49 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakharo et al. (2023) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักเป็นเพศชายประมาณ

50 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงและการศึกษาของ Orrico-Sánchez et al. (2020) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีสถานภาพโสดและระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี อาจเป็นผลมาจากความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .497$, $p = .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2020) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และหากบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (El Abdellati et al., 2020; Fiorillo et al., 2020; Pothimas et al., 2020)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผลการศึกษานี้พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.65$, S.D.= .58) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้องรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .573$, $p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่พบว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม หากบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและมั่นใจว่าจะทำได้ ก็จะลงมือปฏิบัติอย่างไม่ท้อถอยจนประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง นอกจากนี้การศึกษาของ Liao and Wang (2024) ยังพบว่าการจัดการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้รับอิทธิพลมากจากความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนการศึกษาของ Chen et al. (2022) สนับสนุนว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ($\bar{x} = 78.87$, S.D. = 3.85) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .498$, $p = .000$) จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีช่วงอายุ 40 - 49 ปี (44.4 %) แสดงถึงกลุ่มวัยที่มีภาระและความรับผิดชอบใน

ชีวิต แต่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางสุขภาพจิต และในผลการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (50 %) และรายได้ไม่เพียงพอ (54.4 %) ชี้ให้เห็นถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจ รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบิดา มารดา (54.4 %) อาจแสดงถึงการพึ่งพิงในครอบครัวเพื่อการดูแล จากการศึกษาของ Chen et al. (2022) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรงนั้นได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยและปัจจัยทางสังคมด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ (78.1 %) มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะฟื้นตัวจะมีการสนับสนุนทางสังคมสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์บวกกับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจซึ่งจะเป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมขั้นแรกและขั้นพื้นฐานจากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ครอบครัวมีพลังกายและพลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข (Sroyphet & Limsaku, 2023)

การทำหน้าที่ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =98.16, S.D. = 0.507) และการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.028, p = .795) บ่งบอกถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ได้มีการสนับสนุนในระดับสูงหรือเข้มข้นเพียงพอ แต่ก็ยังมีการสนับสนุนอยู่บ้าง อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อาจสะท้อนถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากกว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วย ความสามารถทางการเงิน หรือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นประเด็นสำคัญที่ควรจะนำมาศึกษาต่อไป ประเด็นเรื่องครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เช่น หากครอบครัวไม่ได้มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับโรคจิตเภทอาจทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น อย่างการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบิดา มารดา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี อาจมาจากปัจจัยภายในมากกว่า เช่น การรับรู้สมรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา เป็นต้น ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่าการทำหน้าที่ของสมาชิกภายในครอบครัวที่ส่งผลต่อกันและกัน โดยเน้นถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Calatrava et al., 2022) การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Behera et al., 2024; Jaftoran et al., 2021; Karimirad et al., 2022; Zhang et al., 2024)

สรุป

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับวรรณกรรมที่มีอยู่ โดยชี้ให้เห็นว่าความรู้เรื่องโรคและการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อนอาจมีผลทั้งบวกและลบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับลักษณะและคุณภาพของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย ควรส่งเสริมให้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ด้านการพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกควรให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย โดยพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัย นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งบุคคล ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่ายและการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นอย่างไร เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เช่น รูปแบบการเผชิญความเครียด ความรุนแรงของโรค เป็นต้น

รายการอ้างอิง (References)

Awarulhak, T. (2019). Perceived Factors and Social Support of Caregivers of the Schizophrenics in Relation to Medication Behavior of the Schizophrenics in Waeng District Narathiwat Province. *Journal of Department of Health Service Support, 15*(2), 42 - 50. https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/7982.

Behera, S., Bhowmick, I., & Kumar, P. (2024). Family functioning in persons with schizophrenia: Cross sectional study across the genders. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*, *15*(2), 3 - 10. https://www.pswjournal.org/index.php/ijpsw/article/view/616

Calatrava, M., Martins, M. V., Schweer-Collins, M., Duch-Ceballos, C., & Rodríguez-González, M. (2022). Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct. *Clinical psychology review, 91*, 102101. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102101

Chen, C., Chen, Y., Huang, Q., Yan, S., & Zhu, J. (2022). Self-care ability of patients with severe Mental disorders: based on community patients' investigation in Beijing, China. *Frontiers in public health*, *10*, 1 - 9. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.847098

Chumroonsawas, S. (1993). *Effect of Relationship Establishing, Health Teaching and Contracting on Compliance of Schizophrenic Patient in Chiangmai Neuro-Psychiatric Hospital*. [Master's thesis]. Chiangmai University.

Deegan, P. E. (2020). The journey to use medication optimally to support recovery. *Psychiatric Services, 71*(4), 401 - 402. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900506

Department of Mental Health. (2022, February 8). *Mental Health Data Center*. https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/

El Abdellati, K., De Picker, L., & Morrens, M. (2020). Antipsychotic treatment failure: a systematic review on risk factors and interventions for treatment adherence in psychosis. *Frontiers in neuroscience, 14*, 531763. http://doi.org/10.3389/fnins.2020.531763. eCollection 2020

Fiorillo, A., Barlati, S., Bellomo, A., Corrivetti, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Stanga, V., Veltro, F., Maina, G., & Vita, A. (2020). The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Annals of General Psychiatry, 19*, 1 - 12. https://doi:10.1186/s12991-020-00293-4

Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self-Care Nursing Promotion of Health*. Prentice Hall.

Jaftoran, E. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2021). Nursing intervention, family's role, cadre's role and medical services: Case series on client with hallucination and self-care deficit. Enfermeria Clinica, *31*, S180 - S184. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.018

Jansook, C., Jansook, N., & Railoy, A., (2 0 1 9). The Effects of Brief Intervention on Medication Adherence Behaviors of Schizophrenic Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(2), 170 - 177. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/210396/145624

Jiratchayaporn, K., Christraksa, W., & Worrasirinara, P. (2022). The correlation between self-care behavior with application of eastern wisdom and resilience among village health volunteers: a cross-sectional study in southern Thailand. *Journal of Population and Social studies, 30*, 239 - 250. http://doi.org/10.25133/JPSSv302022.015

Kanthasaibour, P. (2001). *An Analysis of Variables Discriminating the Groups of Relapse and Non-relapse Schizophrenic Patients.* [Master's thesis]. Chulalongkorn University.

Karimirad, M. R., Seyedfatemi, N., Mirsepassi, Z., Noughani, F., & Cheraghi, M. A. (2022). Barriers to self-care planning for family caregivers of patients with severe mental illness. *Journal of Patient Experience, 9*. https://doi.org/10.1177/23743735221092630

Kerdsang, U., Intarakamhang, U., Peungposop, N., & Kerdsang, T. (2022) . Health Beliefs, Participation Behavior and Community Rehabilitation Guidelines Forschizophrenia Patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 36* (2) , 1 - 21. https://he02.tci-thaijo.org/index. php/JPNMH/article/view/255235/176680

Lani, T., & Sitanggang, Y. A. (2024). Family Support in Fulfilling Activities of Daily Living and the Level of Personal Hygiene-Bathing in Schizophrenia Patients. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal), 10*(1). 19 – 23 https://doi.org/10.33755 /jkk.v10i1.647

Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental health literacy affects mental health attitude: Is there a gender difference. *American Journal of Health Behavior, 44*(3), 282 - 291. https://doi.org/10.5993/AJHB.44.3.1

Liao, S. J., & Wang, L. J. (2024). Correlation of health literacy, health management self‐efficacy, and attitude in elderly patients with schizophrenia: A cross‐sectional study. *Nursing Open, 11*(1), e2065. https://doi.org/10.1002/nop2.2065

Liu, D., Zhou, Y., Li, G., & He, Y. (2020). The factors associated with depression in schizophrenia patients: the role of self-efficacy, self-esteem, hope and resilience. *Psychology, health & medicine*, *25*(4), 457 - 469. https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1695862

Lotfabadi, M. K., Bayazi, M. H., & Rajaei, A. R. (2022). The effect of cognitive-behavioral group training of self-care skills on self-care in patients with schizophrenia. *Nursing Practice Today, 9*(1), 24 - 36. https://doi.org/10.18502/npt.v9i1.7327

Ministry of Public Health. (2024, November 22). *Health Data Center (HDC)*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php

Nakharo, J., Kongsuwan, V., & Nukeaw, O. (2023). Factors Predicting Self-Care Behaviors among Prisoners with Schizophrenia. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *10*(3). e258203. https://he01.tcithaijo.org/index.php/scnet/article/view/258203/179688

Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Díez-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC psychiatry, 20*, 19. https://link.springer.com/article/ 10.1186/ s12888-020-02538-8

Ounlam, T. (2020). Nurses' roles in promoting family functioning of schizophrenia persons in a community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 34*(1),1 - 12. https:// he02.tci-thaijo.org/index.php/jpnmh/article/view/241984?utm

Pitanupong, J., Ratanaapiromyakij, P., & Teetharatkul, T. (2021). Factors Associated with Low Relapse Rates of Schizophrenia in Southern Thailand: A University Hospital-Based Study. *Research Square*, 1 - 21. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-922573/v1

Pornsomboon, N. (2017). *The effect of Promoting Self-Efficacy Program on Perceived Self-Stigma of persons with Schizophrenia in community*. [Master's thesis]. Chulalongkorn University.

Pothimas, N., Tungpunkom, P., Kanungpiarn, T., & Hannes, K. (2020). Experiences of medication adherence among people with schizophrenia: a qualitative systematic review. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 25*(2), 229 - 241. https://he02.tci-thaijo.org/ index.php/PRIJNR/article/view/241815

Sroyphet, J., & Limsaku, M. (2023). A study of social capital that supports families in caring for schizophrenic patients to live in the community: a case study of a community in Bangkok. *Journal of MCU Social Development, 8*(2), 99 - 112. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JMSD/article/view/264696

Taalab, A. A., Qasem, E. K., Gamal, A. M., & Ashour, E. S. (2021). *Dependent Care: Applying Orem Self-Care Theory. Menoufia Nursing Journal, 6*(2), 155 - 170. http://doi.org/10.21608/menj.2021.225860

Thato, R. (2022). *Nursing Research: Concepts to Application* (6th ed.). Printing House.

Thongkam, A. (2003). *Family Functions as Perceived by Persons with Relapsed Schizophrenia*. [Independent Study Examining Committee]. Chiangmai University.

Trangkasombut, U., (2018). *Family therapy and family counseling* (7th ed.). Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Tungmephon, P. (2005). *Social support, caregiving preparedness and stress among mothers of autistic Children*. [Master's thesis]. Chiangmai University.

Witthawatsamrankun, P. (2021). Quality of Life Among Caregivers of Patients With Schizophrenia at Phrachomklao Hospital Phetchaburi. *Region 4 - 5 Medical Journal, 40*(1), 19 - 29. https://he02.tcithaijo.org/index.php/reg45/article/view/250060/169919

World Health Organization. (2022, January 10). *Schizophrenia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Zhang, T., Zhao, Z., Wang, X., Yang, B., Li, M., Wang, L., Yang, C., Fu, C., Li, Z., Zhang, X., Guo, Y., Zhang, N., Pu, E., & Yin, J. (2024). Sequential mediation model of social support, care burden, and internalized stigma among family function and depression in caregivers of patients with schizophrenia: evidence from a cross-sectional study in southwest China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1 - 13. https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-024-02753-8

Zhang, X., Liu, L., Ning, J., Wu, S., Li, S., Zhang, Z., & Li, X. (2022). Factors Influencing Self-Management of Schizophrenia: A Cross-Sectional Study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *61*(2),19 – 26. https://doi.org/10.3928/02793695-20221027-06

Zhou, C., & Li, Z. (2020). Modelling of self‐management in schizophrenia: The role of neurocognition, self‐efficacy and motivation. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(21-22), 3966 - 3976. https://doi.org/10.1111/jocn.15407

ผลของกระบวนการประสานรายการยาต่อความคลาดเคลื่อนทางยา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

The Effect of Medication Reconciliation Process on Medication Errors at Medical Ward in Sungai Kolok Hospital

กาญจนา แก้วมั่ง[1*]

Kanchana Keawmang[1*]

(Received: April 3, 2024; Revised: September 10, 2024; Accepted: September 25, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation: MR) จำนวน ลักษณะ และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Errors :MEs) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับประเภทและระดับความรุนแรงของ MEs ที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติยาเดิมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล และแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form: MR Form) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 2,760 ราย เมื่อพิจารณาเกณฑ์คัดเข้าออก จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการใช้ยาที่ใช้ก่อนเข้ารับการรักษา 1,360 ราย ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวหรือมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 1,008 ราย เภสัชกรพบ MEs ในขั้นตอนการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (Admission) 324 ราย และขั้นตอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge) 134 ราย และพบ MEs มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การสั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ (Omission Error) และการเปลี่ยนแปลงขนาดยาและวิธีใช้ยา ตามลำดับ MEs ที่พบมีความรุนแรงอยู่ในระดับ B และ C เท่านั้น เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับ

[1]กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

[1] Pharmacy Department, Sungaikolok Hospital

[*]Corresponding Author: melthoneybee@gmail.com

ประเภทและระดับความรุนแรงของ MEs พบว่า การทำ MR มีความสัมพันธ์กับจำนวน MEs ที่พบความรุนแรงในระดับต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการทำ MR เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประเภทของ MEs กรณีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน หรือสั่งใช้ยาเดิมที่มีการสั่งหยุดใช้ไปแล้ว โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น (Commission error) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.042) ในขณะที่ประเภทของ MEs อื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำ MR

คำสำคัญ: การประสานรายการยา, ระดับความรุนแรง, ประเภท, ความคลาดเคลื่อนทางยา

Abstract

The objectives of this retrospective descriptive study were to examine the effect of the medication reconciliation process, the quantity, nature, and degree of severity of medication errors, as well as the correlation between medication reconciliation and the type and magnitude of medication errors that occurred in the medical ward. Patients with past medication histories who were admitted to the medical ward at Sungai Kolok hospital between October 1, 2022, and September 30, 2023, served as samples of this study. Data was gathered from the hospital data-based system and the medication reconciliation form. Based on inclusion and exclusion criteria, the results showed that 1360 samples of 2760 patients had a history of medical usage prior to admission. The majority of 1008 patients had either hypertension alone or hypertension in conjunction with another illness. Pharmacists discovered medication errors in 324 patients throughout the admission period and 134 patients during the hospital discharge procedure. The three highest levels of medication errors were ordering medications that were not on the hospital list, making omission errors, and changing the dosage and mode of medication use. Only medication errors in severity levels B and C were discovered. Analyzing the relationship between medication reconciliation and the type and magnitude of medication errors revealed that there were statistically significant relationships between medication reconciliation and medication errors found in each severity level ($p < 0.001$) and the medication reconciliation process had statistically significant relationships with the type of medication errors regarding commission errors (P-value = 0.042). However, in this study no statistically significant relationship was found between the medication reconciliation process with other types of medication errors.

Keywords: Medication Reconciliation, Severity level, Type, Medication Errors

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Errors: MEs) มีสาเหตุจากทั้งบุคคลและระบบงาน โดยแนวคิดเพื่อป้องกัน MEs ที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือระบบงานจะส่งผลดีกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ (Tewthanom & Thananonniwas, 2009) และ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) พบว่า ร้อยละ 63 ของ MEs เป็นผลมาจากความผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเกิดในขั้นตอนแรกรับผู้ป่วย (Admission) การย้ายหอผู้ป่วย (Transferred) และการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบ เช่น ไม่มีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ (omission error) สั่งใช้ยาผิดขนาด ความถี่ หรือวิถีทางให้ยา (wrong dose, frequency, route) สั่งใช้ยาคนละชนิด สั่งใช้ยาชนิดเดียวกัน หรือกลุ่มเดียวกันกับรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ (hypersensitivity reaction) รายการยาในคำสั่งใช้ยากลับบ้านซ้ำกับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เป็นต้น (Hemajula & Suantong, 2016) ซึ่ง MEs นี้สามารถป้องกันได้ด้วยกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation: MR) จัดเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยลด MEs ในขั้นตอนต่าง ๆ และเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา การย้ายหอผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Chatwiriyawong & Tulapunt, 2018) ทั้งนี้ข้อมูลยาที่ได้ควรมีความสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่ทำได้ในกรอบเวลาที่กำหนด ทั้งชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีใช้ยา รวมถึงมื้อสุดท้ายที่ผู้ป่วยรับประทานยา กระบวนการ MR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การสืบค้นและรวบรวมรายการยา (Verification) การตรวจสอบรายการยา (Clarification) การเปรียบเทียบรายการยาก่อนและปัจจุบันในการรักษา (Reconciliation) และการส่งต่อรายการยาไปยังผู้ดูแลผู้ป่วยลำดับถัดไป (Transmission) (Ningsanon, 2008; Supachutikul et al., 2022)

โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก เป็นโรงพยาบาลขนาดทั่วไป บริการผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอสุไหงโก-ลก และอำเภอใกล้เคียง ได้แก่ อำเภอสุไหงปาดี อำเภอแว้ง อำเภอสุคิริน จากปีงบประมาณ 2564 และ 2565 มีผู้ป่วยในจำนวน 12,203 ราย และ 12,479 ราย ตามลำดับ มีจำนวนวันนอน (จำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) รวมทั้งสิ้น 71,178 และ 69,660 วันนอน ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ เพื่อมารักษาตัวต่อ (Refer) โดยแพทย์เฉพาะทาง ที่ผ่านมาพบปัญหาว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามีโรคประจำตัวเดิม เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งเดิมผู้ป่วยอาจรับยาที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อผู้ป่วยเข้ารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ได้นำยาเดิมมา หรือไม่ได้แจ้งให้แพทย์รับทราบ ทำให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรักษา หรือขาดการพิจารณาจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยต้องหยุดหรือควร

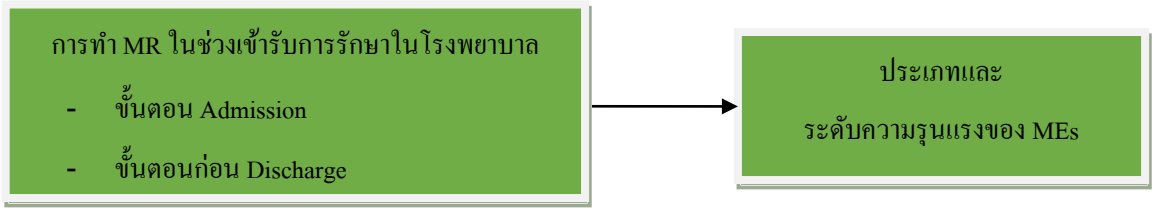
รับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เกิด MEs ขึ้น ในปีงบประมาณ 2565 กลุ่มงานเภสัชกรรมพบ MEs ประเภท omission error จำนวน 178 ครั้ง โรงพยาบาลจึงได้จัดให้มีเภสัชกรประจำสำหรับดำเนินการทำ MR เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยได้รับยา และไม่พบปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems) และลด MEs ทั้งนี้เพื่อความต่อเนื่องของการรักษา และส่งเสริมความปลอดภัย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานกระบวนการทำ MR จำนวน ประเภท และระดับความรุนแรงของ MEs และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับ ประเภทและระดับความรุนแรงของ MEs ที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ปีงบประมาณ 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานกระบวนการทำ MR ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
2. เพื่อศึกษาจำนวน ประเภท และระดับความรุนแรงของ MEs ที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับ ประเภทและระดับความรุนแรงของ MEs ที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น (Independent Variables) และตัวแปรตาม (Dependent Variables) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานกระบวนการทำ MR จำนวน ประเภท และระดับความรุนแรงของ MEs และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับ ประเภทและระดับความรุนแรงของ MEs ที่พบ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่สามารถทำการสืบค้นประวัติการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่องเกิน 1 ปี
2. ผู้ป่วยถูกส่งต่อหรือจำหน่ายก่อนเสร็จสิ้นการทำ MR

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

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

$n= (1.96)^2[0.2838\ (1-0.2838)]/\ (0.05)^2$

n = 313 ราย

เมื่อ Z คือ ค่าคะแนนมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับความเชื่อถือได้ที่ร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

P คือ สัดส่วนของประชากร ซึ่งจากการประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานการทำ MR ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1,346 ราย พบ MEs ที่พบจากการทำ MR มีจำนวน 382 ครั้ง คิดเป็น P = ร้อยละ 28.38

e คือ ความน่าจะเป็นของความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนดให้เท่ากับร้อยละ 5

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยนี้จำนวนอย่างน้อย 313 ราย หากผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวนมากกว่าที่คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ ผู้วิจัยจะเลือกใช้ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล (โปรแกรม HOSxP) และเวชระเบียน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form: MR Form) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ สิทธิการรักษา เลขประจำตัวผู้ป่วย และข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ข้อมูลการใช้ยา ประวัติแพ้ยา และข้อมูลที่เภสัชกรบันทึกเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) ข้อมูลการรักษาในเวชระเบียน ได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา คำสั่งของแพทย์ที่ต้องการข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ

รายการยา (ชื่อ, ขนาด, วิธีใช้ยา) ในขั้นตอน Admission ระหว่างย้ายหอผู้ป่วย และขั้นตอน Discharge ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ทั้งก่อนเข้ารับการรักษา จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการปรับเปลี่ยนคำสั่งแพทย์หรือยอมรับความคิดเห็นจากเภสัชกร ในกรณีเภสัชกรพบ MEs และดำเนินการแทรกแซง (Intervention) เพื่อลดโอกาสและระดับความรุนแรงของ MEs

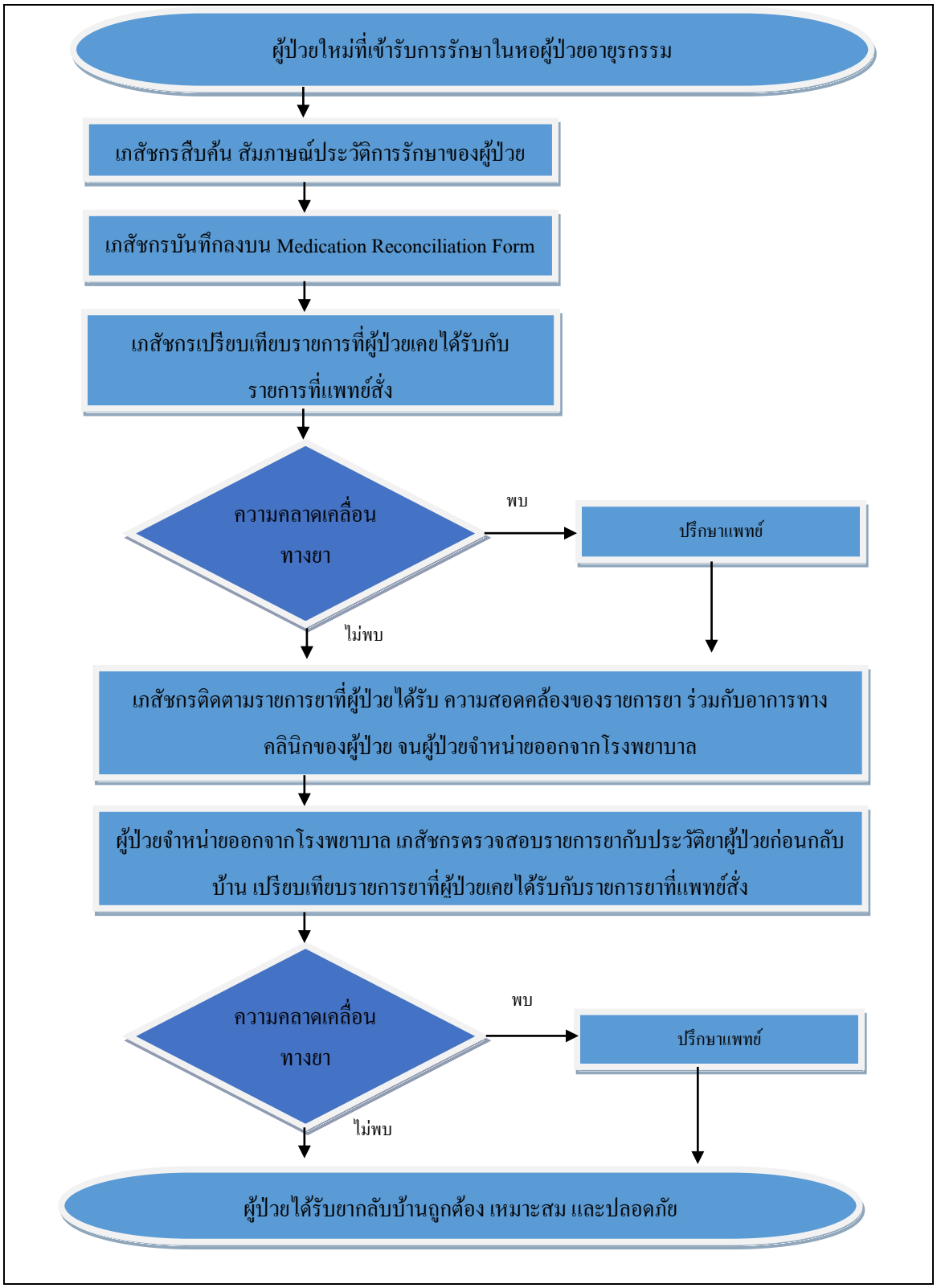
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก (SKL-IRB: 036) ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการวิจัยมีมากกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ ผู้วิจัยแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ และได้รับการรับรองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เภสัชกรสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยการค้นหาประวัติการรักษาจากระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ ณ จุด admit ทั้งจากแผนกผู้ป่วยนอก (Out-Patient Department: OPD) และห้องฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) ในเวลาราชการ

2. เภสัชกรสืบค้น และตรวจสอบการดำเนินการทำ MR จาก MR Form ในขั้นตอน Admission และขั้นตอนก่อน Discharge ติดตามการสั่งใช้ยาของแพทย์ และการยอมรับ ปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขปัญหาของแพทย์ จากการแทรกแซงโดยเภสัชกร ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการทำ MR ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินงานกระบวนการทำ MR จำนวน ประเภท และระดับความรุนแรงของ MEs ที่พบจากการทำ MR ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปแบบของความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยโปรแกรม Microsoft Excel 2019 และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับประเภทและระดับความรุนแรงของ MEsใช้สถิติเชิงอนุมาน ในรูปแบบของ Fisher's exact test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ (Non-normal distributions) และกลุ่มตัวอย่างในบางกลุ่มมีขนาดเล็ก โดยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 25

ผลการวิจัย

ในช่วงเวลาของการศึกษา ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก จำนวนทั้งหมด 2,760 ราย เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถสืบค้นประวัติการรักษาที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้จำนวน 49 ราย ผู้ป่วยไม่มีประวัติการใช้ยาก่อนหน้าที่จะเข้ารับการรักษา หรือไม่มีประวัติเจ็บป่วยในอดีตจำนวน 699 ราย และผู้ป่วยถูกส่งต่อหรือจำหน่ายก่อนเสร็จสิ้นการทำ MR จำนวน 652 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,360 ราย ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผลการดำเนินงานกระบวนการทำ MR

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 810 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.56 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุในช่วง 51 - 60, 61 - 70 และมากกว่า 70 ปีเป็นต้นไป มีจำนวนใกล้เคียงกัน เท่ากับ 237, 233 และ 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.43, 17.13 และ 17.57 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68 ± 7.02 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เพียงอย่างเดียว หรือมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจำนวน 1,008 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.99 (Table 1)

Table 1. Demographic characteristics of the study sample

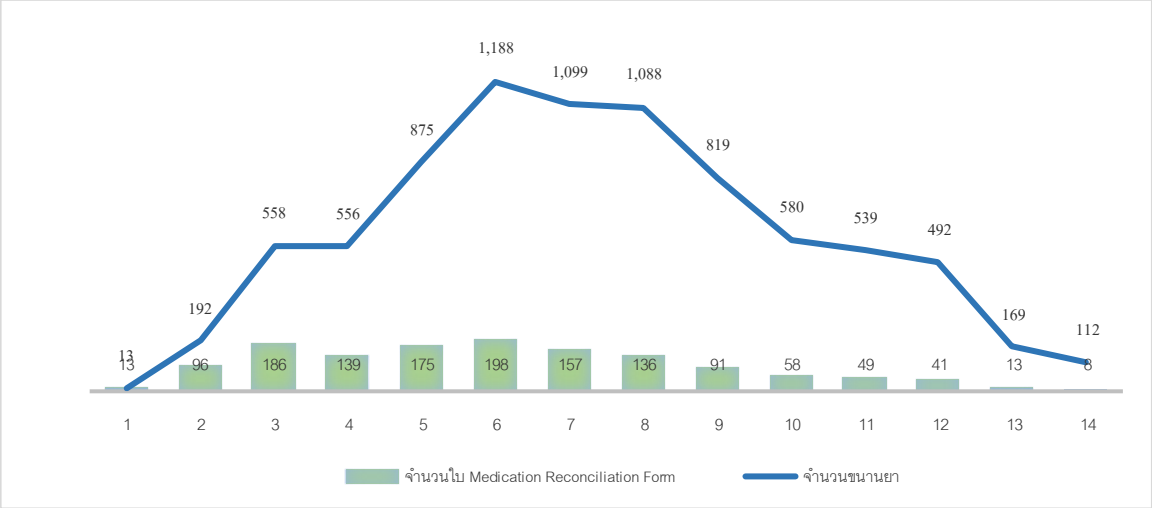
Demographic characteristics	Frequency (n = 1,360)	Percent
Gender		
- Male	550	40.44
- Female	810	59.56

Demographic characteristics	Frequency (n = 1,360)	Percent
Age (year)		
10 - 20	136	10.00
21 - 30	161	11.84
31 - 40	164	12.06
41 - 50	190	13.97
51 - 60	237	17.43
61 - 70	233	17.13
>70	239	17.57
Average age ± SD (year)	68±7.02	
Underlying disease*		
Hypertension	1,008	31.99
Diabetes	432	13.71
Dyslipidemia	572	18.15
Chronic Kidney disease	258	8.19
Cardiovascular disease	221	7.01
HIV	34	1.08
Tuberculosis	22	0.70
Asthma	76	2.41
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	528	16.76
The number of patients admitted to each ward		
- Male Medical Ward	550	40.44
- Female Medical Ward	810	59.56

* Each patient in the sample group may have one or more comorbidities.

แหล่งที่มาของข้อมูลจำนวนรายการยาที่ใช้ก่อนเข้ารับการรักษา เภสัชกรสืบค้นจากประวัติการได้รับยาจากในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก และสืบข้อมูลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเคยเข้ารับบริการ เช่น คลินิกเวชกรรม หรือร้านยา ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งครอบคลุมประวัติการรักษาและการได้รับยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยเคยได้รับ รวมทั้งสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เภสัชกรบันทึกรายการยาลง MR Form ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นถึงขนานยา โดยขนานยามาจากจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมด ข้อมูลจาก MR Form แสดงให้เห็นว่า MR Form

จำนวน 198 ฉบับจากทั้งหมด 1,360 ฉบับ ผู้ป่วยมีจำนวนรายการยาที่ใช้ก่อนเข้ารับการรักษาจำนวน 6 รายการ สามารถคิดเป็นขนานยาทั้งสิ้น 1,188 ขนาน คิดเป็นร้อยละ 14.35 และจำนวนรายการยาที่มีใน MR Form มากที่สุด คือ 14 รายการ มีจำนวน MR Form จำนวน 8 ฉบับ คิดเป็นขนานยาทั้งสิ้น 112 ขนาน คิดเป็นร้อยละ 1.36 และจากปีงบประมาณ 2566 ที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมดพบว่า มีจำนวน MR Form ทั้งหมด 1,360 ฉบับ คิดเป็นจำนวนขนานยาได้ทั้งหมด 8,280 ขนานยา มีค่าเฉลี่ยรายการยาต่อ MR Form เท่ากับ 6.09 ขนานยาต่อ MR Form 1 ฉบับ ซึ่งจำนวนขนานยาของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีจำนวนมากอาจเพิ่มโอกาสการเกิด MEs และปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากตัวผู้ป่วย (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ข้อมูลจำนวนรายการยาและขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับการทำ MR

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีจำนวน 1,360 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาจากโรงพยาบาลอื่นจำนวน 538 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.56 โดยเภสัชกรได้ทำ MR ติดต่อสอบถามข้อมูลประวัติการใช้ยาที่โรงพยาบาลต่าง ๆ (Table 2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาเดิมจากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ประจำจังหวัดนราธิวาส เภสัชกรติดต่อทำ MR จำนวน 94 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.47 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลสุไหงปาดี ติดต่อทำ MR จำนวน 89 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.54 และโรงพยาบาลตากใบ ติดต่อทำ MR จำนวน 77 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.31 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดิมไม่ได้มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก เมื่อเข้ารับการรักษา และไม่นำยาเดิมมา เภสัชกรต้องติดต่อสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อทำ MR และแจ้งแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาการสั่งใช้ยาเดิมของผู้ป่วยได้

Table 2 The frequency of pharmacist-initiated medication reconciliation with various healthcare settings

Healthcare facilities	Frequency (N)	Percent
1. Naradhiwas Rajanagarindra Hospital	94	17.47
2. Su-ngai Padi Hospital	89	16.54
3. Takbai Hospital	77	14.31
4. Sukirin Hospital	49	9.11
5. Waeng Hospital	40	7.43
6. Subdistrict Health Promoting Hospital, Muno	31	5.76
7. Songklanagarind Hospital	28	5.20
8. Primary Healthcare Unit, Klai Jai 1	24	4.46
9. Yala Hospital	20	3.72
10. Primary Healthcare Unit, Klai Jai 2	19	3.53
11. Cho ai-rong Hospital	14	2.60
12. Subdistrict Health Promoting Hospital, Pasemus	14	2.60
13. Rangae Hospital	13	2.42
14. Subdistrict Health Promoting Hospital, Puyho	9	1.67
15. Janae Hospital	7	1.30
16. Subdistrict Health Promoting Hospital, Kwa-ro sila	6	1.12
17. Songkhla Psychiatric Hospital	4	0.74

เภสัชกรค้นพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมี MEs เกิดขึ้น ซึ่งพบจากการทำ MR ในขั้นตอน Admission จำนวน 324 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.82 และขั้นตอนก่อน Discharge จำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.54 (Table 3) โดย MR Form แต่ละฉบับ อาจพบ MEs มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ประเภท เมื่อจำแนก MEs เป็นประเภทต่าง ๆ สามารถแบ่งได้เป็น 10 ประเภท MEs ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การสั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล พบจำนวน 86 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 26.54 รองลงมา คือ Omission Error พบจำนวน 78 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.07 และการเปลี่ยนแปลงขนาดยาและวิธีใช้ยา พบจำนวน 74 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.84 (Table 5) เมื่อเภสัชกรค้นพบ MEs เภสัชกรดำเนินการแทรกแซง หรือการจัดการปัญหา MEs ที่เกิดขึ้นกับแพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ จากการศึกษานี้พบว่า เภสัชกรแทรกแซง MEs ในขั้นตอน Admission จำนวน 388 ครั้ง และขั้นตอนก่อน Discharge จำนวน 168 ครั้ง แพทย์ยอมรับและเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาหลังเภสัชกรแทรกแซงทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100

Table 3 The number of patients with MEs found during the medication reconciliation process

	Medication reconciliation	
	Admission process	**Discharge process**
	Frequency (Percent)	**Frequency (Percent)**
Total number of patients who underwent medication reconciliation	1,360 (100.00)	810 (100.00)
Detected MEs	324 (23.82)	134 (16.54)
Not Detected MEs	1,036 (76.18)	676 (83.46)

ความรุนแรงของ MEs ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ B ทั้งในขั้นตอน Admission และขั้นตอนก่อน Discharge ซึ่งเป็นระดับที่เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือไม่ส่งผลเสียหาย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้ป่วย ขั้นตอน Admission พบจำนวน MEs ในความรุนแรงระดับ B และ C 221 ครั้ง และ 167 ครั้ง ตามลำดับ ขั้นตอนก่อน Discharge พบจำนวน MEs ในความรุนแรงระดับ B และ C 132 ครั้ง และ 36 ครั้ง ตามลำดับ การทำ MR มีความสัมพันธ์กับจำนวน MEs ที่พบความรุนแรงในระดับต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Table 4)

Table 4 The number of MEs identified at each harm levels during medication reconciliation process

Medication reconciliation	**Harm level of the MEs detected**		**P-value**[a]
	Frequency (Percent)		
	B level	**C level**	
Admission process	221 (56.96)	167 (43.04)	<0.001*
Discharge process	132 (78.57)	36 (21.43)	

[a]Fisher's exact test

*Statistically significant P-value < 0.05

การศึกษานี้พบว่า การทำ MR เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประเภทของ MEs กรณีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน หรือสั่งใช้ยาเดิมที่มีการสั่งหยุดใช้ไปแล้ว โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น (commission error) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.042) ในขณะที่ประเภทของ MEs อื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำ MR (Table 5)

Table 5 Relationship between Medication Reconciliation and Types of Medication Errors

Types of Medication Errors	Medication reconciliation		P-value[a]
	Admission process (n=324)	Discharge process (n=134)	
1. Omission error			0.109
Detected MEs	78 (24.07)	23 (17.16)	
Not Detected MEs	246 (75.93)	111 (82.84)	
2. Unintentional Dosage and regimen changes			1.000
Detected MEs	74 (22.84)	31 (23.13)	
Not Detected MEs	250 (77.16)	103 (76.87)	
3. Wrong time			0.458
Detected MEs	42 (12.96)	21 (15.67)	
Not Detected MEs	282 (87.04)	113 (84.33)	
4. Wrong drug			0.060
Detected MEs	21 (6.48)	16 (11.94)	
Not Detected MEs	303 (93.52)	118 (88.06)	
5. Duplicated error			1.0000
Detected MEs	19 (5.86)	8 (5.97)	
Not Detected MEs	305 (94.14)	126 (94.03)	
6. Commission error			0.042*
Detected MEs	27 (8.33)	20 (14.93)	
Not Detected MEs	297 (91.67)	114 (85.07)	
7. Prescribing medications Not on the Hospital Formulary			1.000
Detected MEs	86 (26.54)	35 (26.12)	
Not Detected MEs	238 (73.46)	99 (73.88)	
8. Using the term "patient's previous medication" without specifying the drug name and details.			0.714
Detected MEs	26 (8.02)	12 (8.96)	
Not Detected MEs	298 (91.98)	122 (91.04)	
9. Prescribing the same or similar medications to which a patient is allergic (hypersensitivity reaction)			0.326
Detected MEs	4 (1.23)	0 (0.00)	

Types of Medication Errors	Medication reconciliation		P-value[a]
	Admission process (n=324)	Discharge process (n=134)	
Not Detected MEs	320 (98.77)	134 (100.00)	
10. Prescribing a medication that interacts with other medications the patient is already taking. (drug interaction)			0.363
Detected MEs	11 (3.40)	2 (1.49)	
Not Detected MEs	313 (96.60)	132 (98.51)	

[a]Fisher's exact test

*Statistically significant P-value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการดำเนินงานการทำ MR ต่อ MEs ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 1,360 ราย ซึ่งเท่ากับจำนวน MR Form รายการยาและขนานยาของผู้ป่วยที่ได้รับก่อนเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวน 8,280 ขนานยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.09 ขนานยา ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Wongyai (2022) ที่พบจำนวนขนานยาต่อฉบับเท่ากับ 6 ขนานยาเช่นกัน แต่แตกต่างที่จำนวนรายการยาสูงสุดต่อฉบับที่พบ การวิจัยนี้พบ 14 รายการยา แต่การศึกษาของ Wongyai (2022) พบรายการยาสูงสุดถึง 18 รายการต่อฉบับ สำหรับ MEs ที่พบในงานวิจัยนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Chanatepaporn et al. (2014); Piriyachananusorn et al. (2023) พบ MEs ในขั้นตอนแรกรับการรักษาร้อยละ 97.80 และร้อยละ 65.3 ตามลำดับ ซึ่งพบ MEs ในขั้นตอน Admission มากกว่าขั้นตอนก่อน Discharge แต่การศึกษาก่อนหน้านี้ของ Chatwiriyawong and Tulapunt (2018); Pattanajak and Rachada (2023) ที่พบ MEs ในขั้นตอน Admission น้อยกว่าขั้นตอนก่อน Discharge อาจเป็นเพราะความแตกต่างของระบบการสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลสุไหงโก-ลกใช้การเขียน (Hand writing) ในการสั่งใช้ยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย แต่โรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ใช้ระบบ CPOE (Computerized provider order entry) ซึ่งแพทย์สั่งใช้ยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทั้งหมด และมีระบบสนับสนุนช่วยเหลือแพทย์ให้สั่งใช้ยาได้ถูกต้อง ดังนั้นการคัดลอกรายการประวัติยาเดิมของผู้ป่วยด้วยมือจึงพบปัญหา MEs มากกว่าการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำหรับ MEs ที่พบในงานวิจัยนี้ พบระดับความรุนแรงของ MEs ในขั้นตอน Admission และขั้นตอนก่อน Discharge คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่พบความรุนแรงของ

MEs ส่วนใหญ่ในระดับ B และ C ได้แก่ การศึกษาของ Nuntasena (2021); Tungsakul (2021); Urban et al. (2014); Zonia et al. (2012) แต่พบว่า การศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศบางการศึกษามีความรุนแรงของ MEs ไปถึงระดับ D ซึ่งเป็นความรุนแรงที่ถึงตัวผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของ Abdulghani et al. (2018); Chanatepaporn et al. (2014); Karaoui et al. (2019); Saithai and Wongpoowarak (2013)

งานวิจัยนี้พบ MEs ในกรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 22.16) ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าของ Wongyai (2022) พบว่า จากการทำ MR ทั้งหมด 410 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับยาจากสถานพยาบาลอื่นที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฝ้าไร่ ที่มีรายการยาที่อยู่นอกกรอบบัญชียาโรงพยาบาลจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 30.48 ซึ่งเป็น MEs ที่พบมากที่สุดเหมือนกันกับงานวิจัยนี้ แต่การศึกษาอื่นก่อนหน้า ได้แก่ การศึกษาของ Tungsakul (2021); Saithai and Wongpoowarak (2013); Pattanajak and Rachada, (2023); Chanatepaporn et al. (2014); Yuttachamnan (2014); Chatwiriyawong and Tulapunt (2018) พบว่า MEs ส่วนใหญ่ที่พบ คือ Omission Error เนื่องจากแพทย์ไม่ได้สั่งรายการยาเดิมของผู้ป่วย เป็นไปได้ว่า ความตระหนักขององค์กรแพทย์ที่แตกต่างกัน จึงมีผลให้เมื่อแพทย์รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งจากผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอสุไหงโก-ลก หรือรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น แพทย์จึงสั่งใช้ยาเดิม หรือสั่งใช้ยาตามประวัติเดิมของผู้ป่วยทันที และเมื่อพิจารณาการแทรกแซง MEs ที่พบโดยเภสัชกรของงานวิจัยนี้ พบว่า แพทย์ให้การยอมรับคำปรึกษา ข้อเสนอแนะและปรับเปลี่ยนการสั่งใช้ยา ร้อยละ 100 เนื่องจากการได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีระหว่างแพทย์ทั้งแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์เฉพาะทาง และการยอมรับในศักยภาพของเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน ถึงแม้ว่าเภสัชกรพบ MEs จำนวนมาก เมื่อเภสัชกรแทรกแซงหรือจัดการปัญหา MEs แพทย์ให้การยอมรับฟังความคิดเห็น ปรับเปลี่ยน หรือค้นหาวิธีแก้ไขร่วมกับเภสัชกร จึงทำให้ความรุนแรงของ MEs ที่พบสูงสุดอยู่ในระดับ C

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับ ประเภทและระดับความรุนแรงของ MEs พบว่า การทำ MR มีความสัมพันธ์กับจำนวน MEs ที่พบความรุนแรงในระดับต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการทำ MR เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประเภทของ MEs กรณีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน หรือสั่งใช้ยาเดิมที่มีการสั่งหยุดใช้ไปแล้ว โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น (commission error) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.042) ในขณะที่ประเภทของ MEs อื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการทำ MR จากการทบทวนการศึกษาก่อนหน้า ผู้วิจัยยังไม่พบในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำ MR กับ ประเภทและระดับความรุนแรงของ MEs หรืองานวิจัยอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ MEs กรณี commission error พบว่า MEs เกิดจากกรณีจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แพทย์ได้คัดลอกรายการยาที่ใช้ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลลง

ในรายการยากลับบ้าน ซึ่งรายการยาบางรายการสิ้นสุดการรักษา หรือไม่มีข้อบ่งใช้แล้ว เช่น ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ยาฆ่าเชื้อไวรัส เมื่อเภสัชกรพบ จึงแทรกแซงปัญหา เพื่อให้แพทย์ทบทวน และพิจารณายกเลิกการสั่งใช้รายการยาดังกล่าว

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และ MR Form ทำให้มีข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาจากตัวผู้ป่วยบางปัญหาที่เภสัชกรค้นพบ แต่ไม่ได้บันทึกไว้ เช่น การใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคหอบหืดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการใช้ยาเทคนิคพิเศษ โดยเภสัชกรได้ประเมินเทคนิคและขั้นตอนการพ่น หากผู้ป่วยใช้ไม่ถูกต้อง เภสัชกรจะให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ และกรณีที่ผู้ป่วยมียาเดิมเหลือ เภสัชกรจะพิจารณายา รวบรวม แล้วแจ้งแพทย์ เพื่อลดจำนวนยาที่แพทย์สั่งในขั้นตอน Discharge ซึ่งสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายเรื่องยาให้กับโรงพยาบาล แต่เนื่องจากไม่มีบันทึกข้อมูล จึงไม่มีข้อมูลแสดงในการศึกษานี้ และในปัจจุบันการดำเนินการทำ MR ยังขาดการร่วมมือจากสหวิชาชีพ ในการค้นหาประวัติยาเดิมผู้ป่วย หรือความตระหนักในการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง

สรุป

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การทำ MR สามารถป้องกันการเกิดและลดระดับความรุนแรงของ MEs ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยได้ ทำให้การสั่งใช้ยาของแพทย์มีความถูกต้อง และเหมาะสม ลดการเกิด MEs จากขั้นตอนการสั่งใช้ยา (Prescribing error) กระบวนการทำ MR ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ส่วนใหญ่มาจากเภสัชกรเป็นหลัก แสดงให้เห็นถึงภาระงานของเภสัชกร ที่ทำหน้าที่ประสานรายการยากับสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องของการรักษา และสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการศึกษานี้เสนอต่อคณะกรรมการระบบยา และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก เพื่อขอเภสัชกรสำหรับดำเนินงานการทำ MR ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล และกำหนดแนวทางปฏิบัติงานของสหวิชาชีพ และประยุกต์ MR Form ให้สามารถใช้แทนใบสั่งยา (Doctor's order) โดยสามารถพิมพ์ได้จากโปรแกรม HosxP เพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกการสั่งใช้ยา ลดโอกาสการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากนี้ปรับปรุงกระบวนการทำ MR ของ

โรงพยาบาล โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากเป็นองค์ประกอบจำเป็นในการส่งเสริมประสิทธิภาพของการทำ MR เช่น ขอให้ผู้ป่วยหรือญาตินำยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำมาโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อที่เภสัชกรจะได้นำไปแจ้งกับแพทย์เพื่อจัดการรักษาให้เหมาะสม และให้ข้อมูลว่ายาเหล่านั้นจะสามารถใช้ต่อไปได้หรือไม่ หรือยานั้นจะเกิดปฏิกิริยาเคมีกับยาที่จะได้รับใหม่ หรือจำเป็นจะต้องหยุดยาหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การทำ MR เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการลด MEs ที่อาจนำไปสู่อันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การทำ MR เพื่อให้ได้ประวัติยาครบถ้วนและสมบูรณ์ ต้องอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ดังนั้น การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการทำ MR ของแต่ละวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล นำไปสู่การทำวิจัยในอนาคต เพื่อสร้างกลยุทธ์หรือแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการทำ MR ในโรงพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ

รายการอ้างอิง (References)

Abdulghani, K.H., Aseeri, M.A., Mahmoud, A., & Abulezz, R. (2018). The Impact of Pharmacist-led Medication Reconciliation during Admission at Tertiary Care Hospital. *International Journal of Clinical Pharmacy*, *40*(1), 196 - 201. https://doi.org/10.1007/s11096-017-0568-6

Chanatepaporn, P., Anutchatchaval, S., & Nakornratanachai, P. (2014). Development of Medication Reconciliation at Female-Medicine Ward in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medical Journal, 29*(3), 276 - 282. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/19853

Chatwiriyawong, C., & Tulapunt, S. (2018). Effect of Medication Reconciliation in Medicine Ward at Sawanpracharak Hospital. *Sawanpracharak Medical Journal, 15*(3), 95 - 102. https://thaidj.org/index.php/smj/article/ view/6071

Hemajula, A., Suantong, C. (2016, December 1). *Synchronization of Medication Lists Medication Reconciliation: Another Measure to Increase Safety in the Drug System*. Center for Continuing Pharmacy Education. https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article _detail&id=174

Karaoui, L.R., Chamoun, N., Fakhir, J., Ghanem, W.A., Droubi, S., Marzouk, A.R.D., Droubi, N., Masri, H., & Ramia, E. (2019). Impact of Pharmacy-led Medication Reconciliation on Admission to Internal Medicine Service: Experience in Two Tertiary Care Teaching Hospitals. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 1 - 9. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4323-7

Ningsanon, T. (2008) . Medication Reconciliation. In T. Ningsanon T, P. Montakantikul P, & S. Chulavatnatol S (Eds.), *Medication Reconciliation* (pp. 2 – 26). Prachachon.

Nuntasena, K. (2021) . The Study of Medication Error, Cost Savings and Cost Avoidance of Medication Reconciliation at Inpatient Department, Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, *3*(1) , 21 - 37. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/247784

Pattanajak, C., & Rachada, P. (2023). Effect of Medication Reconciliation at Female Medical Ward of One General Hospital. *Thai Journal of Hospital Pharmacy, 33*(3), 298 - 307. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/263797

Piriyachananusorn, N., Chalortham N., & Kitikannakorn, N. (2023). Improvement and Evaluation of Medication Reconciliation at Orthopedic Wards in a Regional Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice, 15*(3) , 750 – 7 65. https://he0 1 . tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/ view/258011/174857

Saithai, S., & Wongpoowarak, P. (2 013) . Outcomes of Medication Reconciliation at the Female Medical Ward in a General Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice, 5*(1) , 2 - 15. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/169315

Supachutikul, A., Limpanyalert, P., & Madsathan, W. (2022). *Hospital and Healthcare Standard* (5th ed.). Healthcare Accreditation Institute.

Tewthanom, K., & Thananonniwas, S. (2009). Medication Error and Prevention Guide for Patient's Safety. *Veridian E-Journal*, *2*(1), 195 - 217. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/6937

Tungsakul, U. (2021). Evaluation of the Efficiency of the Medication Reconciliation System in Non-Communicable Disease Patients Admitted to the Inpatient Ward at Dan Chang Hospital. *Journal of Government Pharmaceutical Organization*, *47*(4), 15-17. https://www.gpo.or.th/uploads/file/202110/013be12bfb4480dad4e5f00f4bf70e9f.pdf

Urban, R., Armitage, G., Morgan, J., Marshall, K., Blenkinsopp, A., & Scally, A. (2014). Custom and Practice: A Multi-center Study of Medicines Reconciliation following Admission in Four Acute Hospitals in the UK. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *10*(2), 355 - 368. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.06.009

Wongyai, S. (2022). Analysis of Medication Errors from Medication History Recording of Inpatient in the Development of Medication Reconciliation System in Fao Rai Hospital, Nong Khai Province. *Journal of Nongkhai Hospital, 1*(1), 1-21. https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/18.pdf

Yuttachamnan, T. (2014). The Effects of Medication Reconciliation Process in the In-Patient with Chronic Disease. *Chaiyaphum Medical Journal*, *34*(3), 26 - 36. https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/download/7385/6776/10167

Zonia, A.C., García, M.E.D., Muñoz, A.B.J., Pérez, R.S., Martin, P., & Alonso, A.H. (2012). The Impact of Medication Reconciliation Program at Admission in an Internal Medicine Department. *European Journal of Internal Medicine*, *23*(8), 696 - 700. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.08.013

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต

Analysis of Legal Factors Related to Drug Security in Thailand: Scoping Review

ปรุฬห์ รุจนธำรงค์[1*], ชะอรสิน สุขศรีวงศ์[1*], วิชช์ เกษมทรัพย์[2],
วศิน พิพัฒนฉัตร[3], วินิต อัศวกิจวิรี[4], กรรณิการ์ กิจติเวชกุล[5]
Parun Rutjanathamrong[1*], Chaoncin Sooksriwong[1*], Vijj Kasemsap[2],
Vasin Pipattanachat[3], Vinit Usavakidviree[4], Kannikar Kijtiwatchakul[5]

(Received: September 21, 2024; Revised: December 27, 2024; Accepted: January 10, 2024)

บทคัดย่อ

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมีความเชื่อมโยงกับความมั่นคงด้านยา ซึ่งในการศึกษานี้หมายถึง “การมียาจำเป็นใช้” สำหรับสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน การศึกษานี้เป็นงานวิจัยทุติยภูมิ ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต เพื่อรวบรวมข้อมูลปัจจัยทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับความมั่นคงด้านยาในประเทศไทยตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 จนถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 จากฐานข้อมูลวิชาการ และประเมินโดยใช้ PRISMA-Scr Flow diagram ร่วมกับการค้นหาความตระหนักในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาผ่านฐานข้อมูลข่าว Newscenter X เพื่อวิเคราะห์อุปสรรคด้านกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านยาในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน และสืบค้นจากฐานข้อมูลกฎหมายเพื่อค้นหาว่ามีกฎหมายใดที่นำมาใช้จัดการปัญหาที่กระทบต่อความมั่นคงด้านยา การศึกษานี้พบว่า ปัญหาหลักที่ส่งผลต่อความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย

[1] คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[1] Faculty of Pharmacy, Thammasat University

[2] คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[3] หน่วยวิชาการเครือข่ายนักสาธารณสุขจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ

[3] Public Health Network for Health Risks Management

[4] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

[4] Food and Drug Administration, Ministry of Public Health

[5] กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน

[5] FTA watch

*Corresponding author: chaoncin@tu.ac.th

ประกอบด้วยการพึ่งพาการนำเข้าวัตถุดิบทางยา การจัดการห่วงโซ่อุปทานยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความซับซ้อนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตร การแข่งขันทางการค้า และการค้าระหว่างประเทศ ได้ขัดขวางการผลิตและการเข้าถึงยาชื่อสามัญ นอกจากนี้ ระบบการจัดซื้อและจัดหายาในสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้ทันเวลา ระบบกฎหมายในประเทศต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านยา ข้อเสนอแนะหลักในการศึกษานี้ คือ การพัฒนากรอบกฎหมายใหม่เพื่อสนับสนุนการผลิตยาในประเทศ การปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดจ้างให้มีประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นและรวดเร็ว รวมถึงการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรในกรณีจำเป็นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาราคาเหมาะสมสำหรับประชาชน

คำสำคัญ: กรอบกฎหมาย, การเข้าถึงยา, ความมั่นคงด้านยา, สถานการณ์ฉุกเฉิน, ห่วงโซ่อุปทานยา

Abstract

The United Nations Sustainable Development Goals (SDGs) related to health and well-being are closely connected to drug security, which in this study refers to “available when in need” for both normal and emergencies. This study was secondary research, employing a scoping review methodology to gather data on the legal factors affecting drug security issues in Thailand from January 1, 2000 to August 31, 2024. The data was gathered from academic databases and evaluated using the PRISMA-Scr Flow Diagram, alongside an exploration of legal awareness related to drug security through the Newscenter X news database. This study identified that the main issues affecting drug security in Thailand include reliance on imported pharmaceutical raw materials, inefficient management of the drug supply chain, the complexity of laws related to patents, trade competition, and international trade, which obstruct the production and access to generic drugs. Additionally, the system for procuring and supplying medicines during emergencies has proven inadequate in meeting demand promptly. Existing laws and measures require improvement to ensure drug security. The key recommendations from this study include the development of a new legal framework to support domestic drug production, procurement systems efficiency for greater flexibility and speed, and implementing compulsory licenses under patent laws when necessary to enhance access to affordable medicines for the people.

Keywords: Access to medicine, Drug security, Drug supply chain, Emergency, Legal framework

บทนำ

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ของสหประชาชาติ โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 ซึ่งกล่าวถึงเรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being) มีสิ่งที่เชื่อมโยงกับความมั่นคงด้านยา โดยเฉพาะในเป้าหมาย 3.8 ที่กล่าวถึงการเข้าถึงยาและวัคซีนที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ และเป้าหมายย่อย 3.b ซึ่งมีเป้าหมายสนับสนุนการวิจัยและพัฒนายาใหม่เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยาในประเทศกำลังพัฒนา ตลอดจนสามารถใช้ปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์และสาธารณสุขเพื่อปกป้องสุขภาพสาธารณะโดยเฉพาะการเข้าถึงยา ดังนั้นการพัฒนาระบบยาของประเทศให้เกิดความมั่นคงด้านยา จึงเป็นหลักประกันได้ว่าประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่มีคุณภาพได้โดยไม่ประสบปัญหาขาดแคลนยา (United Nations Thailand, 2024)

ความจำเป็นในการสร้างความมั่นคงด้านยา เพื่อทำให้ประเทศมียาจำเป็นใช้ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน ซึ่งในที่นี้ คือ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2022) ซึ่งเป็นสาธารณภัยที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนและเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยต้องเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ คือ 1) ทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรง 2) เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่เคยพบมาก่อน 3) มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่พื้นที่อื่น และ 4) ต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า

การสร้างความมั่นคงด้านยาช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยและกระจายอย่างทั่วถึง สามารถผลิตและจัดซื้อจัดหายาได้ทันต่อความจำเป็นในการใช้ยา การสร้างความมั่นคงด้านยาช่วยให้อุตสาหกรรมภายในประเทศอยู่รอดได้ ลดการพึ่งพิงจากต่างประเทศ ทำให้เกิดการวิจัยและพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขภายในประเทศ (Koçkaya et al., 2021; Sarnola et al., 2018)

แผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาระบบยาของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) (National Drug Policy Development Committee, 2023) มีกล่าวถึงประเทศมีความมั่นคงด้านยา และในเอกสารนี้ ได้ให้ความหมาย “มั่นคงด้านยา” หมายถึง อุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศมีศักยภาพ แข่งขันในระดับสากลได้ และประชากรไทยมียาจำเป็นเพียงพอกับความต้องการ (availability) มีเสถียรภาพ (stability) สามารถเข้าถึงได้ (accessibility) สอดคล้องกับความสามารถในการจ่าย (affordability) โดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญ คือ 1) ประเทศมีความมั่นคงด้านยา มียาจำเป็นไว้ใช้อย่างต่อเนื่องและทันท่วงที มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน 2) อุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศมีขีดความสามารถในการแข่งขันในระดับสากล 3) ประชาชนมีความปลอดภัยเมื่อใช้ยาและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี 4) ระบบยามีการจัดการบนพื้นฐานของสารสนเทศอย่างมีธรรมาภิบาล

มุมมองปัจจัยทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาต้องพิจารณาทั้งระบบของห่วงโซ่อุปทานยา เนื่องจากบางสถานการณ์มีความเชื่อมโยงหลายประเด็นและเชื่อมโยงกฎหมายหลายฉบับ ซึ่งกฎหมายแต่ละฉบับมีวัตถุประสงค์ของการกำกับดูแลที่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้กลไกการทำงานของกฎหมายที่นำมาใช้เพื่อจัดการปัญหาความมั่นคงด้านยามีความแยกส่วนและไม่ประสานกัน จำเป็นต้องศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาความมั่นคงด้านยาและสถานการณ์ของกฎหมายในขณะนั้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากรอบกฎหมายเพื่อสนับสนุนความมั่นคงด้านยาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์อุปสรรคสำคัญด้านกฎหมายต่อความมั่นคงด้านยาทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยทุติยภูมิ (secondary research) เพื่อค้นหาปัญหาความมั่นคงด้านยา ซึ่งศึกษาสถานการณ์และอุปสรรคสำคัญ (major obstacle) โดยเปรียบเทียบกับกฎหมายที่มีอยู่ในขณะนั้น เพื่อค้นหาข้อเสนอเกี่ยวกับกฎหมายที่อาจช่วยปิดช่องว่างที่ทำให้เกิดปัญหาความมั่นคงด้านยา ซึ่งมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงใน Figure 1 ดังนี้

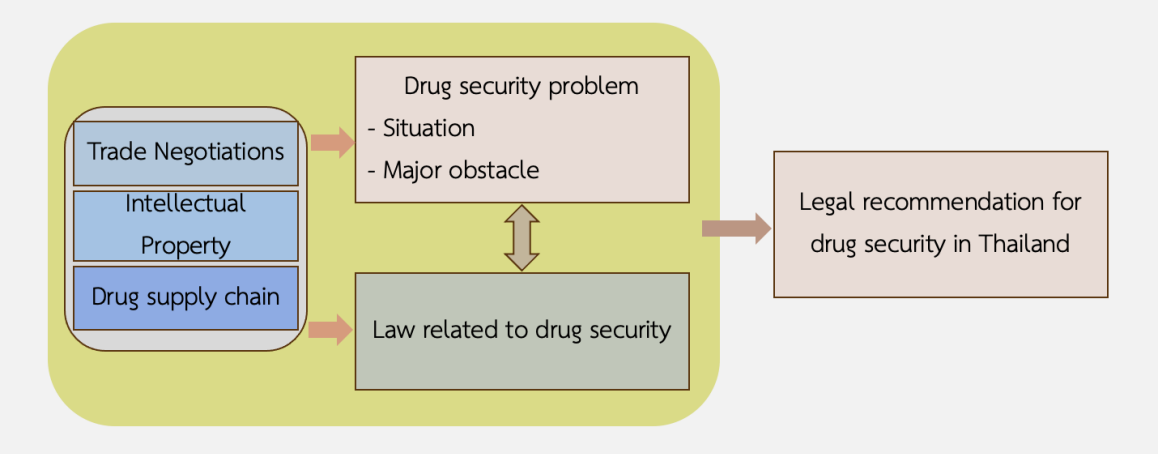


Figure 1 Research conceptual framework

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เอกสารและข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาความมั่นคงด้านยาของประเทศไทย ที่มีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกเอกสารที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรง

เกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) บทความวิจัย เอกสารกฎหมายหรือข่าวที่เกี่ยวข้องกับยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาความมั่นคงด้านยา การบังคับใช้กฎหมายและทิศทางของกฎหมายเกี่ยวกับความมั่นคงด้านยาของประเทศไทย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) เอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร วัคซีน (เนื่องจากวัคซีนมีพระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561) ยาเสพติดหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ใช้ทางการแพทย์ การทดลองหรือวิจัยทางห้องปฏิบัติการหรือทางคลินิก การใช้ยาในทางที่ผิด กระบวนการผลิตยา การประชาสัมพันธ์องค์กร โดยไม่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือกฎระเบียบเกี่ยวกับความมั่นคงด้านยา

กระบวนการคัดเลือกบทความวิจัยหรือเอกสาร

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาความมั่นคงด้านยาและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบยาใน 3 ลักษณะ คือ 1) บทความวิจัย เพื่อค้นหาภาพรวมการวิจัยในปัจจัยทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย ใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขตของ PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist (Tricco et al., 2018) และรายงานผลการศึกษาตามแนวทางการตรวจสอบรายการของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานที่เพิ่มขยายเป็นการทบทวนขอบเขตงานวิจัย (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis Extension for Scoping Review: PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018) 2) การค้นหาความตระหนักในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาผ่านฐานข้อมูลข่าว และ 3) การค้นหาข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาว่ามีกฎหมายใดที่กล่าวถึงความมั่นคงด้านยา หรือนำมาใช้จัดการปัญหาที่กระทบต่อความมั่นคงด้านยา หรือมีการแก้ไขกฎหมายเพื่อจัดการปัญหาความมั่นคงด้านยา โดยการรวบรวมเอกสารใน (2) และ (3) ใช้แนวทางสำหรับ ‘grey shaded’ scoping review (Manietta et al., 2022)

ภายหลังจากการสืบค้นบทความวิจัย ผู้วิจัย 2 คน อ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกบทความวิจัยหรือเอกสาร เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันหรือไม่แน่ใจ จึงขอ

คำปรึกษาจากผู้วิจัยอาวุโส (VK, VP, VU, และ KK) เพื่อตัดสินใจร่วมกัน เป็นการป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้น

กระบวนการสกัดข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสกัดข้อมูลโดยจับคู่อ่านบทความ และบันทึกผลการสกัดข้อมูลในตารางบันทึกผลการสกัดข้อมูลผู้วิจัยอาวุโส (VK, VP, VU, และ KK) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่สกัด หากมีข้อสงสัยหรือความเห็นไม่ตรงกันใช้การปรึกษาหารือและหาข้อสรุปร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้ CASP checklist สำหรับประเมินคุณภาพของเอกสารสำหรับบทความวิจัยแต่ละรูปแบบ (CASP-UK, 2024) ส่วนข่าวและข้อมูลกฎหมาย ใช้แนวทาง ‘grey shaded’ scoping review ของ Manietta et al. (2022) และใช้ตารางสกัดข้อมูลจากเอกสารที่รวบรวมได้ในการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามหลักการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในคู่มือวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพของ (Miles et al., 2014)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขตสำหรับสถานการณ์ความมั่นคงด้านยา ไม่ต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการศึกษาจากเอกสารบทความวิจัย เอกสารกฎหมาย และข่าวสถานการณ์ปัญหาความมั่นคงด้านยาที่มีการเผยแพร่เป็นสาธารณะที่ไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคำนึงถึงหลักการของการวิจัยเพื่อคงไว้ซึ่งความถูกต้องด้านวิชาการ (scientific integrity) ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เอกสารจากฐานข้อมูลวิชาการ ซึ่งค้นหาจากฐานข้อมูลวิชาการของประเทศไทยและต่างประเทศ ในรอบ 25 ปีที่ผ่านมาของไทย ซึ่งเผยแพร่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยฐานข้อมูลไทยใช้ภาษาไทยในการสืบค้น ซึ่งใช้คำค้นที่ใช้ในการค้นหา (Search term) ดังแสดงใน Table 1

Table 1 Database and search term

Database	Search term
Thai Journal Online (ThaiJO)	Drug security (ความมั่นคงด้านยา, ความมั่นคงทางยา), Drug shortage (ยาขาดคราว), Drug insufficient (ยาขาดแคลน), Drug supply chain (ห่วงโซ่อุปทานยา), Drug access (เข้าถึงยา)
Research data center of the National Research Council of Thailand (NRCT)	Drug security (ความมั่นคงด้านยา, ความมั่นคงทางยา), Drug shortage (ยาขาดคราว), Drug insufficient (ยาขาดแคลน), Drug supply chain (ห่วงโซ่อุปทานยา), Drug access (เข้าถึงยา)
Knowledge Bank of the Health Systems Research Institute (HSRI)	Drug security (ความมั่นคงด้านยา, ความมั่นคงทางยา), Drug shortage (ยาขาดคราว), Drug insufficient (ยาขาดแคลน), Drug supply chain (ห่วงโซ่อุปทานยา), Drug access (เข้าถึงยา)
ThaiLIS Digital Collection	Drug security (ความมั่นคงด้านยา, ความมั่นคงทางยา), Drug access (เข้าถึงยา)
Thai National Research Repository (TNRR)	Drug security (ความมั่นคงด้านยา, ความมั่นคงทางยา), Drug Shortage (ยาขาดคราว), Drug insufficient (ยาขาดแคลน), Drug supply chain (ห่วงโซ่อุปทานยา), Drug access (เข้าถึงยา)
Scopus	(drug OR medicine) AND (security OR shortage OR access OR trade OR "intellectual property" OR "supply chain") AND Thailand
OVID	(drug OR medicine) AND (security OR shortage OR access OR trade OR "intellectual property" OR "supply chain") AND Thailand (search from title and abstract
ProQuest	title((drug OR medicine) AND (security OR shortage OR access OR trade OR "intellectual property" OR "supply chain")) AND Thailand
Pubmed	(drug[Title/Abstract] OR medicine[Title/Abstract]) AND (security[Title/Abstract] OR shortage[Title/Abstract] OR access[Title/Abstract] OR trade[Title/Abstract] OR "intellectual property"[Title/Abstract] OR "supply chain"[Title/Abstract]) AND Thailand[Title/Abstract]

2. เอกสารที่ไม่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลวิชาการ (Grey literature)

2.1 ฐานข้อมูลข่าว Newscenter X โดยเลือกข่าวในรูปเอกสารสิ่งพิมพ์ ไม่เลือกข่าวที่เผยแพร่ทางสื่อออนไลน์เนื่องจากบางข่าวไม่สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ โดยเลือกเอกสารซึ่งเผยแพร่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เนื่องจากข้อจำกัดของฐานข้อมูลซึ่งไม่

สามารถใช้สัญลักษณ์พิเศษในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหา (Boolean operator) จึงใช้คำค้นหา คือ “มั่นคงด้านยา” “มั่นคงทางยา” “ยาขาดแคลน” “ขาดแคลนยา” “สำรองยา” เพื่อค้นหาประเด็นข่าวที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยา

2.2 ค้นหาข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยค้นหาข้อมูลด้วยมือจากเว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา ฐานข้อมูลมติคณะรัฐมนตรี เว็บไซต์หน่วยงานของภาครัฐ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมทรัพย์สินทางปัญญา ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สกัดได้จากเอกสารวิชาการและข่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามหลักการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในคู่มือวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพของ Miles et al. (2014) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความมั่นคงด้านยา และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ทรัพย์สินทางปัญญา การจัดการห่วงโซ่อุปทานยาในด้านการคัดเลือกยา (drug selection) การจัดหายา (drug procurement) การกระจายยา (drug distribution) และการใช้ยา (drug use) ในประเด็นการบังคับใช้กฎหมาย และข้อค้นพบช่องว่างของกฎหมาย

ผลการวิจัย

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย

1.1 การศึกษาจากเอกสารจากฐานข้อมูลวิชาการ

เมื่อค้นหาด้วยคำสำคัญที่ใช้ในการค้นหา ปรากฏเอกสารจำนวน 2,449 รายการ จากนั้นคัดกรองจากชื่อและบทคัดย่อ นำเข้าสู่การพิจารณาเนื้อหา จนได้เอกสารนำเข้าสู่การสังเคราะห์เนื้อหา จำนวน 51 รายการ ดังแสดงใน Figure 2 ดังนี้

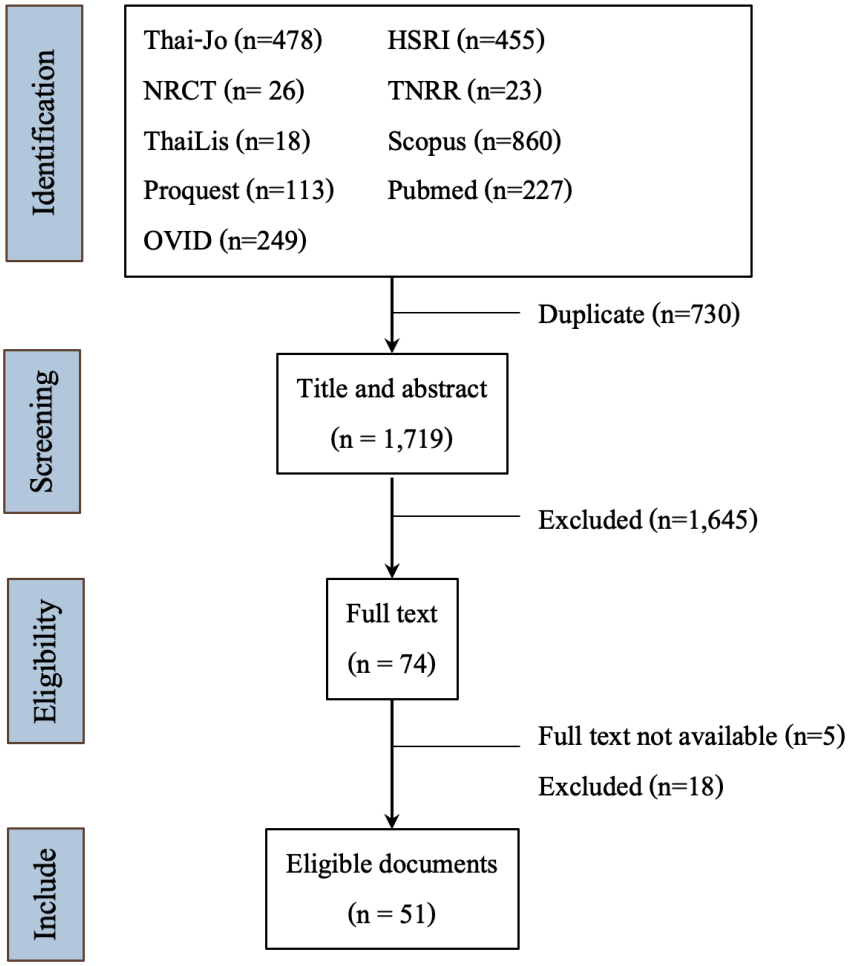


Figure 2 PRISMA-Scr Flow diagram

เอกสารวิชาการที่ศึกษาความมั่นคงด้านยาที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เป็นเรื่องกฎหมายสิทธิบัตร ซึ่งกล่าวถึงมาตรการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (compulsory licensing) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา ตลอดจนความสมเหตุผลในการใช้มาตรการดังกล่าว จำนวน 29 บทความ ข้อตกลงทางการค้าที่มีข้อเจรจาให้ยอมรับการคุ้มครองสิทธิบัตรที่มากกว่าข้อตกลงทริปส์ จำนวน 4 บทความ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องข้อตกลงทางการค้านี้มักเชื่อมโยงกับกฎหมายสิทธิบัตร นอกจากนี้พบการศึกษาที่กล่าวถึงการจัดหายาและการบริหารจัดการด้านยา จำนวน 17 บทความ ซึ่งเป็นการจัดหายาในสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อและการนำยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ ส่วนอีก 1 บทความ เป็นเรื่องปัญหาราคายากับการจัดหายา ประเด็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ เช่น ข้อตกลงการค้าเสรีส่งผลกระทบด้านลดการเข้าถึงยาของคนไทย เกิดการขยายอายุสิทธิบัตร ทำให้การบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยากขึ้น การผูกขาดข้อมูลทางยา ส่งผลให้ชะลอการขึ้นทะเบียนตำรับยาชื่อสามัญ และนอกจากนี้มีผลต่อมาตรการชายแดนซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงถูกยึดยาที่อยู่ระหว่างการขนส่ง

2. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา ข้อตกลงทางการค้าส่งผลให้ต้องแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 เพื่อให้สอดคล้องกับข้อตกลงดังกล่าว การบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรของไทยได้ใช้เพื่อครอบคลุมปัญหาด้านสาธารณสุข

3. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับห่วงโซ่อุปทานยา เป็นเรื่องการจัดซื้อจัดหายา มีกฎหมายที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ต้องเพิ่มความยืดหยุ่นในการจัดซื้อจัดหายา การสำรองยา ปรับขอบเขตการผูกขาดขององค์การเภสัชกรรมและหน่วยงานของรัฐ การควบคุมราคายาช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ แต่การควบคุมราคาที่มากเกินไปอาจไม่มีผู้ขายยาให้

1.2 เอกสารที่ไม่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลวิชาการ (Grey literature)

1.2.1 การศึกษาประเด็นจากข่าว

การศึกษาจากข่าวเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตื่นตัวของกลุ่มคนหรือประชาชนในสังคม หรือเป็นประเด็นที่หน่วยงานทั้งภาครัฐหรือภาคเอกชน ต้องการให้ข้อมูล ชี้แจง รายงานความคืบหน้ากรณีต่าง ๆ จึงทำให้ค้นพบประเด็นความมั่นคงด้านยาที่ทีความหลากหลายกว่าสิ่งที่ปรากฏในเอกสารวิชาการ ประเด็นที่สกัดได้จากข่าวจะเป็นสถานการณ์ปัญหายาหรือวิธีการจัดการปัญหา เช่น ปัญหายาขาดแคลนในกรณีเกิดโรคระบาดซึ่งทำให้มีการปริมาณการใช้ยาสูงกว่าปกติ ปัญหาการเกิดภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม แม้ว่าจะเกิดปัญหาน้ำท่วมบ่อยครั้ง ก็พบปัญหาการขาดแคลนยาสำหรับโรคน้ำกัดเท้าเป็นประจำ ปัญหาการจัดหายาไม่ทันขององค์การเภสัชกรรมหรือหน่วยงานของรัฐอาจเนื่องมาจากการได้รับการผูกขาดหรือการเป็นผู้ได้รับมอบหมายภารกิจให้จัดหายาเพียงรายเดียว เมื่อไม่สามารถจัดหายาได้ทันต่อการใช้จึงทำให้เกิดปัญหายาขาดแคลนได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการสำรองยาที่จำเป็นต้องใช้ดังแสดงใน Figure 3 และสามารถวิเคราะห์แก่นสาระของข่าวดังแสดงใน Figure 4

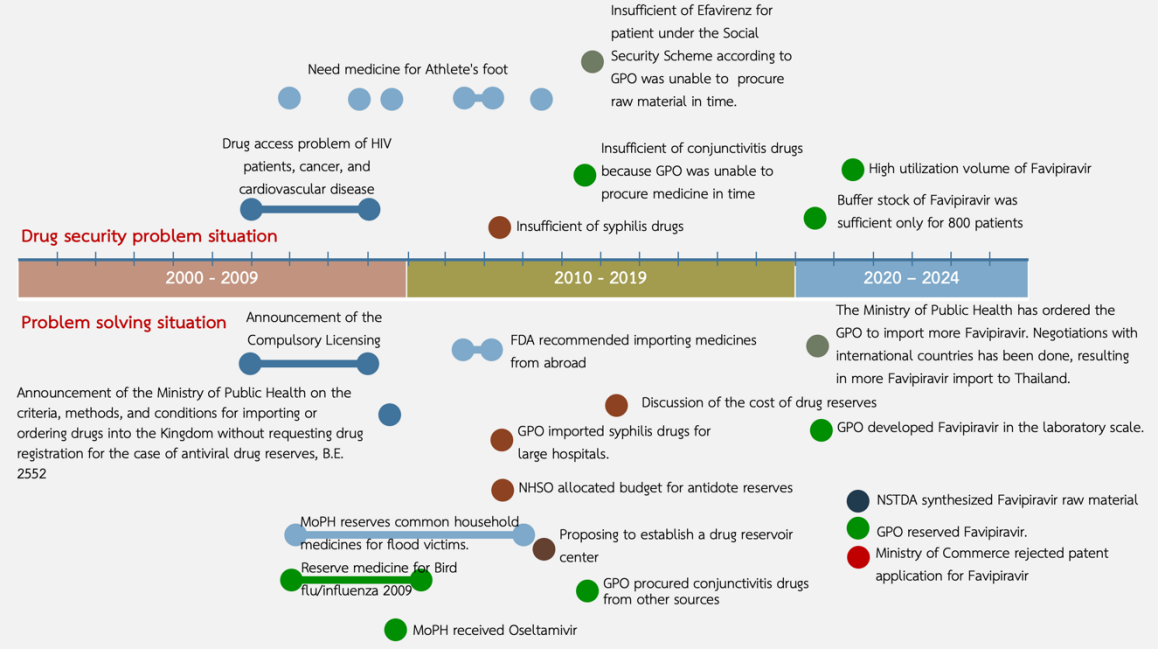


Figure 3 Drug security problem situation and problem solving situation extracted from news

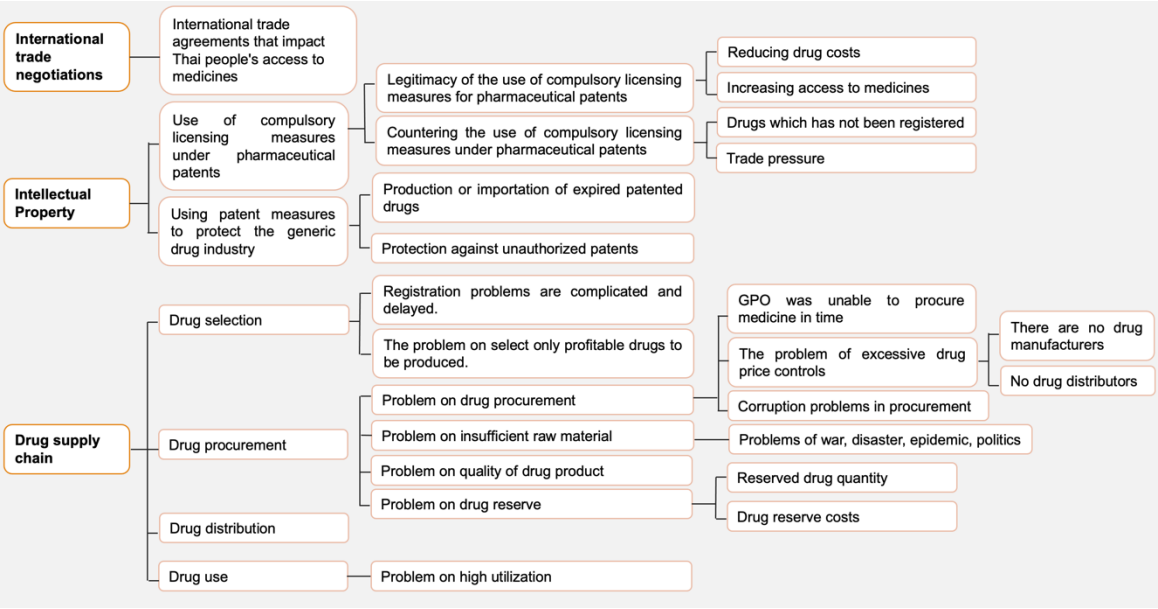


Figure 4 Thematic of news related to drug security

1.2.2 การศึกษาประเด็นกฎหมาย

ในกรอบระยะเวลาที่ศึกษา พบมุมมองความมั่นคงด้านยาในนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. 2566 - 2570) ซึ่งกล่าวถึงเป้าหมายความมั่นคงด้านยาในภาวะฉุกเฉินโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ ซึ่งมีตัวชี้วัด คือ มูลค่าการสนับสนุนการผลิตยาและอุตสาหกรรม

ทางการแพทย์ภายในประเทศ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี และการจัดทำข้อมูลห่วงโซ่อุปทานของการผลิตยาและอุตสาหกรรมทางการแพทย์ (Resource Mapping) ที่ใช้ในภาวะฉุกเฉินเป็นประจำทุก 2 ปี (National Drug Policy Development Coomittee, 2023) ส่วนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กล่าวถึงความตกลง CPTPP ว่ามีผลกระทบต่อการเข้าถึงยาของประเทศไทย แต่ไม่พบการวางมาตรการหรือตัวชี้วัดในเรื่องดังกล่าว (National Health Notification on the statute on national health system No.3, 2023) และมีรายงานระบบยาของประเทศไทย 2563 ซึ่งให้มุมมองเกี่ยวกับนโยบายแห่งชาติด้านยา กฎหมายที่เกี่ยวกับยา ตลอดจนประเด็นอื่นที่เกี่ยวกับระบบยา เช่น การคัดเลือกยา การจัดหายา การเงินการคลังที่เกี่ยวกับยา (Committee of Thai Drug System Report, 2020)

กฎหมายอื่นซึ่งมีสาระสำคัญที่สนับสนุนความมั่นคงด้านยา ซึ่งจำแนกตามประเด็นสถานการณ์ดังนี้

1. ข้อตกลงทางการค้าที่มุ่งเน้นการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้านยา ซึ่งปัจจุบันมีพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมสามารถใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาเพื่อคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ

2. ยาที่มีสิทธิบัตรมีราคาแพง สามารถใช้มาตรการตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 ได้ แต่ยังไม่มีมาตรการควบคุมราคาที่เป็นรูปธรรม

3. การโต้ตอบมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาของภาคเอกชน โดยไม่นำยามาขึ้นทะเบียนในประเทศ สามารถใช้มาตรการตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เพื่อจัดหายาได้ แต่ไม่สามารถบังคับให้มาขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือลงโทษผู้ประกอบการที่ไม่นำยามาขึ้นทะเบียนตำรับยา อย่างไรก็ตามพบว่าไม่สามารถนำพระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 มาตรา 25(3) ซึ่งเป็นกฎหมายในขณะนั้น มาลงโทษได้ ในฐานะเป็นผู้ประกอบธุรกิจซึ่งมีอำนาจเหนือตลาดได้ระงับ ลดการจำหน่าย การนำเข้ามาในราชอาณาจักรโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร เพื่อลดปริมาณให้ต่ำกว่าความต้องการของตลาด (ปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2560 มาตรา 50(3))

4. การคุ้มครองอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญ โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้ละเมิดสิทธิบัตรยา ซึ่งผู้ประกอบการอาจไม่ทราบว่ามีรายการยาใดที่มีสิทธิบัตรบ้าง สามารถใช้มาตรการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เพื่อให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนตำรับยาแสดงเลขที่คำขอรับสิทธิบัตร ซึ่งยังคงต้องการระบบสารสนเทศที่สามารถสืบค้นข้อมูลสิทธิบัตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ระบบการรายงานการจัดซื้อยาและเภสัชเคมีภัณฑ์ สามารถใช้มาตรการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 สามารถใช้มาตรการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เพื่อให้มีรายงานจากผู้ประกอบการได้ แต่ปรากฏว่ารายงานที่ได้รับนั้นไม่ใช่ปริมาณยาที่มีอยู่จริงในขณะนั้น อีกทั้งการรายงานมุ่งเน้นรายการยาที่มีการนำไปใช้ในทางที่ผิดหรือยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือรายการยาที่มีแนวโน้มสร้างปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา

6. การอนุญาตสำหรับการผลิตหรือนำเข้าโดยไม่ต้องขึ้นทะเบียนตำรับยา สามารถใช้มาตรการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เพื่อช่วยในการจัดหายาได้ แต่ยังคงต้องการสนับสนุนการผลิตยาในกรณีสถานการณ์ฉุกเฉิน

7. การจัดซื้อยาในสถานการณ์โรคระบาด ประสบปัญหาไม่สามารถจัดซื้อยาได้ทัน เนื่องจากต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดในพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง จึงต้องใช้ช่องทางให้ได้รับการยกเว้นเป็นรายกรณี

8. การมีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว หากผู้จำหน่ายจัดหายาไม่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้ เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหายาขาดคราวหรือขาดแคลนได้ บางกรณีผู้จัดซื้อต้องตรวจสอบก่อนว่าในขณะนั้นมีผู้จำหน่ายจริงจำนวนเท่าใดในท้องตลาด

9. การกำหนดให้จัดซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม มีทั้งมุมมองการสนับสนุนความมั่นคงด้านยาและการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา แต่ในมุมมองของภาคอุตสาหกรรมยาในประเทศมีมุมมองว่าจะส่งผลกระทบต่อการผลิตยาในประเทศได้ เนื่องจากผู้ประกอบการไม่กล้าผลิตยาที่องค์การเภสัชกรรมมีจำหน่าย ซึ่งยังคงต้องการมาตรการรักษาความสมดุลระหว่างการแข่งขันทางการค้ากับการปกป้องค์การเภสัชกรรมในฐานะหน่วยงานที่มีพันธกิจสร้างความมั่นคงด้านยาของประเทศ

ประเด็นสถานการณ์ที่พบเมื่อเปรียบกับกฎหมายที่มีอยู่ในขณะนั้นและมาตรการใช้บังคับจริง ซึ่งสะท้อนให้เห็นช่องว่างของกฎหมายดังแสดงใน Table 2

Table 2 Gaps between drug security situation and measurement implementation in Thailand

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
1. Trade agreements focusing on protecting pharmaceutical intellectual property rights	More protection of intellectual property than TRIPS, including longer patent terms, more difficult compulsory licensing, protection of clinical trial data, and patent status of drugs and generic drug registration approvals (Ford et al., 2009; Townsend, 2021)	Patent Act B.E. 2522 and amendments	To implement the agreement, the law must be amended to support the trade agreement	-
2. Drugs are expensive due to drug patents 3. Response to compulsory patent licensing measures	Patients with HIV infection, cancer, or cardiovascular disease, need expensive patented drugs, but the health insurance fund does not cover the costs	1. Enforcement of patent rights under the Patent Act B.E. 2522, Section 51 2. The Price of Goods and Services Act B.E. 2542 (1999) provides authorization for drug price control	The announcement of the use of patent rights for drugs during 2006-2008, in which the list of drugs at that time was patented and expensive (Effingham, 2016; Le & Hyland, 2020)	1. Drugs are controlled goods, but there are no measures to control drug prices 2. The use of rights under any patent for any drug item is only possible if the drug has already been patented
	Pharmaceutical companies do not register drugs in response to compulsory licensing measures under drug	1. Enforcement of patent rights under the Patent Act B.E. 2522, Section 51 2. The importation of ministries, departments and agencies for the purpose of	No data available	1.There are no measures under the patent law or drug law in the event that there is no applicant for registration of a

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
	patents（Cawthorne et al., 2007)And the US government has also taken trade retaliatory measures (Kuek et al., 2011)	disease prevention or treatment, the Thai Red Cross Society and the Government Pharmaceutical Organization without having to obtain a license according to the Drug Act B.E. 2510 and its amendments, Section 13(5) and without having to register the drug formula according to Section 72, paragraph two		drug formula, such as the Compulsory Licensing 2.Trade Competition Act cannot be practically enforced.
4. Protecting the generic pharmaceutical industry	Drug manufacturers or importers want to have new drug items available for sale, but during the period of application for drug registration, the drug formula is under patent protection	1. Application for drug formula registration where the applicant will manufacture, distribute or import the drug product after the drug patent has expired can be made in accordance with the Patent Act B.E. 2522 and amendments, Section 36, paragraph two (4) 2. Applications for drug formula registration must show the patent or patent application number document as advertised in	1. The Department of Intellectual Property has an intellectual property information search system 2. The FDA has a drug registration search system	1. The patent or utility model search system cannot search for information before the patent application advertisement is published. There is no drug category, drug name or chemical structure in Thai language 2. The drug registration search system does not show any patent or

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
		accordance with the Drug Act B.E. 2510 and amendments, Section 80 (6/1)		copyright application number document information
5. Procurement of drugs or pharmaceutical ingredients	1. Dependence on imported pharmaceutical raw materials 2. If the raw material sources abroad experience production problems, it will affect the amount of medicines that can be used in the country	Reporting of pharmaceutical chemicals that are active ingredients or semi-finished pharmaceutical chemicals of licensees in accordance with the Ministerial Regulations on the duties of licensees regarding pharmaceutical chemicals that are active ingredients or semi-finished pharmaceutical chemicals containing active ingredients B.E. 2555 and the announcement of the FDA on the duties of licensees regarding pharmaceutical chemicals that are active ingredients or semi-finished pharmaceutical chemicals containing active ingredients	Specify the list of items that must be reported according to the announcement of the Food and Drug Administration on pharmaceutical chemicals and semi-finished pharmaceutical chemicals that must be reported to the Food and Drug Administration and No. 2	1. Knowing the actual amount of pharmaceutical chemicals or semi-finished pharmaceutical chemicals available at real-time 2. Reporting of pharmaceutical chemicals focuses on those with a high risk of developing drug resistance and those with a high risk of drug abuse
6. Production approval,	The approval process for manufacturing and	1. Importation of drugs without registration of drug	1. Establish a special fast track according	1. In cases where it is not a clinical trial to

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
importation	import is complex and time-consuming, affecting the procurement of pharmaceutical raw materials, drug procurement, and drug production in the country	formula according to the Drug Act B.E. 2510 and amendments, Section 79 bis (4) must be for research, analysis, exhibition or charity donation according to the Ministry of Public Health Announcement No. 14 (B.E. 2532) on criteria, methods and conditions for importing or ordering drugs into the Kingdom without registration of drug formula or for the reserve of antiviral drugs according to the Ministry of Public Health Announcement on criteria, methods and conditions for importing or ordering drugs into the Kingdom without registration of drug formula for the case of the reserve of antiviral drugs B.E. 2552 2. Ministries, departments and agencies responsible for disease prevention or treatment, the Thai Red Cross Society and the GPO	to the announcement of the Food and Drug Administration on requesting permission for clinical research drugs via a fast track dated 27 August 2018 2. Targeted drugs are prescribed according to the announcement of the Food and Drug Administration on the list of drugs which registration of drug formulas will be expedited in 2023 and exempted from the collection fee according to the announcement of the Food and Drug Administration on the list of drugs exempted from the collection fee in 2023 3. Only the list of drugs that are required to be	address an ongoing public health emergency, the fast track cannot be used 2. The results of the application for permission to manufacture, package, and import drugs in the case of drug shortages are only an expedited assessment 4. Need for measures to produce generic drugs in case of emergency situations

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
		can manufacture and import without having to obtain a license according to the Drug Act of 1967 and its amendments, Section 13(5), but must comply with the Ministerial Regulations according to Section 13, paragraph two and do not have to register drug formulas according to Section 72, paragraph two 3. Exemption for the cost of filing an application in the licensing process according to the Drug Act B.E. 2510 and its amendments, Section 11/2, paragraph three	produced domestically for drug security will be subject to a 50% fee collection rate, according to the announcement of the Food and Drug Administration on the list of drugs that are exempted from partial fee collection, B.E. 2564 4. The production of conditional human drugs in emergency situations must comply with the announcement of the Food and Drug Administration on the approval of conditional human drug products in emergency situations, dated 16 May 2023	
7. Procurement of medicines during epidemics	Unable to purchase medicines, medical supplies, and medical equipment in time for	Request for an exemption from compliance with ministerial regulations or rules to the Government	Urgent letter no. กค (กวจ) 0405.2/ว115 dated 27 March 2020, regarding	Exceptions must be considered on a case-by-case basis

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
	the situation	Procurement and Supplies Management Problem Resolution Committee in accordance with the Government Procurement and Supplies Management Act B.E. 2017, Section 29, paragraph one (4)	procedures for the procurement of drugs, non-drug medical supplies, or medical equipment, or procurement to obtain supplies for the prevention, control, or treatment of coronavirus disease 2019 or COVID-19	
8. Monopoly drug procurement	Procurement of drugs from a single supplier can be done by a specific method, but it must be assured that there is really a single supplier	Procurement by specific methods in accordance with the Government Procurement and Supplies Management Act B.E. 2017, Section 56(2) and the Ministry of Finance Regulations on Government Procurement and Supplies Management B.E. 2017	The registration of drug formulas in Thailand includes both registrations with actual sales and those without	It is not known which drug items are not actually sold, so an announcement must be made to invite and select before using specific methods (Chungsivapornpong et al., 2020) resulting in a time-consuming procurement process
9. The requirement to purchase drugs from the GPO	1. The NGOs have an opinion on the GPO that purchasing from the GPO is a measure that supports drug security (Siamrath, 2007)	1. Government Procurement and Supplies Management Act B.E. 2560 2. The Ministerial Regulations specifying the goods that the state wishes	Ministerial Regulation on Prescribing of Supplies and Methods for Procurement of Supplies that the	Balancing trade competition and maintaining the security of the GPO, a state enterprise with a mission of drug security

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
	2. From perspective of the GPO is that within a 3-year period, it will help save up to 13 billion baht on drug costs. (Thairath, 2017, 25 February) 3. Accumulated savings over 5 years from 2015-2019 amounted to 34.4 billion baht (Bangkokbiznews, 2019) 4. The domestic pharmaceutical industry believes that since government hospitals must first purchase drugs from the GPO, the private sector will not dare to invest in drug production (Bangkokbiznews, 2013; Matichon, 2015) especially drugs that the GPO produces or does not	to promote or support and specifying the methods for purchasing goods using selection methods and specific methods, B.E. 2560	State wants to Promote or Support B.E.2563	

Issue	Situation from the news or academic document	Exiting law	Law Measurement Implementation in Thailand	Findings of the gap in law
	produce but is available for sale			

2. อุปสรรคสำคัญด้านกฎหมายต่อความมั่นคงด้านยาทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

การศึกษานี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นด้านการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ประเด็นด้านทรัพย์สินทางปัญญา และประเด็นห่วงโซ่อุปทานยา เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความมั่นคงด้านยาทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉินดังแสดงใน Table 3

Table 3 Analysis of major obstacle that impact on drug security in normal and emergency situation

Issue	Normal situation	Emergency
1. International trade negotiations	1. Complex import and export requirements, requiring a large amount of documentation 2. Tax rate 3. Conflicts with major drug-producing countries affect drug exports to buyers 4. International trade agreement that extend patent terms and increase data exclusivity for drugs are delaying the arrival of generic drugs	1. Foreign producers must control exports to meet their domestic demand 2. Conflicts with major drug-producing countries affect drug exports to buyers
2. Intellectual Property	1. Improper or undeserved receipt of pharmaceutical patents 2. Compulsory Licensing facing trade bargains	1. Production or importation of urgently needed drugs that cannot be negotiated with the patent owner
3. Drug supply chain		
3.1 Drug selection	1. The approval process is time-consuming and expensive for drug registration 2. Readiness and completeness of the entrepreneur's documents for submitting an	1. Medicines that are in short supply under normal circumstances can become urgently needed in an emergency 2. Selection of drugs that can use flexible

Issue	Normal situation	Emergency
	application for registration permission 3. Entrepreneurs choose to produce certain drugs that are cost-effective or profitable	measures
3.2 Drug procurement		
(1) Domestic factors	1. Must rely on raw materials from abroad 2. Untimely drug supply by GPO 3. Cost-effectiveness of pharmaceutical raw material production 4. Budget for drug procurement 5. Lack of current production and drug utilization data 6. The drug and medical supply management system is inefficient 7. Excessive drug price controls have impact on incentive to produce or import drugs	1. Must rely on raw materials from abroad 2. Untimely drug supply by GPO 3. Complex procurement system results in delays in drug procurement 4. The procurement system does not support purchasing drugs for drug reserves 5. The drug and medical supply management system is inefficient 6. Coordination between government and private agencies to accelerate drug procurement
(2) External factors	The occurrence of war, disaster, epidemic, politics, transportation of international manufacturers	The occurrence of war, disaster, epidemic, politics, transportation of international manufacturers
3.3 Drug distribution	1. Lack of information on drug distribution in various areas 2. The drug and medical supply management system is inefficient	1. Transportation routes are inconvenient or cut off 2. Hoarding of drugs due to panic or profit-making 3. Lack of drug reserves or drug distribution sources in various areas 4. Lack of information on drug distribution in various areas 5. The drug and medical supply management system is inefficient
3.4 Drug use	1. Lack of information on current drug utilization	1. Higher than normal drug utilization 2. Guidelines for the use of drugs during emergencies

หากวิเคราะห์ตามกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในระบบยา พบอุปสรรคสำคัญต่อความมั่นคงด้านยา ดังนี้

1. อุตสาหกรรมยาในประเทศ

1.1 ประสบปัญหาการแข่งขันกับองค์การเภสัชกรรม เนื่องจากหลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ที่สนับสนุนให้ซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม

1.2 ประสบปัญหาการแข่งขันกับเจ้าของสิทธิบัตร หากมีการแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรที่ทำให้มีอายุการคุ้มครองสิทธิบัตรยาวนานขึ้น หรือมีการแก้ไขกฎหมายให้ผูกขาดข้อมูลยาที่ใช้ในการขึ้นทะเบียนตำรับยา

2. สถานพยาบาลโดยเฉพาะสถานพยาบาลรัฐ ประสบปัญหามียาไม่เพียงพอกับความต้องการ เนื่องจากกฎระเบียบที่กำหนดให้ซื้อยาจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หากหน่วยงานนั้นไม่สามารถจัดหายาได้ทันในกรณีดังนี้

2.1 ไม่สามารถผลิตได้ทัน อีกทั้งผู้ผลิตในประเทศก็ไม่ได้มีแผนในการผลิตไว้เนื่องจากความกังวลว่าผลิตแล้วไม่สามารถขายยานั้นได้

2.2 ไม่สามารถนำเข้าได้เนื่องจากผู้ผลิตในต่างประเทศไม่ยินยอมขายยาให้หรือถูกระงับการส่งออกยาออกนอกประเทศ

3. กระทรวงสาธารณสุขหากเลือกใช้วิธีการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาเพื่อควบคุมราคาหรือลดราคายาที่มีสิทธิบัตร ซึ่งทำให้สามารถจัดซื้อยาเข้ากองทุนประกันสุขภาพได้ อาจประสบปัญหาการถูกกดดันทางการค้าจากต่างประเทศ

4. ผู้ซื้อยา ทั้งสถานพยาบาล กองทุนประกันสุขภาพ หรือประชาชน กรณีที่มีการเพิ่มการคุ้มครองสิทธิบัตร ส่งผลให้เพิ่มการผูกขาดด้านยา ซึ่งทำให้ราคายาที่มีสิทธิบัตรมีราคาสูงขึ้นมาก ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านยาที่มากขึ้น หรือไม่มีงบประมาณเพียงพอในการซื้อยา

5. บุคลากรทางการแพทย์ ประสบปัญหาข้อจำกัดในการจ่ายยาบางประเภท หากยาที่จ่ายมีราคาสูงจนเกินไป

3. การสังเคราะห์ข้อเสนอเกี่ยวกับกฎหมายที่อาจช่วยปิดช่องว่างที่ทำให้เกิดปัญหาความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย

การผลักดันข้อเสนอทางกฎหมายในที่นี้จะใช้หลักการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นแนวทางการสังเคราะห์ข้อเสนอทางกฎหมายเพื่อช่วยปิดช่องว่างที่ทำให้เกิดปัญหาความมั่นคงด้านยาในประเทศไทย ดังแสดงใน Table 4

Table 4 Synthesizing proposals for legislation to address drug security issues

Issue	1. Agenda Setting	2. Policy formulation	3. Policy decision	4. Policy Implementation	5. Policy Evaluation
1. International trade negotiations offer intellectual property protection beyond TRIPS agreements	Preparing for discussions by both parties: 1. Support for intellectual property protection 2. Support for access to medicines	Each party made proposals: 1. Patent advocates proposed rationales for extending the patent term, limiting compulsory licensing of pharmaceutical patents, protecting clinical data, and linking pharmaceutical registrations to patent status 2. Access to Medicines advocates proposed rationales for using TRIPS flexibility	Decisions on trade negotiations on the following issues: 1. Acceptance of partial agreements with an exchange of trade benefits 2. Acceptance of full agreements with flexible measures 3. Acceptance of partial agreements with a limitation of flexible measures to public health emergencies	1. Compliance with the legal framework for international trade negotiations, which may amend the patent law and pre- or post-negotiation law to be consistent with the trade agreement 2. Improving the patenting and registration process of pharmaceutical formulas 3. Improving the work of the Department of Intellectual Property and related personnel	The following assessments should be conducted: 1. Impact on drug access 2. Research and development budget 3. Number of patents and technology transfer 4. Generic drug production and export 5. Impact on drug prices and health care costs
2. Drug price control	Prepare for discussions between both parties: 1.	Each party makes a proposal 1. Reasoning for setting prices 2. Information,	Decisions on the use of the following measures: 1. Use of legal	1. In the case of using legal measures, the measures must be selected according	1. Reduction in drug prices 2. Budget savings

Issue	1. Agenda Setting	2. Policy formulation	3. Policy decision	4. Policy Implementation	5. Policy Evaluation
	Pharmaceutical companies, which believe that profits from drugs lead to growth or development of the drug business 2. Drug payers, if the price of drugs is too high, it will lead to inaccessibility	disadvantages of price control	measures 2. Use of alternative non-legal measures	to the Price of Goods and Services Act B.E. 1999, such as specifying the display of price structures and the determination of sales prices 2. Use of alternative non-legislative measures, such as drug price negotiations	
3. Measures to enforce patent rights on pharmaceutical products	Prepare for discussions between both parties: 1. Drug patent owners 2. Drug access support parties	Issues to be proposed 1. International legal framework, such as the TRIPS Agreement 2. Relevant laws 3. Impact on drug research and drug registration 4. Impact on international relations and trade 5. Economic and	Decisions on the use of the following measures: 1. Not to use the Compulsory Licensing measures 2. Use the Compulsory Licensing measures 3. Use alternative measures such as price	1. In the event of a choice not to use the Compulsory Licensing measures or to use alternative measures, there should be negotiations on drug prices, funding for generic drug research and development, and an increase in the drug budget	The following assessments should be conducted: 1. Impact on drug access 2. Impact on drug prices and health care costs 3. Impact on trade

Issue	1. Agenda Setting	2. Policy formulation	3. Policy decision	4. Policy Implementation	5. Policy Evaluation
		social impact	negotiations, promotion of domestic generic drug manufacturers, use of financial or economic measures	2. In the event that the Compulsory Licensing measures are chosen for drug patent rights, relevant laws or regulations must be prepared, and there may be compensation or remedial measures	
4. Procurement of drugs or pharmaceutical ingredients	Prepare issues for discussion with stakeholders, such as: 1. List of drugs that are in insufficient supply or affect drug security 2. Problems related to drug procurement 3. Prioritization of problems	Identifying alternative drug procurement options and the potential impact of each intervention	1. Determination of criteria, methods and conditions for drug price control 2. Consider the feasibility, advantages and disadvantages of each option	In this case, legal measures or alternative measures may be used, such as: 1. Choosing legal measures for government drug procurement, forcing the production or import of drugs, forcing drug stockpiling, price control, prosecuting corrupt individuals in drug procurement 2. Choosing alternative non-	1. Determining success indicators, such as the quantity of drugs purchased and the quantity of drugs remaining sufficient for use within the specified time frame 2. Monitoring the performance of stakeholders 3. Policy impact analysis 4. Improving policies and measures related

Issue	1. Agenda Setting	2. Policy formulation	3. Policy decision	4. Policy Implementation	5. Policy Evaluation
				legal measures, such as increasing the procurement budget, allocating resources efficiently, and communicating to coordinate cooperation	to drug procurement
5. Production approval, importation	Preparing discussion points with stakeholders to expedite or support production and imports	Preparing alternatives as follows: 1. Using legal measures, such as granting tax privileges, using flexible measures in the licensing process 2. Choosing other non-legal measures, such as supporting research and development, accelerating work processes	Consider the feasibility, advantages and disadvantages of each option	1. The use of legal measures, such as granting tax privileges, requires the issuance of secondary legislation under the Revenue Code, or the Board of Investment (BOI) may announce measures to promote investment in the pharmaceutical industry. The issuance of secondary legislation under the Drug Act to provide specific flexible measures	1. Shorter approval time for production and importation 2. Ability to respond to emergency drug needs

Issue	1. Agenda Setting	2. Policy formulation	3. Policy decision	4. Policy Implementation	5. Policy Evaluation
				in certain urgent cases 2. Use of non-legislative measures, such as expediting the permit consideration process	
6. Government procurement	Preparing discussion topics for stakeholders to improve the drug procurement system to increase drug security	Preparing alternatives as follows: 1. Procurement model 2. National drug reserve model 3. Support for hiring for drug production for emergency use	Consider the feasibility, advantages and disadvantages of each option	1. Determining drug procurement patterns in different situations 2. Improving the regulations related to procurement	1. Increased volume of drug reserves 2. The number of drug insufficient has decreased 3. Reduced procurement time

อภิปรายผล

การสร้างความมั่นคงด้านยาในกรณีที่มียาจำเป็นใช้ในเวลาที่ต้องการใช้ อาจทำได้โดยการสร้างระบบให้มียามากกว่าการใช้ยา เช่น การมีผู้ผลิตหลายราย การสนับสนุนให้มีการผลิตยาเข้าสู่ระบบ การมีคลังสำรองยา หรือถ้าระบบยาในประเทศต้องพึ่งพายาจากต่างประเทศเป็นหลัก อย่างน้อยที่สุดก็ต้องมีระบบการจัดหายาได้อย่างรวดเร็ว เช่น กรณีของตุรกี (Koçkaya et al., 2021)

การจัดการปัญหาความมั่นคงด้านยาในระดับประเทศยังเน้นความมั่นคงด้านยาในภาวะฉุกเฉิน และยังต้องการปฏิรูปในด้านนโยบาย ระบบบริหารจัดการยาในระดับประเทศและหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา (Akaleephan et al., 2020 (a); Berkna et al., 2021; PATH, 2011; Usavakidviree et al., 2019)

การศึกษานี้พบว่า เมื่อใดก็ตามที่มีการเจรจาการค้าที่มีประเด็นเรื่องสิทธิบัตรยาและการเข้าถึงยาของประชาชน จะต้องระมัดระวังว่าข้อตกลงนั้นจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาและมีผลต่อความอยู่รอดของอุตสาหกรรมยาของประเทศไทยได้ ซึ่งจะต้องมีการประเมินผลกระทบอย่างรอบคอบและรอบด้าน (D'Angelo et al., 2021; Le & Hyland, 2020; Leelaprathuang, 2021; Townsend, 2021) ซึ่งพบบทบาทการขับเคลื่อนของผู้มีส่วนได้เสียต่าง ๆ ซึ่งมีการอ้างถึงสิทธิมนุษยชน สิทธิตามรัฐธรรมนูญ ตลอดจนไม่ควรให้ความสำคัญทางการค้าให้อยู่เหนือกว่าชีวิตของประชาชน

ยาที่มีทะเบียนตำรับยาแต่อาจไม่มีการผลิตหรือนำเข้าอยู่จริง ก็ทำให้ไม่มียาในระบบได้ เนื่องจากพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 85 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 กำหนดให้ยาที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้แล้วตำรับใดมิได้มีการผลิต หรือนำหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นเวลาสองปีติดต่อกัน ให้ทะเบียนตำรับยานั้นเป็นอันยกเลิก และก็ไม่สามารถทราบปริมาณยาที่มีอยู่จริงในขณะนั้นได้ อย่างไรก็ตามกองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้สร้างระบบให้มีการแจ้งปัญหายาขาดแคลนและแจ้งข้อมูลระยะเวลาที่คาดว่ากลับมาจำหน่ายได้ของแต่ละบริษัท อีกทั้งมีความพยายามในการจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการบริหารจัดการยาขาดแคลน เช่น การประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา การเร่งรัดการพิจารณาอนุมัติ การประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการนำเข้ายา ซึ่งจะพบว่าการแก้ไขปัญหาในลักษณะนี้เป็นการแก้ไขปัญหาความมั่นคงด้านยาโดยปรับกระบวนการทำงานซึ่งไม่จำเป็นต้องแก้ไขกฎหมาย

ด้านการผลิตวัตถุดิบทางยาในประเทศซึ่งมีจำนวนน้อยจนต้องพึ่งพาวัตถุดิบทางยาจากต่างประเทศ ผู้ผลิตวัตถุดิบทางยาภายในประเทศอาจมองว่าการผลิตในประเทศมีราคาแพงส่งผลให้ผู้ผลิตยาในประเทศไม่เลือกซื้อ แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการจัดซื้อ คือ คุณภาพของสินค้าและการจัดส่ง (Watcharadamrongkun, 2018) ดังนั้น การเลือกใช้มาตรการส่งเสริมให้ผลิตวัตถุดิบทางยาในประเทศ จึงต้องพิจารณาทั้งคุณภาพของวัตถุดิบ ปริมาณการใช้ ราคา และการจัดส่งด้วย

ปัญหาการจัดซื้อจัดหายาเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลต่อความมั่นคงด้านยาได้ ซึ่งมีทั้งปัญหาด้านกฎระเบียบที่ไม่รองรับต่อการจัดซื้อยาเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินและปัญหาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ (Akaleephan et al., 2020(b); Chungsivapornpong et al., 2020; Sermsuk etal., 2021; Sonsuphap et al., 2022; Taratai et al., 2024) การกำหนดให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งมีหน้าที่ในการจัดซื้อจัดหาหรือสามารถจำหน่ายได้ หากหน่วยงานนั้นไม่สามารถจัดหาผลิตภัณฑ์ยาได้ทันก็จะส่งผลต่อปัญหาต่อจำนวนยาในประเทศได้ เช่น องค์การเภสัชกรรมไม่สามารถผลิตหรือจัดหายาได้ทันในหลายกรณี หรือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่สามารถจัดหายาเสพติดหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทซึ่งหน่วยงานของตนเป็นผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว

การใช้กฎหมายแข่งขันทางการค้าเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงยาได้ ทั้งในประเด็นทำให้ยามีราคาลดลงและการเพิ่มการมียาใช้ สอดคล้องกับรายงานของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme, 2022) แต่มีการศึกษาที่พบว่าประเทศไทยไม่มีประสบการณ์ใช้กฎหมายนี้ และในส่วนประเด็นราคาที่สูงจนผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยาไม่ถือว่าเป็นการผูกขาดทางการค้า (Thanitcul & Braslow, 2013)

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษานี้เน้นการศึกษาจากฐานข้อมูลเป็นหลัก ดังนั้น ข้อสรุปในการศึกษานี้จึงเป็นข้อสรุปจากการค้นหาจากเอกสารที่ปรากฏในฐานข้อมูล ซึ่งอาจไม่มีสถิติและรายงานที่ไม่ได้ตีพิมพ์ออกสู่ภายนอกที่เป็นฐานข้อมูลเอกสารวิชาการ หรือไม่ได้ให้ข่าวหรือไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์จนไม่ได้ปรากฏในฐานข้อมูลข่าว นอกจากนี้บทเรียนการแก้ไขปัญหาเรื่องยาขาดแคลนในสถานการณ์ภัยพิบัติหรือการระบาดของโรค อาจไม่ได้จัดทำในรูปแบบรายงานหรือบทความวิชาการ หรืออาจไม่ได้มีการเผยแพร่ จึงทำให้ไม่มีข้อมูลปรากฏจากการค้นหาในฐานข้อมูล หากนำกรณีเหล่านี้มาผนวกด้วยกัน จะทำให้มองภาพและแนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายและการแก้ไขปัญหาความมั่นคงด้านยาในขณะนั้นได้ชัดเจนขึ้น

การค้นหาข้อมูลความมั่นคงด้านยาจากบทความวิชาการพบว่าเหตุการณ์จำนวนหนึ่ง เช่น การเกิดภัยพิบัติ ไม่ได้มีการศึกษาหรือการจัดทำเป็นบทความวิชาการ จึงอาจทำให้ข้อมูลอาจเกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาขาดหายไป การค้นหากฎหมายด้วยการใช้คำสำคัญในการค้นหา อาจทำให้กฎหมายบางฉบับไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่การพิจารณา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาจากชื่อกฎหมายตลอดจนข้อความในกฎหมายว่ามีวัตถุประสงค์หรือเนื้อหากล่าวถึงความมั่นคงด้านยาโดยตรงหรือไม่ หรือมีลักษณะการให้สิทธิพิเศษหรือมีการผ่อนปรนเพื่อแก้ปัญหาเรื่องยาขาดแคลนหรือยาขาดคราวเพียงใด ส่วนการค้นหาจากฐานข้อมูลข่าวก็พบปัญหาว่าสื่อมวลชนอาจหยิบยกเฉพาะบางประเด็นที่ตนเองสนใจหรือข่าวที่สื่อมวลชนได้ประชาสัมพันธ์ให้ นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลข่าวออนไลน์อาจสูญหายไปเมื่อผ่านพ้นชั่วระยะเวลาหนึ่ง

การศึกษาเกี่ยวกับความมั่นคงด้านยาในบริบทของประเทศไทยส่วนมากเป็นการศึกษาในประเด็นที่เป็นข่าว ความเห็นหรือสถานการณ์เฉพาะหน้าในขณะนั้น จึงอาจไม่มีผู้สนใจศึกษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามพบว่ามีการแก้ไขกฎหมายหรือกฎระเบียบเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยา แต่ไม่พบในข่าวหรือในงานวิจัย จึงอาจเป็นไปได้ว่าภาครัฐเองได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว หรือได้มีการรับฟังความเห็นหรือการอภิปรายในการประชุมจากผู้มีส่วนได้เสียก่อนปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบแล้ว

การศึกษานี้ยังขาดการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องกับการระบบยา หรือผู้มีส่วนได้เสียในการแก้ไขปัญหาความมั่นคงด้านยา เช่น ผู้ประกอบการ พนักงานเจ้าหน้าที่ หน่วยงานภาครัฐ ซึ่งอาจมีมุมมองต่อการแก้ไขปัญหาความมั่นคงด้านยา หรือมุมมองต่อการพัฒนาหรือปรับปรุงกฎหมายที่แตกต่างกันได้

สรุป

การสร้างความมั่นคงด้านยา ควรต้องมีกฎหมายรองรับตลอดทั้งห่วงโซ่อุปทาน ซึ่งปัญหาหลักที่พบในประเทศไทย คือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตรและการค้าระหว่างประเทศที่เป็นอุปสรรคต่อการผลิตและการเข้าถึงยาชื่อสามัญ ปัญหาการจัดการในระบบห่วงโซ่อุปทานยา ปัญหาพึ่งพาด้านยากับต่างประเทศ และระบบจัดซื้อยาไม่สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสามารถนำประเด็นวิเคราะห์ไปใช้โดยตรง ซึ่งมีประเด็นสิ่งที่สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องแก้ไขกฎหมาย คือ การลดขั้นตอนและระยะเวลาการทำงานในหน่วยงาน การหารือร่วมกับผู้ประกอบการเพื่อวางแผนการจัดหายาร่วมกัน การมีระบบฐานข้อมูลกลางที่รวบรวมข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวกับความมั่นคงด้านยา การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านยาเพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ สิ่งที่ควรทำให้เกิดขึ้น คือ การสร้างระบบการบูรณาการกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกัน ตลอดจนการพัฒนากรอบกฎหมายใหม่เพื่อสนับสนุนการผลิตยาในประเทศ การปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดจ้างให้ยืดหยุ่นและรวดเร็วขึ้น รวมถึงการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรในกรณีจำเป็นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาราคาเหมาะสมสำหรับประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

กรณีต้องการพัฒนากรอบกฎหมายที่ส่งเสริมความมั่นคงด้านยาในภาวะปกติ ควรศึกษาเปรียบเทียบนโยบายและกฎหมายด้านความมั่นคงทางยาของประเทศต่าง ๆ เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดี ตลอดจนศึกษาประสิทธิผลของมาตรการเพื่อสนับสนุนความมั่นคงด้านยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ควรศึกษารายตัวยา (case study) อาจทำให้มองภาพการจัดการปัญหาได้ชัดเจนขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกรณีที่มีความใกล้เคียงกันได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์เภสัชกรรมและสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายการอ้างอิง (References)

Akaleephan, C., Kiewnin, K., Sosom, J., & Hongtumrong, M. (2020)(a). *An analysis on access to essential medicines in Thailand: the issues of policy incoherence*. Health Systems Research Institute. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5269

Akaleephan, C., Leelahavarong, P., Yadee, J., Kumdee, C., Onjon, O., & Kiewnin, K. (2020)(b). *A study on the supply management for inaccessible essential medicines under the Universal Health Coverage: system improvement*. Health Systems Research Institute. https:// kb.hsri. or.th/dspace/handle/11228/5198

Bangkokbiznews. (2013, 23 July). Suggest the Government Pharmaceutical Organization stop competing with the private pharmaceutical industrial TPMA points out that it will affect the development of domestic manufacturers. *Bangkokbiznews,* 13

Bangkokbiznews. (2019, 25 October). *'Anuthin' commends policy to the Government Pharmaceutical Organization for drug security. Bangkokbiznews*. https://www.bangkokbiznews.com/news/852123

Berkna, T., Srisorn, W., & Chayanon, S. (2021). National security on drugs and medical supplies in terms of production, procurement, research and medical supplies in critical situation of government pharmaceutical organization. *Journal of MCU Social Science Review*, *11*(4), R55 - 68. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jssr/article/view/254703

CASP-UK. (2024). *Critical Appraisal Skills Programme*. CASP UK - OAP Ltd. https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/

Cawthorne, P., Ford, N., Wilson, D., Kijtiwatchakul, K., Purahong, V., Tianudom, N., & Nacapew, S. (2007). Access to drugs: the case of Abbott in Thailand. The *Lancet Infectious Diseases*, *7*(6), 373 - 374. https://doi.org/10.1016/s1473-3099(07)70118-4

Chungsivapornpong, W., Kittiratchakool, N., Kumluang, S., Onjon, O., & Tantivess, S. (2020). Drug procurement in public hospitals under the Public Procurement and Supplies Administration Act B.E. 2560 (2017). *Journal of Health Systems Research*, *14*(3), 311 - 326. http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5249

Committee of Thai Drug System Report. (2020). *Thai drug system* 2020. Health Systems Research Institute. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5234

D'Angelo, A. B., Grov, C., Johnson, J., & Freudenberg, N. (2021). Breaking bad patents: learning from HIV/AIDS to make COVID-19 treatments accessible. *Glob Public Health*, *16*(10), 1523-1536. https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1924223

Department of Disease Control. (2022, 29 September). *Guideline for medical supplies management and resources in public health emergency*. Department of Disease Control. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1316120220929031951.pdf

Effingham, A. M. (2016). TRIPs agreement article 31(b): the need for revision. *Seton Hall law review*, *46*(3), 883 - 909. https://scholarship.shu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1567&context=shlr

Ford, N., Wilson, D., Cawthorne, P., Kumphitak, A., Kasi‐Sedapan, S., Kaetkaew, S., Teemanka, S., Donmon, B., & Preuanbuapan, C. (2009). Challenge and co‐operation: civil society activism for access to HIV treatment in Thailand. *Tropical Medicine & International Health*, *14*(3), 258-266. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02218.x

Koçkaya, G., Atalay, S., Oğuzhan, G., Kurnaz, M., Ökçün, S., Sar Gedik, Ç., Şaylan, M., & Şencan, N. (2021). Analysis of patient access to orphan drugs in Turkey. *Orphanet J Rare Dis*, *16*(1), 68. https://doi.org/10.1186/s13023-021-01718-3

Kuek, V., Phillips, K., & Kohler, J. C. (2011). Access to medicines and domestic compulsory licensing: learning from Canada and Thailand. *Global Public Health*, *6*(2), 111 - 124. https://doi.org/10.1080/17441690903575255

Le, V. A., & Hyland, M. (2020). Compulsory licensing for patented medicines: a comparative legal analysis of India, Brazil and Thailand. *Manchester Journal of International Economic Law*, *17*(3), 315 - 337. https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/mjiel17&i=331

Leelaprathuang, N. (2021). The impact of CPTTP on accessing medicine in Thailand. *Journal of Humanities and Social Sciences Suratthani Rajabhat University*, *13* (1), 173 - 189. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhsc/article/view/244912

Manietta, C., Rommerskirch-Manietta, M., Purwins, D., & Roes, M. (2022). Consulting concepts and structures for people with dementia in Germany: a protocol for a 'grey-shaded' scoping review. *BMJ Open*, *12*(4), e059771. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059771

Matichon. (2015, 8 August). Opposition to the Procurement Act: NGOs reveal it helps pharmaceutical companies to topple the Government Pharmaceutical Organization. *Matichon,* 7

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: a methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications Ltd (CA).

National Drug Policy Development Committee. (2023). National Security Policy and Plan B.E. 2566 – 2570 (2023 - 2027). *Government Gazette*, 140(21A), 1.

National Health Notification on the statute on national health system No.3. (2023). *Government Gazette*, 140(84D), 13.

PATH (2011). *An assessment of vaccine supply chain and logistics systems in Thailand*. Author.

Sarnola, K., Ahonen, R., Martikainen, J. E., & Timonen, J. (2018). Policies and availability of orphan medicines in outpatient care in 24 European countries. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *74*(7), 895 - 902. https://doi.org/10.1007/s00228-018-2457-x

Sermsuk;, P., Pongsuwan;, W., Pongsuwan;, H., Hanpanich;, P., Techayuenyong;, T., Chuboonsub;, P., Tisyangkul;, R., Sansaporn;, S., Anukoolprasert;, P., & Namwan;, R. (2021). *The efficient of procurement and distribution processes for Central Medicines Procurement in UC Scheme*. Health Systems Research Institute. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5307

Siamrath. (2007, 31 October). Urge the government to review the drug procurement law. *Siamrath,* 3

Sonsuphap, R., Jesdapipat, S., & Phaksipaeng, I. (2022). *Management of medical supplies for Coronavirus Disease* 2019: *problems, obstacles and solutions for public and private sector procurement*. Health Systems Research Institute. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5556

Taratai, K., Kittiboonyakun, P., Sripong, P., Senalad, R., Akaleephan, C., & Pianchana, C. (2024). Management of medicines medical supplies, and vaccines during the COVID-19 pandemic: a

case study from Maha Sarakham, Thailand. *Mahasarakham Hospital Journal*, *21*(2), 166-178. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/269498/184456

Thanitcul, S., & Braslow, M. L. (2013). Compulsory licensing of chronic disease pharmaceuticals in Thailand *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, *37*(2), 61 - 83. https://www.thaiscience.info/journals/Article/TJPS/10898711.pdf

Townsend, B. (2021). Defending access to medicines in regional trade agreements: lessons from the Regional Comprehensive Economic Partnership – a qualitative study of policy actors' views. *Globalization and Health*, *17*(1), 78. https://doi.org/10.1186/s12992-021-00721-4

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., … Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*, *169*(7), 467 - 473. https://doi.org/10.7326/m18-0850

United Nations Development Programme. (2022). *Using competition law to promote access to health technologies: a supplement to the guidebook for low- and middle-income countries* https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-03/UNDP-Using-Competition-Law-to-Promote-Access-to-Health-Technologies.pdf

United Nations Thailand. (2024). *Sustainable Development Goal* 3 *Good Health and Well-being.* https://thailand.un.org/en/sdgs/3

Usavakidviree, V., Sooksriwong, C.-o., Chanjaruporn, F., Sermsinsiri, V., & Tosanguan, K. (2019). *The reform of Thailand national security of drugs and medical supplies*. Health Systems Research Institute. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5049

Watcharadamrongkun, A. (2018). Decision factors to purchase pharmaceutical ingredients for pharmaceutical industry. *Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University*, *7*(14), 53 - 66. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jms_ubu/article/view/164270

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

Self-care Experiences of Older adults with Diabetes Mellitus Following Limb Amputation Living in Rural Areas

พนิดา โยวะผุย[1], ณัฐวุฒิ สุริยะ[1*], นุจริยา พิมพา[1], เกศกนก ดีพรม[1]

Panida Yowapui[1], Natthawut Suriya[1*], Nutjariya Phimpha[1], Keskanok Deeprom[1]

(Received: December 29, 2023; Revised: February 21, 2024; Accepted: March 14, 2024)

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้า โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่ถูกตัดเท้าส่วนล่างที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 12 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือน เมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต จดบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงใจความหลัก (Thematic analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลตนเองหลังจากที่โดนตัดเท้าจากโรคเบาหวาน ออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1. ประสบการณ์ด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ความรู้สึกการอยู่แบบอวัยวะไม่ครบ, การเป็นภาระของคนอื่น 2. ประสบการณ์ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย การสูญเสียสมรรถนะในการทำงาน, ปรับเปลี่ยนหน้าที่ในครอบครัว 3. การเผชิญกับความเครียดประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย การปลอบใจตนเอง, การถูกตัดเท้าเป็นผลจากกรรมในอดีต, ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ผลการศึกษาดังกล่าวนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้า สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อ

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

* Corresponding Author: Natthawut.smnc@pi.ac.th

เตรียมความพร้อมการวางแผนดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังจากถูกตัดเท้าเพื่อให้มีการดูแลที่ถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน, การดูแลตนเอง, ถูกตัดเท้า

Abstract

This research article aimed to examine the self-care experiences of older adults with diabetes mellitus following limb amputation used a phenomenological qualitative research methodology. Key informants were twelve older adults with diabetes mellitus following lower limb amputation living in rural areas, Muang district, Maha Sarakham province. The period of data collection was February 2022–April 2022. Research instruments were an in-depth interview questionnaire, observations, field notes, and tape recordings. The Data were transcribed verbatim and analyzed by using thematic analysis.

The findings revealed that three primary themes emerged from key informants' definitions of self-care after limb amputation due to diabetes mellitus: 1) mental care, which included two subthemes: feeling of living with an incomplete organ and burdened by others; 2) physical part, which included two subthemes: losing one's ability to work and changing one's role in the family; and 3) stress coping strategies, which included three subthemes: self-consolation, limb amputation due to past karma, and dependence on others. Experiences of older adults with diabetes mellitus after limb amputation can serve as a basis information for preparing plans for their self-care after limb amputation to promote further appropriate treatment.

Keywords: Older adults, Diabetes mellitus disease, Self-care, Limb amputation

บทนำ

ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกกำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน ปี ค.ศ. 2010 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ 220 ล้านคนและคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีจำนวนเพิ่มมากถึง 300 ล้านคน (International Diabetes Federation [IDF], 2022) โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ โดยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ร้อยละ 6.4 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.5 - 19.2 ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (Health Data Center, 2021) โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้าส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งต้องสูญเสีย

อวัยวะ เช่น การถูกตัดเท้าหรือขาออกบางส่วน (Khanthacha & Muktabhant, 2021) ถึงแม้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะรณรงค์การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยสถานบริการสุขภาพจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า แต่ยังพบปัญหาในการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่ยังไม่ลดลงถึงแม้จะเป็นภาวะที่ป้องกันได้ แผลเบาหวานที่เท้าในผู้สูงอายุมักเป็นแผลเรื้อรังและหายช้า ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายหรือค่ารักษาสูงเพิ่มขึ้น ต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งนำไปสู่การตัดนิ้วหรือการตัดเท้า และอาจเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Norabin et al., 2020) การถูกตัดอวัยวะดังกล่าว ส่งผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่าง (Khanthacha & Muktabhant, 2021) ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการถูกตัดอวัยวะ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจในตนเองเมื่อเข้าสังคม (Zhu et al., 2020) อาจทำให้เกิดการแยกตัวและไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมสังคม รู้สึกว่าเป็นผู้พิการ ไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Oba & Chutipanyaporn, 2022) เป็นภาระครอบครัวผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจึงต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องการดูแลที่เป็นระบบและเป็นองค์รวมจากบุคลากรในทีมสุขภาพ (Siriniyomchai, 2022)

ปัญหาแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขและทางด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยโดยรวม ปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดแผลหรือโดนตัดเท้าหรือขาจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเบาหวานมานานไม่น้อยกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี มีโรคแทรกซ้อนทางตา ไต หรือ หัวใจและหลอดเลือด (Norabin et al., 2020) อุบัติการณ์ของการตัดเท้าและขาในผู้ป่วยเบาหวานจะลดลงมากกว่า 80% ถ้ามีทีมดูแลที่ดี(Multidisciplinary diabetic foot care) และผู้ป่วยมีความตั้งใจและเอาใจใส่ดูแลเท้า ตรวจเท้าตัวเอง จัดการปัญหาต่าง ๆ ของเท้าได้อย่างเหมาะสม และมีการติดตามดูอาการอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการควบคุมเบาหวานให้ดีนั้นเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคเอง (Oba & Chutipanyaporn, 2022) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ อ.เมือง จ.มหาสารคาม จำนวน 7,546 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอาศัยอยู่สังคมชนบท การให้ความรู้เรื่องดูแลเท้าและการประเมินภาวะเสี่ยงจากการตัดเท้าจากผลการตรวจประเมินในปี 2559 พบว่ามีภาวะเสี่ยงในการตัดเท้าอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยจำนวน 552 ราย (ร้อยละ 57.1) ระดับเสี่ยงปานกลางจำนวน 198 ราย (ร้อยละ 20.0) และระดับเสี่ยงสูงจำนวน 216 ราย (ร้อยละ 22.0) (Health Data Center, 2021) ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการผ่าตัดเท้าเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะต้องมีการดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการลุกลามของบาดแผล หรือการเกิดซ้ำของแผลบริเวณเท้าจากโรคเบาหวาน ดังนั้น ควรมีการศึกษาปัญหาและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ได้จากประสบการณ์ตรงของผู้ที่ถูกตัดเท้าจากโรคเบาหวาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการมุ่งเน้นที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานหลังจากโดนตัดเท้าที่อาศัยอยู่ในชนบท จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่ถูกตัดเท้าและต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ถูกตัดเท้าในบริบทชุมชนชนบท อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) เพื่อทำความเข้าใจมุมมองของผู้สูงอายุจากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการดูแลและสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีการดูแลที่มีคุณภาพตนเองในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์(Heidegger) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแผลเบาหวานใต้เข่า ที่อาศัยอยู่ในบริบทชุมชนชนบท ได้อธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ของตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการตัดเท้าจากโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (criteria) ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแผลเบาหวานใต้เข่า ระยะเวลามากกว่า 1 ปี 2) อาศัยอยู่ในสังคมชนบทพื้นที่นอกเขตเทศบาล อ. เมือง จ.มหาสารคาม 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และระยะเวลาที่โดนตัดเท้า

2. แนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์หลังจากที่โดนตัดเท้าจากโรคเบาหวาน เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวคำถามหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ความรู้สึกต่อการโดนตัดเท้า การจัดการและแนวทางการป้องกันดูแลตนเอง โดยสามารถขยายแนวคำถามเป็นคำถามย่อย เพื่อให้ได้คำตอบที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น ยกตัวอย่างเช่น 1) ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์การดูแลตนเองหมายถึงอะไร 2) ขอให้ท่านเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองหลังจากที่โดนตัดเท้า ท่านทำอย่างไรบ้าง 3) ท่านช่วยเล่าความรู้สึกหลังจากที่โดนตัดอวัยวะของร่างกายจากโรคเบาหวาน 4) ท่านช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่า บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือท่านในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างไรบ้าง

เครื่องมือวิจัยที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบ แนวคำถาม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของแนวคำถาม และนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในแนวคำถามและนำไปปรับให้สอดคล้อง เหมาะสม ก่อนที่จะนำไปใช้จริง

เครื่องมือประกอบการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดบันทึกรายละเอียดและการตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่ออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ในการทำวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล จึงให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยได้มีการโทรนัดหมายเวลาและสถานที่กับผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และมีการสร้างสัมพันธภาพและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ และใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานเพียงพอ มีการสังเกตอย่างตั้งใจและต่อเนื่อง (prolong engagement) 2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวคำถาม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 นาที – 1 ชั่วโมง โดยมีการขออนุญาตบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจดบันทึกสรุปประเด็นหลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน มีการทำบันทึกภาคสนาม (field note) และถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหา ความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

ตรวจสอบซ้ำโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และทำความเข้าใจความหมายต่างๆ หากประโยคใดมีความหมายไม่ชัดเจน จะนำไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2 - 3 ครั้ง จนไม่พบข้อมูลที่สงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นหรือข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) จึงยุติการสัมภาษณ์

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness)

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (trustworthiness of qualitative research) ของ Lincoln and Guba (1985) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) โดยก่อนยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง (member check) เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมข้อมูลที่ไม่ชัดเจน เพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อมูลหรือคำอธิบายที่ได้มีความถูกต้อง และมีการบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field notes) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล (triangulation) และผู้วิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งมีความรู้ในเรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองหลังจากที่โดนตัดเท้าจากโรคเบาหวาน ได้มีการเปรียบเทียบผลการถอดเทป 2) ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) ผู้วิจัยได้บรรยายบริบทที่ทำการศึกษาและอธิบายประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน ครอบคลุม และครบถ้วน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถพิจารณาตัดสินใจในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในผู้สูงอายุที่โดนตัดเท้าจากโรคเบาหวานที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ 3) ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (confirmability) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นสำคัญให้ตรงกับความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยการถามย้อนกลับ และทำการบันทึกแหล่งข้อมูลแยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละราย และจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ โดยไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ 4) ความไว้วางใจได้ (dependability) ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบกระบวนการวิจัยตั้งแต่วิธีการวิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้ผ่านการตรวจสอบและมีความเห็นที่สอดคล้องกัน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยสากล เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 65-02-010 เลขรับรอง EC COA No 65 / 009 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2565 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์และให้ผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งผู้มีส่วนร่วมการวิจัยว่ามีสิทธิ์ปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยและไม่มี

ผลกระทบใด ๆ รวมทั้งได้ชี้แจงถึงวิธีและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วนและข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับโดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้และมีการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์และการทำลายไฟล์บันทึกเสียงภายใน 5 ปี และไม่มีการใช้ชื่อของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (Thematic analysis) (Liamputtong, 2020) ซึ่งทำควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ถอดข้อมูลจากเทปเสียงสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนออกมาเป็นภาษาเขียนที่เข้าใจง่าย

2. อ่านทบทวนซ้ำ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปเสียงสัมภาษณ์ทั้งหมด โดยไม่มีตีความใด ๆ ทั้งสิ้น

3. แยกข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าและใส่รหัส (Coding) แล้วนำรหัสที่ได้มาจัดทำเป็นดัชนีข้อมูล (Indexing)

4. นำดัชนีข้อมูลมาใส่รหัสเบื้องต้น (Initial coding) มาจัดกลุ่มใหม่โดยพิจารณาว่าได้ประเด็นใหม่นอกเหนือจากเดิมหรือไม่ แล้วจึงนำมาสร้างเป็นข้อสรุปย่อยชั่วคราว และนำข้อสรุปย่อยมาจัดหมวดหมู่ตามลักษณะที่มีความเชื่อมโยงกัน

5. นำข้อสรุปที่ได้มาวิเคราะห์ตีความ และอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าและใส่รหัส ร่วมกับผู้วิจัยอีก 3 ท่าน และนำผลการวิจัยไปเขียนบรรยาย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวนทั้งสิ้น 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.33 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 91.66 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมา 1 - 10 ปี ร้อยละ 75 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 91.66 และมีสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักคิดเป็นร้อยละ 91.66

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถจำแนกประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ถูกตัดเท้าจาก

โรคเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ด้านจิตใจ 2) ประสบการณ์ด้านร่างกาย 3) การจัดการและเผชิญปัญหา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ด้านจิตใจ เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับคำว่า สูญเสียอวัยวะของร่างกายออกไป ซึ่งหลายคนใช้คำว่า ผู้พิการ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตที่ต้องสูญเสีย ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และนึกถึงภาพผู้ป่วยที่มีความพิการโดนตัดเท้า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางคน โดนตัดนิ้วบางส่วนออกไป และคำบอกเล่าจากบุคคลอื่นและจากประสบการณ์ในอดีตทำให้มองการโดนตัดเท้าจากเบาหวานเป็นมุมมองด้านลบ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อยดังนี้

1. ความรู้สึกการอยู่แบบอวัยวะไม่ครบ จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกหลังจากโดนตัดเท้าแตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่ความรู้สึกกลัวเป็นความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้นหลังจากโดนตัดเท้า และมีมุมมองเป็นภาพลักษณ์ทางลบ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมองว่าเป็นสิ่งที่ยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะต้องอยู่แบบอวัยวะไม่ครบ และส่วนใหญ่คิดว่าตนเองต้องใช้ชีวิตลำบากมากขึ้นที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ช่วงแรก ๆ ก็คิดมากจนนอนไม่หลับเพราะต้องกลายเป็นคนพิการ”

(รายที่ 1)

“ตอนนี้ร่างกายไม่ปกติแล้ว ไม่ครบ 32 ประการ ทำงานไม่ค่อยสะดวกเหมือนเดิมแล้ว”

(รายที่ 4)

“ร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเดิมแล้ว ต้องปรับตัวหลายๆอย่างในชีวิต”

(รายที่ 5)

ความรู้สึกการอยู่แบบอวัยวะไม่ครบ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังจากที่โดนตัดนิ้วเท้า เพราะกลัวเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการฟื้นตัวและการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่โดนตัดเท้าเนื่องจากโรคเบาหวาน อาจรู้สึกกลัวในหลายด้าน เช่น สภาวะทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การสูญเสียความอิสระในการเคลื่อนไหว และความรู้สึกว่าไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เหมือนปกติ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ต้องหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวกับความรู้สึกนี้ และพบว่าการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่นคู่สมรส บุตร หลาน เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความรู้สึกกลัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวานมีความเข้าถึงเหตุผลในการรักษา

และจะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ความรู้สึกเกี่ยวกับการโดนตัดเท้าลดลงและสามารถใช้ชีวิตประจำวันให้ปกติมากที่สุด

สามารถสรุปได้ว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการอยู่แบบอวัยวะไม่ครบ เป็นผลจากความกังวลเกี่ยวกับสภาวะทางร่างกายและการปรับตัว เกิดจากการไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ต้องโดนตัดเท้า ซึ่งการเข้าใจและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดเป็นสิ่งที่สามารถช่วยลดความกังวลและสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยที่มีความรู้สึกการอยู่แบบอวัยวะไม่ครบ

2. รู้สึกเป็นภาระของคนอื่น

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเป็นภาระของคนอื่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องสูญเสียอวัยวะในร่างกาย ทำให้เกิดความกังวลใจที่ต้องเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดความกังวลในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น กังวลว่าจะใช้ชีวิตประจำวันแบบเดิมได้หรือไม่ ถ้าดูแลแผลที่โดนตัดเท้าไม่ดี อาการแย่กว่าเดิมหรือไม่ ถ้าบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันไม่ดูแลจะทำอย่างไร หรือการเป็นภาระของบุคคลในครอบครัวที่ต้องมาดูแลตนเอง จึงทำให้เกิดความกังวล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผมอยู่บ้านคนเดียว ลูก ๆ หลาน ๆ ออกไปทำงานนอกบ้านกันหมด เขาจะกลับเข้ามาตอนเย็น ซึ่งตอนกลางวัน ผมต้องใช้ไม้เท้าในการเดิน และต้องออกกำลังกายหรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งมันไม่ได้คล่องตัวเหมือนแต่ก่อน”

(รายที่ 9)

“ยายรู้สึกไม่ดีเลย เพราะต้องพึ่งพาแต่คนอื่น ในการทำอะไรต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ยายเสียใจที่โดนตัดขา *เพราะตื่นเช้ามา มองไม่เห็นขาซ้ายตนเองแล้ว จากที่เคยมีอยู่”*

(รายที่ 11)

สามารถสรุปได้ว่า การเป็นภาระของคนอื่น เป็นความรู้สึกที่จะต้องเผชิญในปัจจุบันเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งเกิดจากอวัยวะในร่างกายได้สูญเสียไป ผู้ป่วยเบาหวานที่โดนตัดเท้าจะประเมินความสามารถตนเองว่ากิจกรรมไหนที่ไม่สามารถทำได้ ซึ่งการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เพราะการอาศัยอยู่ในชุมชน สมาชิกในครอบครัวอาจจะไม่ได้มีการมาเฝ้าดูแลตลอดเวลาในเวลากลางวัน เพราะมีความจำเป็นในการออกไปทำงานเพื่อหาเงินมาเลี้ยงชีพครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นอีก

หนึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานที่โดนตัดเท้าเกิดความกังวลใจ และกลัวที่จะต้องเป็นภาระของคนในครอบครัว

ประเด็นที่ 2 ประสบการณ์ด้านร่างกาย เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในชีวิตประจำวันหลังจากที่ได้รับการผ่าตัดเท้าจากโรคเบาหวาน มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการดูแลตนเองมากกว่าปกติ เพราะผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกคน ไม่อยากเผชิญการผ่าตัดอีกครั้ง ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อยดังนี้

1. บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่โดนตัดเท้าส่วนใหญ่มีความรู้สึกถึงการสูญเสียสมรรถนะในการทำงาน เพราะการเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้สมรรถนะในการทำงานลดลง และต้องมีการพึ่งพาบุคคลในครอบครัว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ต้องใช้แรงงาน หรือหาเลี้ยงชีพ หรือการทำกิจวัตรประจำวัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“มันยากมากเลยที่จะต้องทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพราะส่วนใหญ่จะต้องมีคนในครอบครัวมาดูแล แต่ผมก็พยายามทำด้วยตนเองให้มากที่สุด”

(รายที่ 3)

“เวลาจะอาบน้ำก็ลำบาก ต้องมีลูก ๆ มาช่วยอาบ ตั้งแต่โดนตัดเท้า มาแล้ว 1 ปี ไม่เคยได้เข้าห้องน้ำเลย ทุกอย่างต้องทำบนเตียงนอนทั้งหมด แต่ก็พยายามช่วยเหลือตนเองด้วย”

(รายที่ 9)

“การตัดเท้าทำให้เปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิตจากเดิม และต้องออกจากงานประจำ เพราะว่าร่างกายไม่พร้อมในการทำงานเหมือนเดิม

(รายที่ 7)

2. การปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคม

การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เป็นการลดบทบาทตนเองลดลง ซึ่งเกิดจากการพิจารณาถึงข้อจำกัดของร่างกาย ที่ไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม และปรับเปลี่ยนบทบาทให้บุคคลในครอบครัวเข้ามาทำหน้าที่แทนเพราะต้องการลดบทบาทของตนเองลง จากข้อจำกัดของร่างกาย การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังจากที่โดนตัดเท้า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นบริเวณแผลที่โดนผ่าตัด และเป็นการป้องกันการเกิดแผลเรื้อรังและรักษาไม่หาย ซึ่งบทบาทที่เปลี่ยนไป เพื่อให้เกิดความสมดุลของครอบครัว จะทำให้เป็นภาระของครอบครัวอีกครั้ง

ซึ่งผู้ป่วยก็ยอมรับถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองและยอมรับการเจ็บป่วย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"หลังจากที่โดนตัดนิ้วเท้า ก็ไม่ได้ไปเลี้ยงวัวควายเหมือนเดิม ให้ลูก ๆ ทำ เพราะเดินไม่คล่องตัวเหมือนเดิม"

(รายที่ 5)

"แต่ก่อนยายก็ออกไปซื้อของมาทำกับข้าว แต่ตอนนี้ไม่ได้ไปแล้ว ให้ลูกสาวทำแทน"

(รายที่ 12)

ประเด็นที่ 3 การจัดการและเผชิญปัญหา ผู้ป่วยมีการจัดการและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการผ่าตัดเท้าจากโรคเบาหวานเป็นความรู้สึกที่ไม่มั่นใจในตนเอง และกังวลเกี่ยวกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในการใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 3 ด้านย่อย คือ 1) การปลอบใจตนเอง 2) การถูกตัดเท้าเป็นผลจากกรรมในอดีต 3) ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ดังนี้

1. การปลอบใจตนเอง

การปลอบใจตนเอง เป็นกลไกทางจิตใจที่ผู้ป่วยได้เผชิญที่เกิดการเจ็บป่วยและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองยังให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปลอบใจตนเองว่า ถึงโดนตัดเท้า แต่ก็เอาออกแค่บางส่วนไม่ได้เอาออกทั้งหมด แต่ก็ยังดีกว่าคนอื่นอยู่เพราะบางคนป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่ได้รักษาทำให้เสียชีวิตหรือบางคนโดนตัดถึงโคนขา ซึ่งการปลอบใจตนเองนี้ทำให้ตนเองไม่คิดมากและรู้สึกปล่อยวาง เข้าใจตนเอง สะท้อนถึงการยอมรับในการเจ็บป่วยทำให้เกิดความเข้าใจและเปลี่ยนมุมมองในทางที่ดีขึ้น บางครั้งอาจส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยรู้สึกหดหู่และกังวล การปรับตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหลังจากได้รับการผ่าตัดเป็นสิ่งที่สำคัญ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้สามารถผ่านช่วงเวลาที่วิกฤติของชีวิต และพยายามปรับตนเองให้สอดคล้องความสามารถของตนเองเพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวให้เร็วที่สุด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ตัดนิ้วเท้าที่เป็นแผลออกแล้วก็หายปวด ดีกว่าตอนนั้นที่มีแผลเรื้อรัง และต้องไปโรงพยาบาลบ่อยๆเพื่อล้างแผล"

(รายที่ 2)

“ดีแล้วที่ตัดนิ้วเท้าออก ให้กำลังใจตนเอง ไม่อย่างงั้นแผลคงลุกลามมากกว่านี้ถึงอาจได้ตัดเท้าก็ได้”

(รายที่ 3)

“ช่วงนี้ก็ทำงานบ้านเท่าที่ทำได้ ต้องสู้เท่านั้น เพราะร่างกายไม่เหมือนเดิมแล้ว แต่ต้องพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด”

(รายที่ 4)

“หลังจากที่ถูกตัดนิ้วเท้า ลูกหลานของผมก็คอยให้กำลังใจและช่วยทำงานต่าง ๆ ที่เคยทำ เพราะว่าตอนนี้ก็อายุเยอะแล้ว ถือว่าได้พักผ่อน”

(รายที่ 12)

ดังนั้น การมีทัศนคติทางบวกในการโดนตัดเท้าจากโรคเบาหวานทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถที่จะดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้ดี และผู้สูงอายุที่โดนตัดเท้ามีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุที่โดนตัดเท้าส่วนใหญ่ก็มีความคาดหวังว่าบุคคลในครอบครัวที่จะต้องดูแลตนเอง เหมือนที่ตนเองเลี้ยงดูตอนเป็นเด็ก

สามารถสรุปได้ว่า การปรับตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ ถึงแม้ว่าร่างกายบางส่วนจะสูญเสียไปเพราะโรคเบาหวาน แต่ผู้ป่วยจะมองไปถึงการใช้ชีวิตในอนาคตว่าจะดูแลตนเองอย่างไร ไม่ให้เกิดแผลลุกลามเพิ่มขึ้น เพราะไม่อยากเป็นภาระของลูกหลาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับตัวและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต รับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและพยายามปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่เพื่อให้ตนเองดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด

2. การถูกตัดเท้าเป็นผลจากกรรมในอดีต

ความเชื่อในเวรกรรม เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีมุมมองเกี่ยวกับเจ็บป่วย ที่เกิดจากเวรกรรมแต่ชาติปางก่อน และไม่มีอะไรแก้ไขได้ นอกจากการทำใจตนเองให้ปล่อยวางจากความทุกข์นี้ ความเชื่อและการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเองเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่โดนตัดเท้า รวมถึงความรู้สึกทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการผ่าตัดที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากความเชื่อในเวรกรรม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปล่อยวาง และมีการเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดลงลง ถึงแม้ว่าการสูญเสียอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่เคยใช้ในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ช่วงนี้ก็ทำบุญตักบาตรในตอนเช้าทุกวัน เผื่อจะได้หายเร็วขึ้น ไม่มีโรคภัยเบียดเบียน”

(รายที่ 6)

“ที่โดนตัดเท้า สงสัยเวรกรรมในอดีต ชาตินี้เลยต้องใช้กรรม มันแก้ไขอะไรไม่ได้”

(รายที่ 10)

“ยายเชื่อในบาปกรรม อะไรที่มันเกิดขึ้น มันคงแก้ไขอะไรไม่ได้ มีแต่ต้องยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไปทำบุญตักบาตร แล้วสบายใจ”

(รายที่ 12)

3. ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในครอบครัว เพราะว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังจากที่โดนตัดเท้ามีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และไม่สะดวกในการทำกิจวัตรประจำวัน จากบริบทของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งจะมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลและสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกัน รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่คอยให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ทำให้รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อุ่นใจ เพราะว่าต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ทั้งในรูปแบบการให้กำลังใจการให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัว จะพบว่าสังคมชนบท เมื่อมีการเจ็บป่วยในครอบครัวเกิดขึ้น จะมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งสามี ภรรยา ลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่โดนตัดเท้ารู้สึกอุ่นใจ ที่มีบุคคลในครอบครัวมาคอยดูแลในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“คนในครอบครัวของยาย ก็ช่วยกันดูแลยาย ยายไปไหนมาไหนไม่ได้ แต่คนในครอบครัวก็ให้กำลังใจ และดูแลยายได้ดี”

(รายที่ 8)

“ตอนนี้คุณตาก็ไม่ได้ทำอะไร ลูกหลานเป็นห่วงไม่ให้ทำงานหนักแล้ว ให้เฝ้าบ้าน กลัวแผลไม่หาย”

(รายที่ 10)

“ลูก ๆ หลาน ๆ ก็มาเยี่ยม พากันมาดูแล ลูกก็พาไปหาหมอ ล้างแผลทุกวัน”

(รายที่ 11)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่ถูกตัดเท้าที่อาศัยในเขตชนบท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และต้องมีการจัดการและเผชิญปัญหาหลังจากที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและสูญเสียอวัยวะของร่างกายจาก ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่โดนตัดเท้า ยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองและความทุพพลภาพที่กำลังเผชิญอยู่ โดยมีการปลอบใจตนเองถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่สามารถแก้ไขอะไรได้อีกแล้ว มีการปลอบใจตนเองโดยการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นว่ามีคนที่อาการหนักกว่าตนเอง และบางคนเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากเวรกรรมที่ตนทำมาแต่ชาติปางก่อน และการเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่ตนเองไม่สามารถทำได้ เพราะการตัดเท้าจากแผลเบาหวานทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีมุมมองว่าตนเองจะต้องเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัว (Wandao et.al. 2018) แต่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวานส่วนใหญ่ มีการปรับตัวเองเพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด เพราะเป็นการลดภาระของสมาชิกในครอบครัว และสามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Kragh et.al., 2022) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในอาศัยในเขตชนบทที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีการเชื่อข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น บุคลากรสาธารณสุข เอกสารวิชาการ ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานในเขตชนบทที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มักแสวงหาความรู้จากหลากหลายแหล่งไม่แน่นอน ไม่มีหลักในทางวิทยาศาสตร์ เช่น จากคำบอกเล่าของญาติ เพื่อนที่เป็นเบาหวานด้วยกัน เพื่อนบ้าน โดยเมื่อนำมาปฏิบัติแล้วผลที่ตามมาไม่ดี เช่น ระดับน้ำตาลขึ้นสูงผิดปกติ ก็เปลี่ยนวิธีไปเรื่อย ๆ ตามความพอใจของตนเอง ทั้งนี้ อาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง Peerpuk and Monsin (2023) โดยในการวิจัยครั้งนี้พบว่าลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงอาจส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการคัดกรองความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพก่อนนำมาใช้ในการจัดการตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีความรู้จะสามารถคิดพิจารณาข้อมูลที่ได้มาว่าสมควรจะปฏิบัติตามหรือไม่ (Fisher & Hessler, 2018) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Wongmuan et al. (2024) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีอำนาจในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาจสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะเชื่อฟังคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Peerpuk & Monsin (2023) พบว่า คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นจุดเริ่มต้นของแหล่งข้อมูล

ที่นำมาใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มักปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาไปตามความเชื่อ โดยจุดเริ่มต้นของแหล่งข้อมูลมักมาจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Fisher and Hessler (2018) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการหาข้อมูลสำหรับจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง

แรงสนับสนุนจากครอบครัว ถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่โดนตัดเท้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ (UdonSawai & Chomnirat, 2021) ตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลรับรู้ได้ถึงการได้รับการช่วยเหลือ ได้รับกำลังใจ ส่งผลให้สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในการเสริมสร้างสุขภาพของบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (Peerpuk & Monsin, 2023) อาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยนั้นอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่บริบทสังคมชนบทซึ่งยังมีการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล ไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสร้อยละ 65 ทำให้มีความผูกพันกันกับผู้ป่วย จึงเป็นบุคคลหลักที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่โดนตัดเท้าจากแผลเบาหวานรับรู้ถึงการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (UdonSawai & Chomnirat, 2021)รวมถึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลมาใช้ในการจัดการและดูแลแผลที่เท้า รวมถึงการเป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้ สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีเบาหวานและผู้ดูแล เกี่ยวกับการจัดการตนเองและการดูแลแผลที่เท้าที่บ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีคือแผลที่เท้าไม่มีการติดเชื้อ และไม่ลุกลามจนถูกตัดเท้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Siriniyomchai, 2022)

การจัดการและเผชิญปัญหานั้น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการความเครียดคล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นการทำใจยอมรับปัญหา การพูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจ หรือหากิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้การจัดการความเครียดเหล่านี้ถือเป็นวิธีเฉพาะของบุคคล (UdonSawai & Chomnirat, 2021) ในการผ่อนคลายปัญหาที่เกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรกส่วนใหญ่มีความรู้สึกเครียด เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต รักษาไม่หาย (Kragh et.al., 2022) แต่ทุกคนสามารถจัดการกับความเครียดความเสียใจเหล่านั้นได้ จากการทำใจ การปรับตัว การมองโลกในแง่ดีว่าไม่ใช่โรคที่รุนแรงมากเกิน

เยียวยา จากประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังจากที่ถูกตัดเท้าที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท พบว่ามีการเผชิญทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีการจัดการและเผชิญปัญหาได้ดี พร้อมทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายของตนเอง ในช่วงแรกของการเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวเป็นความรู้สึกแรกที่ต้องเผชิญ เพราะว่าต้องมีการปรับตัวกับการสูญเสียอวัยวะของร่างกายไปและต้องใช้ชีวิตอยู่กับการสูญเสีย ดังนั้นการมีทัศนคติที่ดี มองในมุมบวก รวมถึงการมีแรงสนับสนุนในครอบครัว จะเป็นแรกผลักดันให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่ถูกตัดเท้าสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันให้ดีที่สุด และสิ่งที่สำคัญคือการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการนำไปสู่การมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องตามมาและเพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและการเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองทำให้อัตราการเกิดแผลลดลง และเป็นการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของแผลจากโรคเบาหวาน (Zhu et al., 2020)

สรุป

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังถูกตัดเท้าที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ดังนั้น การพึ่งพาบุคคลในครอบครัว มีความสำคัญมากในกระบวนการฟื้นตัวและปรับตัวเองหลังจากการผ่าตัด เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกว่าไม่โดดเดี่ยว สามารถใช้ชีวิตประจำวันให้มากที่สุด มีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย มีการให้กำลังใจและสนับสนุนในการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุหลังจากที่มีการสูญเสียขาได้มีการปรับตัวที่เหมาะสม โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยด้วยกัน โดยการลงเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและเป็นการเสริมสร้างพลังบวกและกำลังใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน และให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานที่ถูกตัดเท้า โดยการออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รายการอ้างอิง (References)

Fisher, L., Hessler, D., Polonsky, W., Strycker, L., Guzman, S., Bowyer, V., & Masharani, U. (2018). Emotion regulation contributes to the development of diabetes distress among adults with type 1 diabetes. *Patient education and counseling, 101*(1), 124-131. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.036

Health Data Center. (2021) . *KPI report NCD clinic plus: Percentage of controlled diabetes*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

International Diabetes Federation. (2022, February 18). *Diabetes Atlas 2022*. https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html

Khanthacha, S., & Muktabhant, B. (2021). Association of self-care behaviors and beliefs about diabetes with glycemic control of type 2 diabetic patients in a multiethnicity area, Nakae district, Nakhonphanom province. *Srinagarind Medical Journal, 36*(1), 97 - 104. https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/9722

Kragh, N., M., Bergenholtz, H., & Madsen, U. R. (2022). Thoughts and experiences on leg amputation among patients with diabetic foot ulcers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *17*(1), 2009202. https://doi.org/10.1080/17482631. 2021.2009202

Liamputtong, P. (2020). *Qualitative research methods*. Oxford University Press.

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Norabin, N., Chanpen, U., & Sowat, C. (2020). The experience in controlling blood sugar levels for type 2 diabetic patients, *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 10*(2), 351-365. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/245006

Oba, N., & Chutipanyaporn, N. (2022). The successfully experiences of self-management for controlling plasma glucose among people with type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 30*(1), 1 - 13. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/254417

Peerpuk, K., & Monsin, N. (2023, July 24). *A study of stress and stress management of patients with diabetes, TambonChaichana Health Promoting Hospital*. http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/research_file_name/20131106133618_420299681.pdf

Siriniyomchai, C. (2022). Care Management of Elderly Patients with Diabetic Foot Ulcers who Have High Amputation Risk: A Case Study. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, *9*(2), 181 - 193. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/258548

UdonSawai, P., & Chomnirat, W. (2021). Development of a self-management support system for patients at risk of diabetic foot ulcers at Health Promotion Hospital, Na Chan Subdistrict, Kalasin Province. *Journal of Research and Health System Development, 14*(3), 97 - 110. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/253096

Wandao, Y., Chinnawong, T., Chalothorn, U., & Tipwong, A. (2018). The Experience of Self-Management in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. Sadao Hospital, Sadao, Songkhla. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, *38*(3), 52 - 64. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/148311

Wongmuan, K., Thanaboonsutti, N., Ketpan, W., Uprarat, S., Lapinee, V., & Preechasuk, L. (2024). The Effect of Diabetes Self-management Education Provided by Certified Diabetes Educator Compared to Usual Diabetes Education on Glycemic Level and Stage of Behavior Change in Adult with Types 2 Diabetes Mellitus. *Siriraj Medical Journal, 76*(2), 61 – 68. https://doi.org/10.33192/smj.v76i2.266524

Zhu, X., Goh, L. J., Chew, E., Lee, M., Bartlam, B., & Dong, L. (2020). Struggling for normality: experiences of patients with diabetic lower extremity amputations and post‐amputation wounds in primary care. *Primary Health Care Research & Development*, *21*, e63. https://doi.org/10.1017/S146342362000064X.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบ ในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร

Health Literacy with Prevention Behaviors of COVID - 19 among Informal Workers During the Post Pandemic Period in Chumphon Province

นิรชร ชูติพัฒนะ[1], นิศารัตน์ ห้าวหาญ[1*]

Nirachon Chutipattana[1], Nisarat Haohan[1*]

(Received: September 24, 2024; Revised: November 26, 2024; Accepted: December 17, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบ ในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 427 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคระบาด และผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาสูง (0.93) และตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับแรงงานนอกระบบ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อมั่นสูง (0.92) ด้านความรอบรู้ เท่ากับ 0.89 ด้านพฤติกรรม เท่ากับ 0.90 โดยใช้วิธี Alpha Coefficient ตามวิธีการของ Cronbach ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ผลการวิจัย พบว่า แรงงานนอกระบบมีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 121.91, S.D. = 18.69) และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ก็อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 80.29, S.D. = 13.63) สถานบริการที่เข้ารับบริการและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 การศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวทางการปรับ

[1] สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

[1]School of Public Health, Walailak University

[*]Corresponding Author : nisarat.ha@mail.wu.ac.th

เปลี่ยนพฤติกรรม และการควบคุมเฝ้าระวังป้องกันโรคอุบัติใหม่ในกลุ่มประชากรวัยทำงานได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 , หลังโรคระบาด, แรงงานนอกระบบ

Abstract

This cross -sectional study aimed to examine the relationship between health literacy and prevention behaviors of COVID-19 among informal workers during the post pandemic period in Chumphon province. Data were collected from 427 samples by using multistage sampling. Instruments used in this study were closed-ended questionnaire that created by the researcher were validated content by five experts, including health care professionals, experts in health education and behavioral science, experts in epidemic control and prevention, and experts in health literacy. The content validity was good at 0.93. The content validity was high at 0.93, and the reliability index was tested using tools that were deemed suitable by experts to test with informal workers who shared characteristics with the samples. The reliability index was high at 0.92, the literacy portion equaled 0.89, and the behavior component equaled 0.90. Data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, percentage, average, standard deviation, and Pearson's Correlation Coefficient.

Results found that informal workers had health literacy in a moderate level ($\overline{X}$ = 121.91, S.D. = 18.69) and prevention behaviors of COVID-19 was also in a moderate level ($\overline{X}$ = 80.29, S.D. = 13.63). There was a statistically significant relationship between the healthcare facilities accessed and health literacy ($P<0.05$). The findings of this study can be applied to the design of behavioral modification strategies and the monitoring and prevention of emerging diseases among the working-age population in the future.

Keyword: Health literacy, COVID - 19 prevention behavior, Post-pandemic, Informal worker

บทนำ

ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ได้เกิดการระบาดของโรคโควิด - 19 จากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน แพร่และระบาดไปทั่วโลก ทำให้พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากขึ้น (Department of disease control [DDC], 2020) อาการของโรคโควิด - 19 คล้ายไข้หวัดทั่วไป เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก อ่อนเพลีย บางรายอาจ

พบอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต รวมถึงปอดบวม ปอดอักเสบ และไตวาย (DDC, 2021) การระบาดของโรคโควิด - 19 ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบที่เผชิญกับความไม่มั่นคง เนื่องจากไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับลูกจ้างในสถานประกอบการ (Subsing et al, 2023) หลังจากระยะเวลาการระบาดที่ยาวนานถึง 3 ปี ปัจจุบัน ปี 2567 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศยุติภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโลกของโรคโควิด - 19 (World Health Organization [WHO], 2023) ซึ่งสอดคล้องกับประเทศไทยที่ประกาศปรับจากโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ที่ผ่านมา (Hfocus, 2023) แนวโน้มการระบาดของโรคโควิด - 19 ได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยอาการหนัก และอัตราการเสียชีวิตลดลง (DDC, 2020) ในปี 2567 ประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคโควิด - 19 สะสม 299,547 ราย เสียชีวิต 121 ราย เมื่อพิจารณาเทียบกับปี 2566 พบแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยในเดือนพฤษภาคมพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 1.6 เท่าของเดือนเมษายน และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะยังคงสูงต่อเนื่อง (ข้อมูล ณ วันที่ 27 พฤษภาคม 2567) ส่วนจังหวัดชุมพรพบผู้ป่วยในช่วงการการระบาดของโรคโควิด - 19 ทั้งหมด 32,232 ราย และช่วงหลังการระบาด มีผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มขึ้น 34,141 ราย ณ วันที่ 22 กันยายน 2567 (DDC, 2024) รวมถึงมีผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเป็นกลุ่มก้อนจากสถานที่ประกอบการหลายแห่งและการแพร่ระบาดในชุมชน ซึ่งการควบคุมการแพร่ระบาดยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ จึงทำให้ผู้ป่วยในจังหวัดชุมพรเพิ่มขึ้น อาจเกี่ยวข้องกับการลดของพฤติกรรมการป้องกันโรคในหมู่ประชาชน จังหวัดชุมพรจึงได้กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยรายวันจะลดลง แต่ยังพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (DDC, 2021) ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19

การสำรวจข้อมูลแรงงานนอกระบบประเทศไทยมีแรงงานนอกระบบ 21 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 52.3 มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.31) มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (Ministry of Public Health, 2024) ส่วนรายงานจากสำนักงานสถิติจังหวัดชุมพร ปี 2567 พบว่า แรงงานนอกระบบมีจำนวนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาประถมศึกษา โดยกลุ่มอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม และการประมง ร้อยละ 82.75 รองลงมาคือ เป็นเจ้าของกิจการขนาดเล็ก ร้อยละ 4.27 และแรงงานรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 3.96 มีอาชีพหลักเพียงอาชีพเดียวไม่มีอาชีพเสริม ปัญหาที่พบจากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่คือการไม่ได้รับความคุ้มครองและหลักประกันสังคม อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.42 สามารถเข้าถึงสถานบริการด้านสาธารณะ เช่น โรงพยาบาลได้ระดับมาก ร้อยละ 45.36 และการสืบค้นข้อมูลทางเทคโนโลยี อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.82 (Chumphon Ministry of Labour, 2023)

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ฉะนั้นหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 ที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 เมื่อได้รับเชื้อจะทำให้มีอาการรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ (Yok-in & Junwin, 2024) และแม้ว่าแรงงานนอกระบบจะมีบทบาทสำคัญในเศรษฐกิจไทย แต่ต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน เช่น การจ้างงานที่ไม่มั่นคง รายได้ที่ไม่มีเสถียรภาพ ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง ไม่มีหลักประกันในการดำรงชีวิต ขาดสวัสดิการและการคุ้มครองทางกฎหมาย รวมถึงการทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ขาดการดูแลด้านสุขภาพ และมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการทำงานในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น (Wongsakoonkan et al., 2018) จากข้อมูลของแรงงานนอกระบบในจังหวัดชุมพรยังคงพบว่ายังไม่ได้รับการคุ้มครองและหลักประกันทางสังคม และมีการสืบค้นข้อมูลยังไม่ดีมาก จากปัญหาการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบ จึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (Health Education Division , Department of Health Service Support [HED], 2018) ดังนั้นอาจเป็นเหตุให้มีการเข้าถึง และความเข้าใจในข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้มีการสื่อสาร การตัดสินใจ หรือการส่งต่อข้อมูลที่ผิดพลาดในการป้องกันโรคโควิด - 19 หากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด – 19 จะสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ให้แรงงานนอกระบบที่เหมาะสม และสามารถนำผลงานวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการวางแผน เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด - 19 รวมถึงโรคระบาดอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร

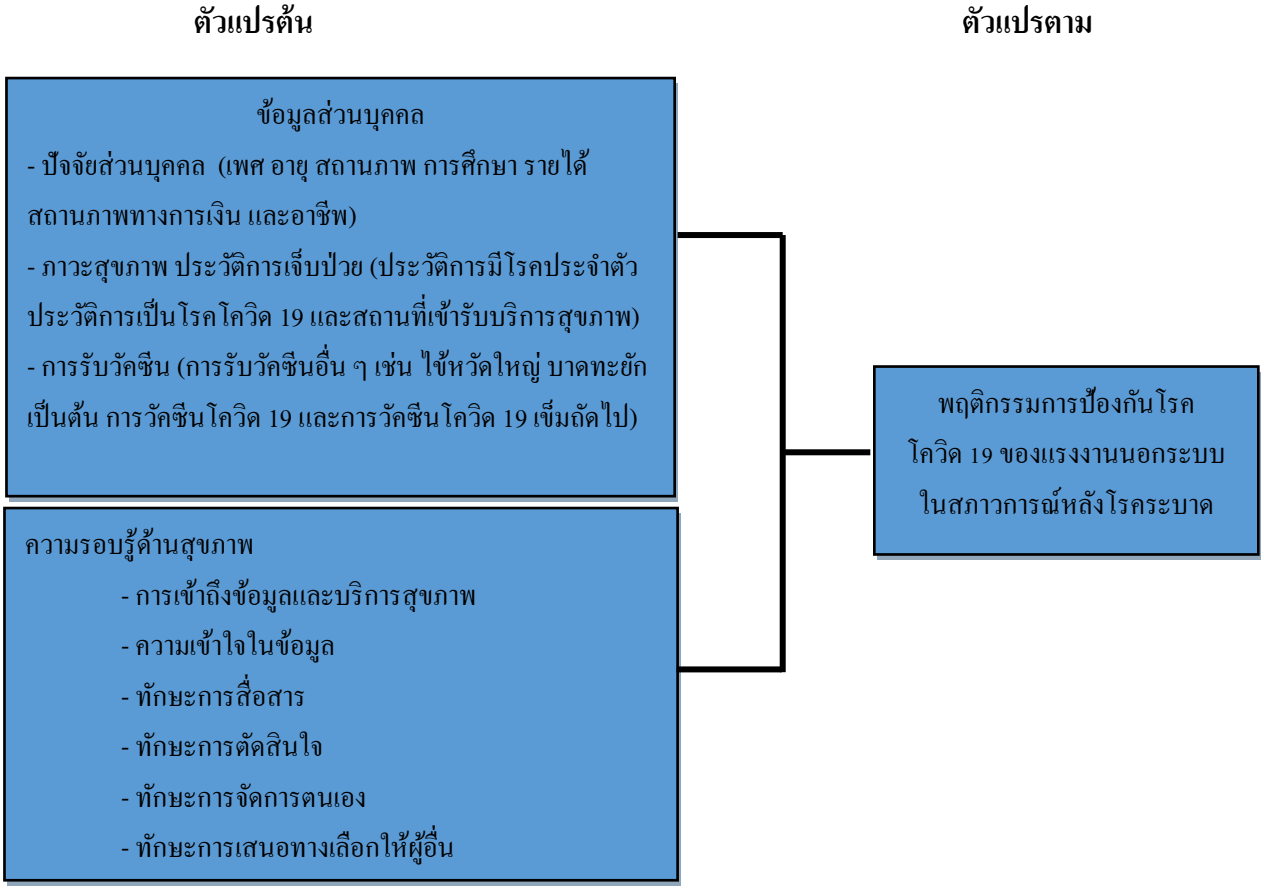
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม (HED, 2018) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2566

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แรงงานนอกระบบที่อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน และอาศัยอยู่ในจังหวัดชุมพร ในปี พ.ศ. 2566 ตามข้อมูลในระบบรายงานประชากรของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 176,177 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานนอกระบบในจังหวัดชุมพร อายุ ระหว่าง 20 - 59 ปี จำนวน 427 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ของ Daniel (2010) ดังสูตรนี้

$$n = \frac{z^2_{\alpha/2}\, NP\,(1-P)}{z^2_{\alpha/2}\, P(1-P)+(N-1)d^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรที่ศึกษาวิจัย จำนวน 176,177 คน

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% (Z = 0.05 / 2 = 1.96)

d = ความแม่นยำของการประมาณที่ให้ผิดพลาดได้ 5 % (Acceptable error = 0.05)

P = สัดส่วนของประชากร = 0.5 (Yaowakul, 2020)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุระว่าง 20 - 59 ปี สัญชาติไทย
2. ทำงานและอาศัยอยู่ในจังหวัดชุมพร ในปี พ.ศ. 2566 ตามข้อมูลในระบบรายงานประชากรของกระทรวงสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. ไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานภาคเกษตรกรรม แรงงานภาคการค้าบริการ และแรงงานภาคการผลิต
4. สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้
5. สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาในช่วงเก็บข้อมูล
2. ผู้ให้ข้อมูลที่เข้ามาในโครงการวิจัยแล้วแจ้งในภายหลังว่าไม่ต้องการให้ข้อมูล

3. ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยรุนแรงให้คัดออกจากการวิจัย ยกเว้นบุคคลที่มีโรคประจำตัวสามารถเก็บข้อมูลได้ตามปกติ

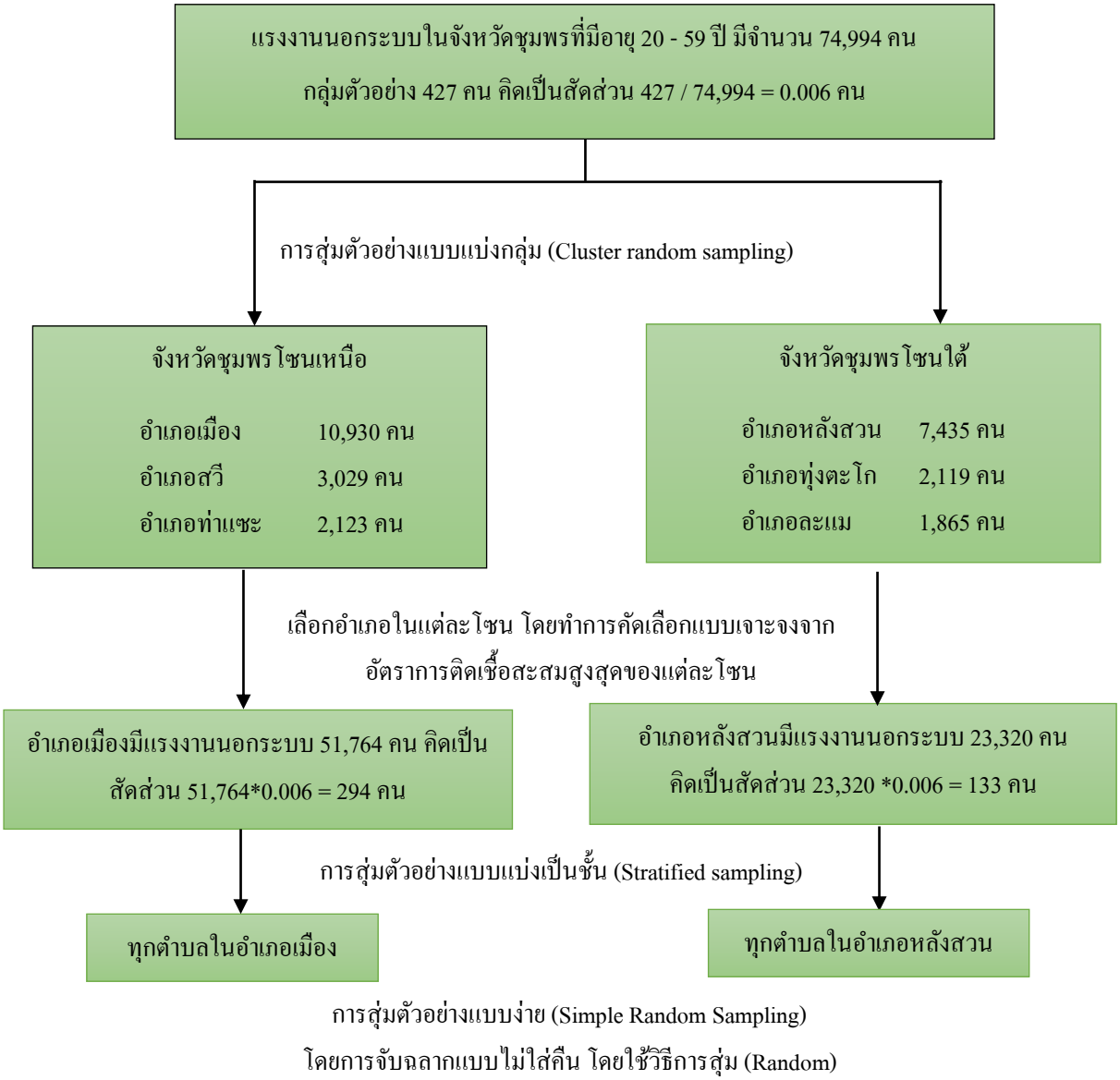
สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stage sampling) โดยเรียงลำดับ

ขั้นที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) (May, 1997) เนื่องจากจังหวัดชุมพร มีการแบ่งโซนเป็น 2 โซน ตามการแบ่งเขตการส่งต่อผู้ป่วย เขตพื้นที่สาธารณสุขโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ขั้นที่ 2 เลือกอำเภอในแต่ละโซน โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจงจากอัตราการติดเชื้อสะสมสูงสุดของแต่ละโซนมา 1 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดชุมพรตอนบน ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพรตอนล่าง ได้แก่ อำเภอหลังสวน

ขั้นที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้น (Stratified sampling) โดยแบ่งเป็นสัดส่วนที่เท่ากันในทุกตำบล ของอำเภอที่คัดเลือก

ขั้นที่ 4 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยใช้วิธีการสุ่ม (Random) หมายเลขประจำตัวในระบบคอมพิวเตอร์ จากทุกตำบลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายอาชีพ เนื่องจากในแต่ละตำบลของอำเภอประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน ซึ่งการประกอบอาชีพในตำบลประกอบอาชีพที่คล้ายกัน เพื่อเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมและได้หลากหลายอาชีพ ผู้วิจัยจึงเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างทุกตำบล ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบปลายปิด (Close - end Questions) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ สถานภาพทางการเงิน และอาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด - 19 และการเข้ารับ

บริการเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ประวัติการรับวัคซีน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ประวัติการรับวัคซีนอื่น ๆ (ไข้หวัดใหญ่ บาดทะยัก เป็นต้น) ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด - 19 และจำนวนการได้รับวัคซีนโควิด - 19 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 40 ข้อ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่พัฒนาโดย (HED, 2018; Sanaeinasab et al., 2022; Yaowakul, 2020) และ 3) แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ (Chevk list) โดยสร้างแบบสอบภามขึ้นมาเอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ สถานภาพทางการเงิน อาชีพ พื้นที่และที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด 19 และการเข้ารับบริการเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ประวัติการรับวัคซีน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประวัติการรับวัคซีนอื่น ๆ (ไข้หวัดใหญ่ บาดทะยัก เป็นต้น) ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด 19 จำนวนการได้รับวัคซีนโควิด 19

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 40 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่พัฒนาโดย (HED, 2018; Sanaeinasab et al., 2022; Yaowakul, 2020) ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval scale) ที่ใช้วัดถึงความสามารถของแรงงานนอกระบบ ในการได้รับข้อมูล การค้นหาข้อมูล และการได้รับบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคโควิด - 19 เพื่อนำไปปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 โดยถามถึงความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 5 คะแนน

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ดังนี้

ตัวเลือก		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ทุกครั้ง	ให้คะแนน	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน	4 คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ / ไม่เคย	ให้คะแนน	1 คะแนน	5 คะแนน

เมื่อรวมคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนระหว่าง 10 – 25 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentile ที่ 25 และค่า Percentile ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
มากกว่า 23	มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมาก
ระหว่าง 20-22.9	มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพปานกลาง
น้อยกว่า 19.9	มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพน้อย

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจในข้อมูล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval scale) ที่ใช้วัดถึงความสามารถของแรงงานนอกระบบในการเรียนรู้ประเด็นสำคัญ และนำความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด - 19 เพื่อนำไปปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 โดยถามมีคำตอบถูกต้องเพียง 1 ตัวเลือก ดังนี้

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจในข้อมูล ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ถูก	1 คะแนน
ผิด	0 คะแนน

เมื่อรวมคะแนนด้านความเข้าใจในข้อมูล โดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนระหว่าง 1 - 9 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentile ที่ 25 และค่า Percentile ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
มากกว่า 9	มีความเข้าใจในข้อมูลระดับมาก
ระหว่าง 7-8.9	มีความเข้าใจในข้อมูลระดับปานกลาง
น้อยกว่า 6.9	มีความเข้าใจในข้อมูลระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval scale) ที่ใช้วัดถึงความสามารถของแรงงานนอกระบบ ในการพูด ฟัง อ่าน เขียน เพื่อให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูล เพื่อนำไปปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด โดยถามถึงความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 5 คะแนน หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร ดังนี้

ตัวเลือก		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ทุกครั้ง	ให้คะแนน	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน	4 คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน	3 คะแนน

นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ / ไม่เคย	ให้คะแนน	1 คะแนน	5 คะแนน

เมื่อรวมคะแนนทักษะการสื่อสาร โดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนระหว่าง 8 - 25 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentile ที่ 25 และค่า Percentile ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
มากกว่า 23	มีทักษะการสื่อสารในระดับมาก
ระหว่าง 18-22.9	มีทักษะการสื่อสารในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 17.9	มีทักษะการสื่อสารในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval scale) ที่ใช้วัดถึงความสามารถของแรงงานนอกในการกำหนดทางเลือก ทั้งการปฏิเสธ หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อนำไปปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 โดยถามถึงความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 4 คะแนน

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษาการตัดสินใจ ดังนี้

ตัวเลือก		คะแนน
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับดีมาก	ให้คะแนน	4 คะแนน
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับดี	ให้คะแนน	3 คะแนน
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับพอใช้	ให้คะแนน	2 คะแนน
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับไม่ดี	ให้คะแนน	1 คะแนน

เมื่อรวมคะแนนทักษะการตัดสินใจ โดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนระหว่าง 6 - 16 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentile ที่ 25 และค่า Percentile ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
มากกว่า 15	มีทักษะการตัดสินใจในระดับมาก
ระหว่าง 12 - 14.9	มีทักษะการตัดสินใจในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 11.9	มีทักษะการตัดสินใจในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval scale) ที่ใช้วัดถึงความสามารถของแรงงานนอกระบบ ในการกำหนดเป้าหมาย

วางแผน ของแรงงานนอกระบบ ในการปฏิบัติตัว เพื่อนำไปปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 โดยถามถึงความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 4 คะแนน

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง ดังนี้

ตัวเลือก		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ทุกครั้ง	ให้คะแนน	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน	4 คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ / ไม่เคย	ให้คะแนน	1 คะแนน	5 คะแนน

เมื่อรวมคะแนนทักษะการจัดการตนเอง โดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนระหว่าง 9 - 40 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentile ที่ 25 และค่า Percentile ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
มากกว่า 36	มีทักษะการจัดการตนเองในระดับมาก
ระหว่าง 28 - 35.9	มีทักษะการจัดการตนเองในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 27.9	มีทักษะการจัดการตนเองในระดับน้อย

ส่วนที่ 6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval scale) ที่ใช้วัดถึงความสามารถของแรงงานนอกระบบ ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ ในการถ่ายทอดข้อมูล และโน้มน้าวให้ผู้อื่นสามารถนำไปปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 โดยถามถึงความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 4 คะแนน

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ดังนี้

ตัวเลือก		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ทุกครั้ง	ให้คะแนน	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน	4 คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย	ให้คะแนน	1 คะแนน	5 คะแนน

เมื่อรวมคะแนนทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น โดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนระหว่าง 9 - 40 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentile ที่ 25 และค่า Percentile ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
มากกว่า 36	มีทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นในระดับมาก
ระหว่าง 25 - 35.9	มีทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 24.9	มีทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นในระดับน้อย

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด - 19 ผู้วิจัยสร้างเองโดยใช้องค์ความรู้แนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด - 19 (Ministry of Public Health, 2022; WHO, 2020) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ 6 - 7 วัน / สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ 4 - 5 วัน / สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติปานกลางไม่มากไม่น้อย 3 วัน / สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง 1 - 2 วัน / สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ตามหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด - 19 แบ่งออกเป็น 5 คะแนน โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของลิเคิร์ท (Likert Scale) ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ (HED, 2018; Sanaeinasab et al., 2022; Yaowakul, 2020)

ตัวเลือก		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	ให้คะแนน	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	1 คะแนน	5 คะแนน

เมื่อรวมคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด – 19 โดยแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนระหว่าง 16 - 45 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentile ที่ 25 และค่า Percentile ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ (HED, 2018; Sanaeinasab et al., 2022; Yaowakul, 2020) ดังนี้

คะแนน แปลผล

มากกว่า 41 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด - 19 ในระดับมาก

ระหว่าง 32 - 40.9 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด - 19 ในระดับปานกลาง

น้อยกว่า 31.9 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการระบาดโรคโควิด - 19 ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจ หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (Lynn,1986) ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ 2 ท่าน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคระบาด 1 ท่าน 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.93 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับแรงงานนอกระบบ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าอัลฟ่าครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ด้านความรอบรู้ เท่ากับ 0.89 ด้านพฤติกรรม เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUEC-23-148-01 วันที่ 12 มิถุนายน 2566 เก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละตำบล แจ้งให้ทราบถึงรายละเอียด และวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้สะดวกยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการ โดยไม่แจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ซึ่งแบบสอบถามครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บแบบสอบถามเอง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

2. ติดต่อประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละตำบล แจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดการศึกษาวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยโทรชี้แจง และไม่กระทบต่อการปฏิบัติงาน

3. ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล เพื่อนำลงเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยเอง ใช้เวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2566 คนละประมาณ 5 - 10 นาที วันละประมาณ 30 ชุด จำนวน 15 วัน ทั้งหมดจำนวน 427 ชุด ได้แบบสอบถามกลับมาครบทั้งหมด 427 ชุด

4. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามครบจึงนำแบบสอบถามทั้งหมดมารวบรวม ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล ลงข้อมูลในระบบ และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร ใช้การทดสอบไคสแควร์ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 427 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 มีอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 53.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.3 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 34.9 เงินเดือน 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 41.2 สถานะภาพทางการเงินไม่มีเงินเก็บ แต่มีหนี้ ร้อยละ 31.6 ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.7 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.9 เคยมีประวัติเป็นโรคโควิด - 19 ร้อยละ 58.3 เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจะไปรับบริการสุขภาพ หรือปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) / ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 51.3 เคยรับวัคซีนอื่น ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ บาดทะยัก เป็นต้น ร้อยละ 91.3 ส่วนใหญ่เคยรับวัคซีนโควิด - 19 ร้อยละ 95.1 จำนวน 3 เข็มขึ้นไป (เข็มกระตุ้น) ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่ไม่ยินยอมรับวัคซีน

โควิด - 19 เข็มกระตุ้น ร้อยละ 68.9 เนื่องจากอื่น ๆ ร้อยละ 57.4 ส่วนมากเนื่องจากไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด - 19 และมีผลค้างเคียงหลังการรับวัคซีนโควิด - 19

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจในข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และ ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 121.91 S.D.= 18.69 Min = 62 Max = 153) (Table 1)

Table1 Health literacy level

Health Literacy	Health Literacy Levels		
	Low	**Medium**	**High**
Health Literacy $\bar{X}$ = 121.91 S.D. = 18.69 Min = 62 Max = 153	105 (24.6)	206 (48.2)	116 (30.9)
Assessing information and services $\bar{X}$ = 20.84 S.D. = 3.16 Min = 10 Max = 25	104 (24.4)	174 (40.7)	149 (34.9)
Health knowledge and understanding $\bar{X}$ = 7.70 S.D. = 1.56 Min = 1 Max = 9	67 (15.7)	200 (46.8)	160 (37.5)
Communicating with professionals $\bar{X}$=20.13 S.D. = 3.68 Min = 8 Max = 25	96 (22.5)	200 (46.8)	131 (30.7)
Making appropriate health decisions to good practice $\bar{X}$= 13.34 S.D. = 2.03 Min = 6 Max = 16	73 (17.1)	210 (49.2)	144 (33.7)
Manage their own health information. $\bar{X}$ = 30.48 S.D. = 7.90 Min = 9 Max = 40	93 (21.8)	221 (51.8)	113 (26.5)
Getting media and information literacy $\bar{X}$ = 29.41 S.D. = 9.19 Min = 9 Max = 40	93 (21.8)	221 (51.8)	113 (26.5)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุก และใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นได้ทุกครั้ง ร้อยละ 54.1 ($\bar{X}$ =83.98, S.D. = 21.19) และน้อยกว่าร้อยละ 40 ได้แก่ การแยกของใช้ส่วนตัว ทุกชนิด ไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่นได้ทุกครั้งร้อยละ 39.8 ($\bar{X}$ = 79.72, S.D. = 21.71) และการทำความสะอาดและ

ฆ่าเชื้อบริเวณพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ได้บ่อยครั้งร้อยละ 36.5 ($\bar{X}$ = 78.5, S.D. = 21.31) ตามลำดับ โดยภาพรวมของแรงงานนอกระบบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 ($\bar{X}$.=. 80.29, S.D. = 13.63) คะแนนต่ำสุด 35 คะแนน และคะแนนมากสุด 100 คะแนน (Table 2)

Table2 Number and percentage of COVID - 19 prevention behavior levels of informal workers. (n = 427)

Interpretation of **COVID-19 prevention behavior**	**Number**	**Percentage**
Low (< 31.9)	97	22.7
Medium (32 - 40.9)	206	48.2
High (> 41)	124	29
$\bar{X}$ = 80.29 S.D. = 13.63 Min = 35 Max = 100		

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา เงินเดือน (บาท) สถานะภาพทางการเงิน อาชีพ ประวัติการมีโรคประจำตัว เคยมีประวัติเป็นโรคโควิด - 19 การรับวัคซีนอื่น ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ บาดทะยัก เป็นต้น การรับวัคซีนโควิด - 19 การรับวัคซีนโควิด - 19 เข็มกระตุ้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 มีเพียงสถานบริการที่เข้ารับการบริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Table 4)

Table 4 The relationship between personal factors and COVID-1 9 prevention behavior of informal workers. (n = 427)

Characteristics	**COVID-19 prevention behavior levels**			X^2	**p - value**
	Number (Percentage)				
	Low	**Medium**	**High**		
Individual					
Gender				5.612	0.06

Characteristics	COVID-19 prevention behavior levels Number (Percentage)			X^2	p - value
	Low	Medium	High		
Male	18 (4.2)	12 (2.8)	44 (10.3)		
Female	79 (18.5)	104 (24.4)	170 (39.8)		
Age (years)				1.405	0.843
20 - 29 years old	11 (2.6)	10 (2.3)	26 (6.1)		
30 - 44 years old	37 (8.7)	43 (10.1)	73 (17.1)		
45 - 59 years old	49 (11.5)	63 (14.8)	115 (26.9)		
Status				2.302	0.680
Singer	15 (3.5)	20 (4.7)	33 (7.7)		
Married	59 (13.8)	77 (18)	143 (33.5)		
Divorced/Separated	23 (5.4)	19 (4.4)	38 (8.9)		
Educational attainment				3.383	0.496
Primary school	24 (5.6)	22 (5.2)	40 (9.4)		
Secondary School	48 (11.2)	68 (15.9)	116 (27.2)		
Bachelor's degree and higher	25 (5.9)	20 (4.7)	52 (12.2)		
Salary (baht)				3.130	0.536
< 5,000	18 (4.2)	26 (6.1)	33 (7.7)		
5,001 – 10,000	41 (9.6)	42 (9.8)	93 (21.8)		
> 10,001	38 (8.9)	48 (11.2)	88 (20.6)		
Financial Status				0.103	0.950
No liabilities.	35 (8.2)	44 (10.3)	81 (19)		
Liabilities.	62 (14.5)	72 (16.9)	133 (31)		
Occupation				6.946	0.542
General employee	19 (4.4)	29 (6.8)	57 (13.3)		
Agriculturist	40 (9.4)	49 (11.5)	102 (23.9)		
Fishery	3 (0.7)	2 (0.5)	5 (1.2)		
Trading / personal business	27 (6.3)	27 (6.3)	39 (9.1)		
Other	8 (1.9_	9 (2.1)	11 (206)		
Health status, history of inlness					
History of congenital disease				2.162	0.339
No	62 (14.5)	85 (19.9)	147 (34.4)		

Characteristics	COVID-19 prevention behavior levels Number (Percentage)			X^2	p - value
	Low	Medium	High		
Yes	35 (8.2)	31 (7.3)	67 (5.7)		
Had a history of Covid 19				2.599	0.273
Ever	53 (12.4)	63 (14.8)	133(31.1)		
Never	44 (10.3)	53 (12.4)	81 (19)		
A health – care facility				26.084	< 0.001***
Tertiary care center	20 (4.7)	24 (5.6)	42 (9.8)		
Primary care	6 (1.4)	15 (3.5)	32 (7.5)		
Subdistrict Health Promoting Hospital	42 (9.8)	58 (13.6)	119 (27.9)		
Private hospital	10 (2.3)	3 (0.7)	9 (2.1)		
Clinic	19 (4.4)	16 (3.7)	12 (2.8)		
Vaccination history					
Receiving other vaccines such as influenza, tetanus, etc.				1.259	0.533
Ever	86 (20.1)	106 (24.8)	198 (46.4)		
Nerver	11 (2.6)	10 (2.3)	16 (3.7)		
Receiving the COVID – 19 vaccines				0.892	0.640
Ever	91 (21.3)	112 (26.2)	203(47.5)		
Nerver	6 (1.4)	4 (0.9)	11 (2.6)		
Receiving the COVID – 19 vaccine booster shot				0.485	0.785
Yes	33 (7.7)	35 (8.2)	65 (15.2)		
No	64 (15)	81 (19)	149 (34.9)		

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ความเข้าใจในข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Table 5)

Table 5 The relationship between health literacy and COVID - 19 disease prevention behavior among informal workers (n = 427)

Health literacy level	COVID - 19 prevention behavior levels Amount (Percentage)			X^2	p - value
	Low	Medium	High		
Assessing information and services.				27.35	< 0.001**
Inadequate	34(32.7)	49(47.1)	21(20.2)		
Problematic	43(24.7)	92(52.9)	39(22.4)		
Sufficient	20(13.4)	65(43.6)	64(43)		
Health knowledge and understanding.				13.15	0.001*
Inadequate	23(34.3)	33(49.3)	11(16.4)		
Problematic	47(23.5)	87(43.5)	66(33)		
Sufficient	27(16.9	86(53.8)	47(29.4)		
Communicating with professionals.				37.83	< 0.001**
Inadequate	39(40.6)	43(44.8)	14(14.6)		
Problematic	39(19.5)	108(54)	53(26.5)		
Sufficient	19(14.5)	55(42)	57(43.5)		
Making appropriate health decisions to good practice.				17.73	0.001*
Inadequate	22(30.1)	26(35.6)	25(34.2)		
Problematic	50(23.8)	91(43.3)	69(32.9)		
Sufficient	25(17.4)	89(61.8)	30(20.8)		
Manage their own health information.				67.17	< 0.001**
Inadequate	36(38.7)	38(40.9)	19(20.4)		
Problematic	47(21.3)	132(59.7)	42(19)		
Sufficient	14(12.4)	36(31.9)	63(55.8)		
Getting media and information literacy.				86.49	< 0.001**
Inadequate	44(46.8)	33(35.1)	17(18.1)		
Problematic	40(19.9)	124(61.7)	37(18.4)		
Sufficient	13(9.8)	49(37.1)	70(53)		
Health Literacy				79.13	< 0.001**
Inadequate	48(45.7)	41(39)	16(15.2)		
Problematic	37(18)	123(59.7)	46(22.3)		

Health literacy level	COVID - 19 prevention behavior levels Amount (Percentage)			X^2	p - value
	Low	Medium	High		
Sufficient	12(10.3)	42(36.2)	62(53.4)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร สามารถอภิปรายผลที่ได้ ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่จำกัด ขาดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน ข้อจำกัดด้านการศึกษาหลายคนในกลุ่มแรงงานนอกระบบอาจมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยต่าง ๆ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kotpan and Junnua (2020) และ ที่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุระหว่าง 18 - 59 ปี อยู่ในระดับปานกลาง แต่ผลการศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาของ Okan et al. (2020) ที่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยแรงงานในเยอรมันอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเมืองใหญ่ ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ จึงไม่มีเวลาในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการรับบริการด้านสุขภาพ (Nilnate et al., 2022) และความรอบรู้ของแรงงานนอกระบบ แตกต่างกับการศึกษาของ Duangmanee, (2023) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด - 19 ตามแบบวิถีใหม่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความรอบรู้ และดูแลสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Ozdemir & Kerse, 2020; Tanasugarn et al., 2021) หากกลุ่มแรงงานนอกระบบมีอาการหรือเจ็บป่วยและกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด - 19 มาแล้วจะเข้ารับการบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน

จากสภาวการณ์หลังโรคระบาดในจังหวัดชุมพรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับที่ยังไม่เพียงพอ เช่น ไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การล้างมืออย่างถูกวิธี การเข้าถึงหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ หรืออุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ อาจไม่สะดวกหรือมีค่าใช้จ่ายที่สูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kotpan and Junnua (2020) และการศึกษาของ Nilnate et al. (2022) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของประชาชนวัยแรงงานที่มีอายุ

ระหว่าง 18 - 59 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการการแพร่ระบาดที่ต่อเนื่องและยาวนาน (Sangsawangwatthana et al., 2020) ทำให้ประชาชนสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจในรูปแบบใหม่ได้ โดยการทำงานจากที่บ้าน (Work from Home) และเรียนผ่านระบบออนไลน์มากขึ้น ใช้แอปพลิเคชันสำหรับการสื่อสาร ให้ความสำคัญกับการซื้อสินค้าที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงการจับจ่ายฟุ่มเฟือย (Nilnate et al., 2022) จากการผ่อนผันมาตรการการป้องกันโรคโควิด - 19 และมีการรับวัคซีนโควิด - 19 จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ลดลง (Sutawardana et al., 2023) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เคยรับวัคซีนโควิด - 19 ร้อยละ 95.1 จำนวน 3 เข็มขึ้นไป (เข็มกระตุ้น) ร้อยละ 64

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ความเข้าใจในข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rattanasena (2023) และการศึกษาของ Arianti and Susanti (2022) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ หรือความจำลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจในข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นได้น้อยกว่า (Yaowakul, 2020)

สถานบริการที่เข้ารับการบริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 เนื่องจากมีบทบาทในการส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย มีการออกให้บริการเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ และมีความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nawangwulan (2022) ทั้งนี้ Bartoo (2023) พบว่า สถานบริการสุขภาพจะสามารถส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโควิด - 19 ผ่านกลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น โครงการขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนสถานบริการสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูล (Bodeerat, 2022) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าแรงงานนอกระบบได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง และการสนับสนุนที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันโควิด - 19 (Saiwutthikul & Panpoklang, 2023) เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ล้างมือ และพื้นที่สำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคม (DDC, 2021) จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการ ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการมีความตระหนักรู้และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโควิด - 19 เนื่องจากสถานบริการ

สุขภาพที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของโควิด - 19 อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ความเสี่ยงที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบ เพราะช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง ความเข้าใจในมาตรการป้องกัน และความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดโอกาสการติดเชื้อและแพร่กระจายโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความเข้าใจในข้อมูล ทักษการสื่อสาร ทักษาการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry et al. (2020) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์ทางตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 อธิบายได้ว่าหากประชากรวัยแรงงานมีความรอบรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพระดับสูง จะทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้และความเข้าใจ (Thongtip, 2020) มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 สูงขึ้นเช่นกัน (Shigemi et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Nutbeam (2000); Duangmanee, (2023)

สรุป

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ของแรงงานนอกระบบ จำนวน 427 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 มีอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 53.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.3 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 34.9 เงินเดือน 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 41.2 สถานะภาพทางการเงินไม่มีเงินเก็บ แต่มีหนี้ ร้อยละ 31.6 ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.9 เคยมีประวัติเป็นโรคโควิด - 19 ร้อยละ 58.3 เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจะไปรับบริการสุขภาพ หรือปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) / ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่ เคยรับวัคซีนอื่น ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ บาดทะยัก เป็นต้น ร้อยละ 91.3 เคยรับวัคซีนโควิด - 19 ร้อยละ 95.1 จำนวน 3 เข็มขึ้นไป (เข็มกระตุ้น) ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่ไม่ยินยอมรับวัคซีนโควิด - 19 เข็มกระตุ้น ร้อยละ 68.9 เนื่องจากอื่น ๆ ร้อยละ 57.4 ส่วนมากเนื่องจากไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด - 19 และมีผลข้างเคียงหลังการรับวัคซีนโควิด - 19

2. ปัจจัยความรอบรู้สุขภาพ จากการศึกษาทั้ง 6 องค์ประกอบ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านองค์ประกอบ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 40.7 ด้านความเข้าใจในข้อมูล ร้อยละ 46.8 ด้านทักษะการสื่อสาร ร้อยละ 46.8

ด้านทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 49.2 ทักษะการจัดการตนเอง ร้อยละ 51.8 และด้านทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ร้อยละ 51.8

3. จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 พบว่า แรงงานนอกระบบ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 48.2 มากที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุก และใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นได้ทุกครั้งร้อยละ 54.1 และการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกเคหะสถานได้ทุกครั้ง ร้อยละ 43.1

4. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา เงินเดือน (บาท) สถานะภาพทางการเงิน อาชีพ ประวัติการมีโรคประจำตัว เคยมีประวัติเป็นโรคโควิด - 19 การรับวัคซีนอื่น ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ บาดทะยัก เป็นต้น การรับวัคซีนโควิด - 19 การรับวัคซีนโควิด - 19 เข็มกระตุ้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 แต่สถานบริการที่เข้ารับการบริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19

5. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบในสภาวการณ์หลังโรคระบาด จังหวัดชุมพร พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของแรงงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ที่ถูกต้องแก่แรงงานนอกระบบ

2. ควรเสริมสร้างความตระหนักการหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้ากากอนามัยรวมทั้งใบหน้า ตา ปาก จมูกเพื่อป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงลึก: ควรมีการวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบ เช่น การเข้าถึงสื่อสารสุขภาพ การส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น

2. การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ: ควรทำการศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ เพื่อดูความแตกต่างในความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูลและติดต่อประสานงานกับพื้นที่ ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณแรงงานนอกระบบในพื้นที่ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม

รายการอ้างอิง (References)

Arianti, D., & Susanti, A. (2022). Terapi Hipnotis Lima Jari Pada Ibu Hamil Dengan Kecemasan Di Kecamatan Kuranji Kota Padang. *Empowerment: Jurnal Pengabdian Masyarakat, 1*(2), 163 – 167. https://journal.sinergicendikia.com/index.php/emp/article/view/78

Barry, C., Green, S., Payne, B., Holmes, J., & Xu, K.T. (2020, November 10). *Knowledge of COVID-19 and health literacy among patients seeking care in an emergency department*. Research Square. https://doi.org/10.21203/rs.3. rs-92195/v1

Bartoo, C. (2023). Supporting Nursing Homes During a Pandemic: Lessons from a Quality Improvement Collaborative. *Caring for the Ages, 24*(4), 8. https://www.caringfortheages.com/article/S1526-4114(23)00123-3/fulltext

Bodeerat, P. (2022). Covid-19 self-protective behavior and vaccine health literacy survey Khlong Khlung District Kampheangphet. *Phichit Public Health Research and Academic Journal, 3*(2), 117 - 129. http://www.ppho.go.th/webppho/research/y3p2/full.pdf

Chumphon Ministry of Labour. (26, August 2023). *Report on the results of preparing an index to measure the quality of life of informal workers and surveying information on informal workers. Fiscal year 2024*. https://chumphon.mol.go.th/

Daniel, W.W. (2010). *Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences* (10th ed.). John Wiley & son.

Department of disease control (2020, November 23). *Manual for prevention and control of infectious disease, Coronavirus 2019*, https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/ manual/ item/44-2019

Department of disease control (2021, January 3). *Guidelines for prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) or COVID-19 for the general public and at-risk groups*. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_ 030164.pdf

Department of Disease Control (2024). *DDC COVID - 19 Interactive Dashboard | 1-dash-week.* https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

Duangmanee, D. (2023). COVID-19 Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 Infection according to the New Normal Lifestyle among Students affiliated with a Higher Educational Institution in Bangkok. [Suan Dusit University]. *Journal of Health and Nursing Research, 39*(3) 84 – 93. http://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/264091

Health Education Division , Department of Health Service Support (2018). *Health Literacy and Health Behavior.* https://www.scribd.com/document/406967113/ 220120180914085828-linked-pdf

Hfocus. (2023, May 6). *Ministry of Public Health reveal WHO has ended "COVID-19" due to the global health emergency, but it is still an endemic disease continue*. https://www.hfocus.org/content/2023/05/27609

Kotpan, K., & Junnua, N. (2020). Associated between Health Literacy and Coranavirus Disease 2019. In College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, *Research and Innovation for SDGs in the Next Normal 16 th ed.* Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

Lynn, M. (1986) Determination and Quantification of Content Validity Index. *Nursing Research, 35,* 382 - 386. https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017

May, T. (1997). *Social Research: issues, methods and process* (4th ed.). Prentice – Hall.

Ministry of Labour. (2024). *Report on the results of preparing an index to measure the quality of life of informal workers and surveying information on informal workers*. Fiscal year 2024. https://iiw.mol.go.th/reports

Ministry of Public Health (2022, May 18). *An updated version was released for doctors and health professionals regarding their responsibilities in preventing and managing infections in hospitals, specifically related to coronavirus disease 2019 (COVID-19). This information comes from the Medical Supplies Information Center at the Ministry of Public Health*. http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8979

Nawangwulan, K. (2022). Optimization of The Behavior of Health Personnel Domain on COVID – 19 Prevention in Ciketing Udik Puskesmas Bantargebang Bekasi City. *International Journal of Health Science & Medical Research, 1*(2),1 - 6. http://doi.org/10.37905/ijhsmr.v1i2.14143.

Nilnate, N., Prasomsuk, S., Prasit, N., Nilnate, P., Yotha, N., & Thammasarn, K. (2022). Health Literacy and COVID-19 Preventive Behaviors among the Working-Age Population in Nakhon Ratchasima Province. *Health Science Journal of Thailand*, *4*(4), 10 – 18. https://doi. org/10.55164/hsjt.v4i4.256302

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

Okan, O., Bollweg, T.M., Berens, E., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: a cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 5503. http://doi.org/10.3390/ijerph 17155503

Ozdemir, S., & Kerse, G. (2020). The Effects of COVID 19 on Health Care Workers: Analysing of the Interaction between Optimism, Job Stress and Emotional Exhaustion. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, *9*(2), 178 – 201. https://doi.org/10.17583/rimcis. 2020.5849

Rattanasena, P. (2023). *Factors related to health behavior according to the 3A.2S. principles of people aged 15 years and over in the Bangkok and surrounding* areas. Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University.

Saiwutthikul, S., & Panpoklang, S. (2023). The Relationship between Health Literacy, Prevention Behaviors, and COVID-19 Infection among Industrial Workers in Chachoengsao Province, Thailand. *Thai Journal of Public Health*, *53*(1), 349 - 364. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/258725

Sanaeinasab, H., Saffari, M., Taghavi, H., Karimi Zarchi, A., Rahmati, F., Al Zaben, F., & Koenig, H. G. (2022). An educational intervention using the health belief model for improvement of oral health behavior in grade-schoolers: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health, 22*(1), 94. https://doi.org/10.1186/s12903-022-02132-2

Sangsawangwatthana, T., Sirisaiyas, N., & Bodeerat, C. (2020). "New Normal" A new way of life and adaptation of Thai people after Covid-19 : Work Education and Business. *Journal of Local Governace and Innovation, 4*(3), 371 - 386. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JLGISRRU/article/view/243943

Shigemi, D., Tabuchi, T., Okawa, S., & Yasunaga, H. (2022). Association between health literacy and COVID-19 prevention behaviors among pregnant and postpartum women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 35*(25), 9971 – 9977. https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2081498

Subsing, B., Jongsukklai, K., Leknoi, U., Komin, W., & Chimmamee, M. (2023). Synthesizing Knowledge on Risk Situations and the Rehabilitation of Informal Workers: The Case of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Social Research*, *46*(2), 1 – 35. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socialresearchjournal/article/view/268794

Sutawardana, J.H., Widayati, W., & Desfiani, Y.R. (2023). Health literacy and post-vaccination COVID-19 prevention behavior in the community: a crosssectional study in Indonesia. *Jurnal Ners, 18*(1), 54 - 60. https://doi.org/10.20473/jn.v18i1.37721

Tanasugarn, C., Riewpaiboon, W., Neelapaichit, N., & Aimyong, N. (2021). *Covid-19 self-protective behavior and vaccine health literacy survey among diabetes patients, elderly and the blind.* Health Systems Research Institute.

Thongtip, B. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Problems and Leadership Potential for New Normal Organization Development. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 5*(11), 434 – 447. http://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/245891

World Health Organization (2020, March 28). *Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers (general).* http://www/who/int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on- covid-19-general

Wongsakoonkan, W., Photong, K., Arunrat, K., Kittiyapornwat, P., Manpuen, Y., & Klunbu, P. (2018). Factors Related to Respiratory Symptoms among Workers in a Broom Grass Industry Case Study: Kohk Gruat Sub District Pad Phli District Nakhonnayok Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology, 12*(3), 170 – 182. https://he01.tci-thaijo-org/index.php/EAUHJSci/article/view/157505/116295

World Health Organization (2023, May 5). *Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic.* https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic?fbclid= IwAR2kx6dnww1GG0AT_v7NVzxNw05kFcfOZjtlMlPrpwru3zZHfjRFKcrIm8I

Yaowakul, D. (2020). *Health Literacy on Coronavirus Disease 2019 Prevention Beha Viors of Village Health Volunteers in Region 6 Health Provider* [Master's thesis]. Burapha University.

Yok-in, J., & Junwin, B. (2 0 2 4). Self -Protection Behavior of COVID -1 9 among patients withHypertensionin Nakhon Si ThammaratProvince. *Christian University Journal*, *30*(1), 48 - 64. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/262952

พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID - 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Health Seeking Behavior by Thai Herbal Consumption of Older Adults During COVID - 19 Pandemic Situation in Surat Thani Province

พนิดา บุญคงทอง[1*], ศศิธร ธนะภพ[1], วันวิสาข์ สายสนั่น ณ อยุธยา[1]

Panida Bunkongthong[1*], Sasithorn Thanapop[1], Wanvisa Saisanan Na Ayudhaya[1]

(Received: January 9, 2024; Revised: March 11, 2024; Accepted: March 19, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดโรค COVID - 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 367 ราย ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2566 ด้วยแบบสอบถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่น 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.76 อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 57.76 ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 63.76 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 63.21 มีคู่สมรส ร้อยละ65.12 มีประสบการณ์การใช้สมุนไพร ร้อยละ 76.29 มีความรู้ในการบริโภคสมุนไพรไทยระดับมาก ร้อยละ 79.84 ทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 50.69 การรับรู้ประโยชน์ระดับมาก ร้อยละ 59.67 พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.05 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยผู้สูงอายุจึงควรได้รับความรู้ในการบริโภคสมุนไพรไทยอย่างถูกต้องจากครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ในกรณีที่มีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพหลังจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, สมุนไพรไทย, โควิด - 19

[1]สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

[1]School of Public Health, WalailakUniversity

Corresponding Author: panida.bn@mail.wu.ac.th

Abstract

The descriptive study aimed to determine relationship related to predisposing, enabling, and reinforcing factors as well as health seeking behavior by Thai herbal consumption of older adults during COVID - 19 pandemic situation in Surat Thani province. Methods: a descriptive cross-sectional study, 367 community-dwelling older adults between April and June of 2023 provided data via a questionnaire whose content validated between 0.67 and 1.00 and its reliability was 0.89. Data was analyzed by using descriptive statistics and chi-square statistics. Results: The majority of older adults (63.76 %) were female, aged 60 - 69 years (57.76 %), had no underlying diseases (63.76 %), had completed primary school (63.21 %), were married (65.12), had used herbs (76.29 %), had a high level of knowledge about consuming Thai herbs (79.84 %), a moderate level of attitude (50.69 %), a high level of perceived benefit (59.67 %), and a moderate level of health seeking behavior (46.05 %). Predisposing, enabling, and reinforcing factors were associated with the health seeking behavior of older adults who consumed Thai herbs. Based on the findings, families and community health care providers should educate people about the proper use of Thai herbs as a substitute for traditional medical care in the event that access to primary healthcare is restricted due to a pandemic of infectious diseases.

Keywords: Health seeking behaviour, Older Adults, Thai herbal, COVID - 19

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 19.40 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ.2574 (Department of older persons, 2023) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรค COVID - 19) ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ที่มีความรุนแรงของการระบาดในระดับ pandemic ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการตายของประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ (Vajragupta & Jitsuchon, 2020) นอกจากนี้ ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวทำให้เกิดความจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางในชุมชน ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและระบบการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการตายของผู้สูงอายุสูงที่ติดเชื้อ COVID - 19 มีอัตราการตายสูงกว่าช่วงวัยอื่นถึง 30 เท่า คือช่วงอายุ 60 - 69 ปีและช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป

โดยมีอัตราการตายอยู่ร้อยละ 0.65 และ 3.89 ตามลำดับ และสูงกว่าเด็กเล็กถึง 200 เท่า (Tanasiri, 2022) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรค COVID 19 ตามแนวทางกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในช่วงการระบาดรุนแรงระลอกที่ 3 ในปีพ.ศ. 2563 - 2565 มีการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์หรือสารสกัดจากสมุนไพรฟ้าทะลายโจร (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2019) เนื่องจากยานี้มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณไวรัสได้ดี แต่ยาฟาวิพิราเวียร์อาจจะมีผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ตับอักเสบ และยังพบว่ามีการขาดแคลนของยาร่วมด้วย ดังนั้นการกำหนดให้มีการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรจึงเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนและมีบทบาทมากขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข (Lekpitaya, 2021)

กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้มีการสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมการใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้องและเหมาะสม (Lertvilairattanapong, 2023) ทั้งนี้จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ได้ยึดแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรตามนโยบายดังกล่าว และได้มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกของบริการสาธารณสุขควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเกือบทุกแห่งในพื้นที่จังหวัด โดยได้มีการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยและจ่ายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรภายในจังหวัดสุราษฎร์ธานีเอง ทำให้ประชาชนในจังหวัดสามารถเข้าถึงบริการและผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้มากขึ้น (Ladpum, 2023) โดยในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค COVID - 19 ที่ผ่านมาสมุนไพรไทยเป็นที่ต้องการของประชาชนจำนวนมาก มีข้อมูลแสดงถึงการบริโภคสมุนไพรฟ้าทะลายโจร กระชายขาว เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชาชนทำให้สมุนไพรขาดตลาด มีการปรับราคาเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิมถึง10 เท่าตัวของราคาเดิม (Thansettakij, 2021) เนื่องจากผลิตภัณฑ์สมุนไพรและยาสมุนไพรสามารถเข้าถึงได้ง่ายหลายช่องทาง เช่น การปลูกเองหรือหาซื้อได้ตามอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ร้านค้าทั่วไป และร้านสะดวกซื้อ ซึ่งการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้อย่างสะดวกอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีคุณภาพของผู้บริโภคได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ (Notification of the Distribution Committee to Local Administrative Organizations, 2021)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรนั้นเกิดจากปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในการแสวงหาบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบความสัมพันธ์ของบุคคลกับระบบบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ ทั้งในการดูแลตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ การใช้ยาสมุนไพรไทยด้วยตัวเองของบุคคลที่อยู่ภายใต้พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ (Khadka et al., 2022) ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์การใช้ยาสมุนไพรไทยในการดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้สูงอายุเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพสำหรับการรักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ ปัจจัยสัมพันธ์กับการแสวงหาการบำบัดและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวของบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยที่ทฤษฎี PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ระบุว่าประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกันได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เพื่ออธิบายและวิเคราะห์พฤติกรรมแสวงหาการใช้สมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในช่วงที่มีข้อจำกัดของบริการสาธารณสุขได้ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมการบริโภคสมุนไพร ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกช่วยให้แสดงพฤติกรรมต่อการบริโภคสมุนไพร รูปแบบผลิตภัณฑ์ ราคา แหล่งที่มาของสมุนไพร รวมทั้งการเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคสมุนไพรของผู้สูงอายุจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีอยู่จากนโยบายของภาครัฐและคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น ดังนั้นจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE model เพื่อสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพด้วยการบริโภคสมุนไพรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถแสวงหาการบริโภคบริการและผลิตภัณฑ์สมุนไพรด้วยตนเองในจังหวัดสุราษฎร์ธานียังไม่เคยมีการดำเนินการมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคในช่วงภาวการณ์ของโรคระบาด COVID - 19 ซึ่งมีการใช้สมุนไพรไทยเพื่อการบำบัดรักษาโรคกันอย่างกว้างขวาง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรของผู้สูงอายุ ในช่วงการระบาดของโรค COVID - 19 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาปรับใช้ในการวางแผนการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและส่งเสริมการบริโภคสมุนไพรไทยอย่างสมเหตุสมผลและมีคุณภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

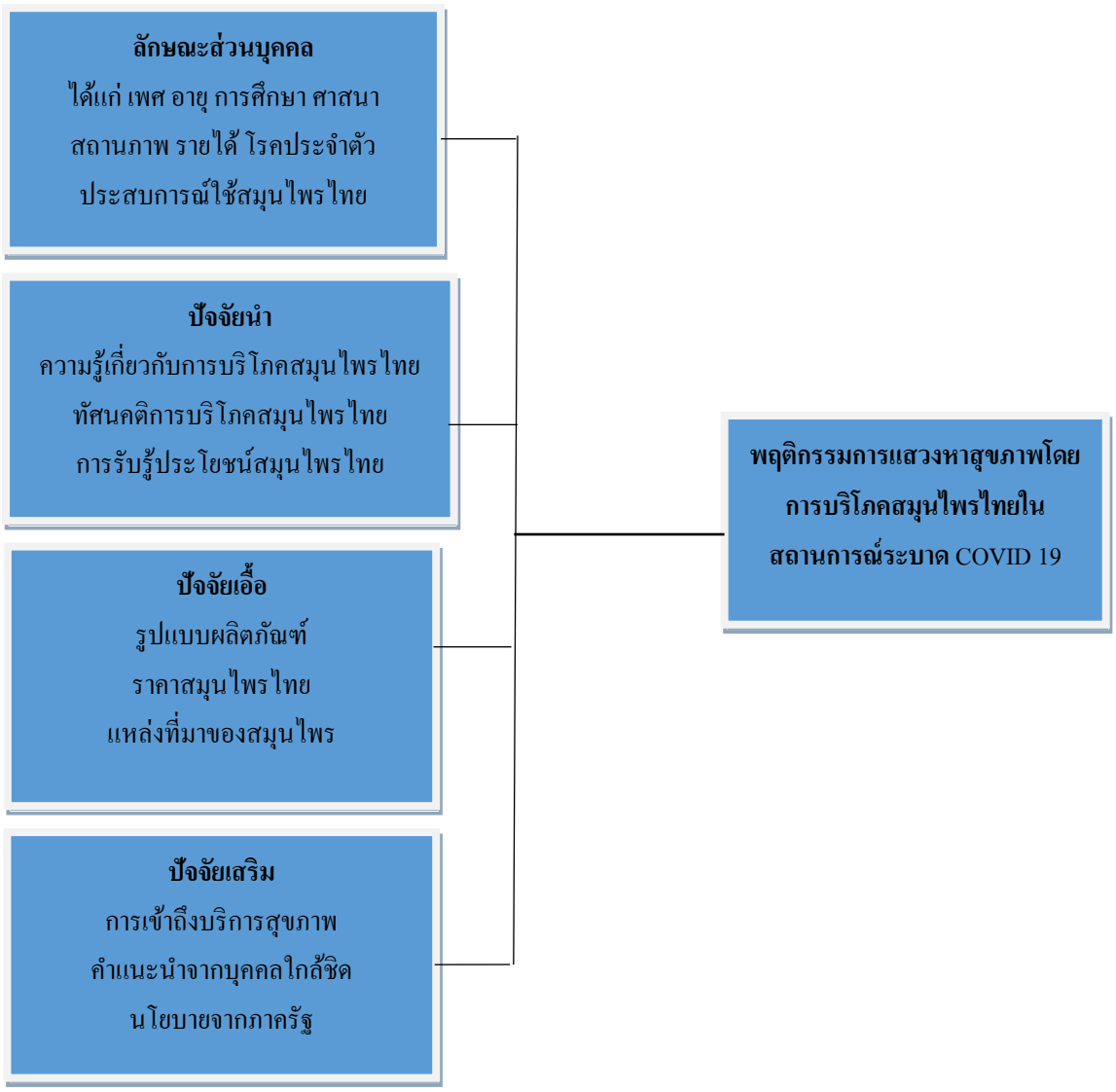
1. เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาด COVID - 19 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาด COVID - 19 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาด COVID - 19 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีผลประเมิน ADLs / IADL กลุ่มติดสังคม - ติดบ้าน จากฐานข้อมูลการคัดกรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความพิการและอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีในช่วงที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดโรค COVID – 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel and Wayne 1995 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 367 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sample) โดยเรียงลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างอำเภอ(Cluster area random sampling) ทั้ง 19 อำเภอของจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการสุ่มจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จำนวน 74 คน, อำเภอบ้านนาสาร จำนวน 63 คน, อำเภอพุนพิน จำนวน 136 คน, อำเภอไชยา จำนวน 76 คน, อำเภอวิภาวดีจำนวน 18 คน

ขั้นตอนที่ 2 ทำการทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในระบบคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูล JHCIS

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา โรคประจำตัว สถานภาพ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การใช้สมุนไพร จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์การบริโภคสมุนไพร จำนวน16 ข้อ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ ราคาและแหล่งที่มาของสมุนไพร จำนวน 8 ข้อ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดและนโยบายของภาครัฐ จำนวน 10 ข้อ 5) พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 - 5 เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ระดับมาก (คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80) ระดับปานกลาง (คะแนน ร้อยละ 60 - 79.90) และระดับน้อย (คะแนน < ร้อยละ 60) (Anekpunyakul et al., 2020)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน และ เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยจำนวน 1 ท่าน

ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.0 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient โดยรวมเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUEC-23-052-01 เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยทำหนังสือประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยหรืองานผู้สูงอายุ ทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูลจัดการประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และอบรมการเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วม การวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถามใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้ช่วยวิจัยสามารถช่วยอ่านแบบสอบถามให้ฟังแต่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อสรุปข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ด้วยสถิติ Pearson’s Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 367 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.76 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 57.76 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.64 ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 67.57 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.21 มีคู่สมรส ร้อยละ 65.12 มีรายได้ประมาณ 5,001 - 15,000 บาท / เดือน ร้อยละ 40.32 และเคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรไทย ร้อยละ 76.29 ดัง (Table 1)

Table 1 Socio-demographic characteristics of respondents (n = 367)

Factors		Numbers (%)
Gender		
	Male	133 (36.24)
	Female	234 (63.76)
Age (years)		
	60-69	212 (57.76)
	70-79	121 (32.97)
	80 and above	34 (9.27)
Religion		
	Buddhism	351 (95.64)
	Islam	16 (4.36)
Underlying diseases		
	None	248 (67.57)
	Present	119 (32.43)
Education level		
	No education	34 (9.26)
	Primary education	232 (63.22)
	Secondary and above	101 (27.52)
Marital status		
	Single	69 (18.80)
	Married	239 (65.12)
	Divorced	59 (16.08)
Income (THB/month)		
	Less than 5,000	123 (33.52)
	5,001-10,000	148 (40.32)
	10,001-15,000	64 (17.44)
	15,001-30,000	21 (5.72)
	More than 30,000	11 (3.00)
Experience in utilizing Thai herbs		
	Not used	87 (23.71)
	used	280 (76.29)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคสมุนไพรไทย

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคสมุนไพรไทยเฉลี่ยอยู่ที่ 6.57 คะแนน (คะแนนเต็ม 8 คะแนน) (S.D. = 1.35, min = 1, max = 8) ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 94.00 ในเรื่องการบริโภคยาสมุนไพรสามารถให้โทษและอันตรายหากไม่รู้จักใช้หรือใช้ไม่ถูกต้อง และตอบผิดมากที่สุดร้อยละ 79.01 เรื่องสมุนไพรเพชรสังฆาตสามารถรับประทานสดได้ แก้โรคริดสีดวงทวารหนักได้ (Table 2)

Table 2 Understanding the consumption of Thai herbal medicine among elderly respondents. (n=367)

Knowledge of Thai Herbal Medicine	Correct Number (%)	Incorrect Number (%)
1. Herbal medicine is applied to treatments obtained from components of plants, animals, and minerals.	292 (79.56)	75 (20.44)
2. *Andrographis paniculata* (Fah Talai Jone*)* should not be ingested consistently for over five days per week.	322 (87.74)	45 (12.26)
3. *Cissus Quadrangularis* (Phet Sang Khat) can be consumed in its fresh form to alleviate hemorrhoids.	77 (20.99)	290 (79.01)
4. *Derris scandens* (Thao Wan Priang) helps alleviate bodily soreness.	332 (90.46)	35 (9.54)
5. *Solanum sanitwongsei* (Ma Wang) and *Phyllanthus emblica* (Makham Pom) promote bowel movements.	203 (55.31)	164 (44.69)
6. *Boesenbergia rotunda* (Krachai) helps mitigate bloating and dyspepsia.	309 (84.20)	58 (15.80)
7. Ya Hom Navakot helps alleviate dizziness, nausea, and vomiting.	320 (87.19)	47 (12.81)
8. The use of herbal medicine can pose dangers and safety risks if applied without adequate knowledge or used improperly.	345 (94.00)	22 (6.00)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ระบาด COVID – 19

ปัจจัยนำ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความรู้การบริโภคสมุนไพรไทย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.84 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 17.71 และระดับน้อย ร้อยละ 2.45 (Mean = 6.57, S.D. = 1.35,

min = 1, max = 8) มีทัศนคติการบริโภคสมุนไพรไทย อยู่ในระดับปานกลางมาก ร้อยละ 50.69 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 40.05 และระดับน้อย ร้อยละ 9.26 (Mean = 18.57, S.D. = 2.86, min = 12, max = 25) และมีการรับรู้ประโยชน์การบริโภคสมุนไพรไทย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.67 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 32.70 และระดับน้อย ร้อยละ 7.63 (Mean = 11.68, S.D. = 2.08, min = 6, max = 15)

ปัจจัยเอื้อ พบว่า ด้านผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.68 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.14 และระดับน้อย ร้อยละ 8.18 (Mean = 11.34, S.D. = 2.09, min = 6, max = 15) ด้านราคาในการบริโภคสมุนไพรไทย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.77 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.15 และระดับน้อย ร้อยละ 16.08 (Mean = 6.98, S.D. = 1.67, min = 2, max = 10) และด้านแหล่งที่มาของการบริโภคสมุนไพรไทย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.78 รองลงมาระดับน้อย ร้อยละ 33.52 และระดับมาก ร้อยละ 29.70 (Mean = 9.77, S.D. = 2.64, min = 3, max = 15)

ปัจจัยเสริมการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดและนโยบายจากภาครัฐ ในการบริโภคสมุนไพรไทย พบว่า มีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.40 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 31.34 และระดับน้อย ร้อยละ 18.26 (Mean = 17.73, S.D. = 3.30, min = 9, max = 25) ด้านคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.23 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 30.25 และระดับน้อย ร้อยละ 27.52 (Mean = 9.92, S.D. = 2.49, min = 3, max = 15) ด้านนโยบายจากภาครัฐ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.60 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 39.00 และระดับน้อย ร้อยละ 14.40 (Mean = 6.83, S.D. = 1.66, min = 2, max = 10)

ระดับพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยในช่วงสถานการณ์โควิด - 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.05 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 42.23 และระดับน้อย ร้อยละ 11.72 (Mean = 22.51, S.D. = 4.04, min = 11, max = 30)

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยในสถานการณ์ระบาด COVID - 19

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ พบว่า ปัจจัยนำ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาด COVID - 19 (p-value < 0.05) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาด COVID - 19 อย่างไรก็ตามในด้านความรู้การบริโภคสมุนไพรไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้น้อย – ปานกลางจะแสวงหาสุขภาพด้วยการบริโภคสมุนไพร

ไทยในระดับน้อย - ปานกลาง (ร้อยละ 81.10) ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับมาก (ร้อยละ 51.90) (Table) 3

Table 3 The correlation between personal demographic characteristics, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health-seeking behaviors in the utilization of Thai herbal medicine during the COVID-19 pandemic among the elderly in Surat Thani Province

Factors		Health-seeking behaviors through Thai herbal medicine consumption (%)		χ^2	p
		Low to moderate	High		
Gender				2.254	0.133
	Male	70(52.6)	63(47.4)		
	Female	142(60.7)	92(39.3)		
Age (years)				2.312	0.315
	60-69	128(60.4)	84(39.6)		
	70-79	68(56.2)	53(43.8)		
	80 and above	16(47.1)	18(52.9)		
Religion				0.016	0.900
	Buddhism	203(57.8)	148(42.2)		
	Islam	9(56.3)	7(43.8)		
Underlying diseases				0.383	0.536
	None	146(58.9)	102(41.1)		
	Present	66(55.5)	53(44.5)		
Education level				0.939	0.625
	No education	18(52.9)	16(47.1)		
	Primary education	132(56.9)	100(43.1)		
	Secondary and above	62(61.4)	39(38.6)		
Income (THB/month)				1.964	0.375
	Less than 5,000	75 (61.0)	48 (39.0)		
	5,001-15,000	79 (53.4)	69 (46.6)		
	More than 30,000	58 (60.4)	38 (39.6)		
Experience in utilizing Thai herbs				1.390	0.375
	Not used	55 (63.2)	32 (36.8)		

Factors		Health-seeking behaviors through Thai herbal medicine consumption (%)		χ^2	p
		Low to moderate	High		
	used	157 (56.1)	123 (43.9)		
Level of knowledge				20.653	0.000*
	Low - Moderate	60 (81.1)	14 (18.9)		
	High	152 (51.9)	141 (48.1)		
Attitude				26.505	0.000*
	Low	27 (79.4)	7 (20.6)		
	Moderate	123 (66.1)	63 (33.9)		
	High	62 (42.2)	85 (57.8)		
Perceived benefits				30.917	0.000*
	Low	28(100)	0(0)		
	Moderate	78(65.0)	42(35.0)		
	High	106(48.4)	113(51.6)		
Enabling factors				28.503	0.000*
	Low	56(82.4)	12(17.6)		
	Moderate	120(57.4)	89(42.6)		
	High	36(40.0)	54(60.0)		
Reinforcing factors				49.505	0.000*
	Low	66(85.7)	11(14.3)		
	Moderate	124(57.7)	91(42.3)		
	High	22(29.3)	53(70.7)		

Note: The statistically significant level was determined at 0.05.

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยในสถานการณ์ระบาด COVID – 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำด้านความรู้ ทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์การบริโภคสมุนไพรไทย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าสัดส่วน

ของการมีพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพ โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย - ปานกลาง เนื่องจากพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่เป็นเขตชนบทผู้คนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำให้รู้จักสมุนไพรไทยไม่หลากหลาย รู้จักสมุนไพรบางชนิด แต่มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรไทยควบคู่กับการมีทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ของ การบริโภคสมุนไพรไทยที่ดี เห็นได้จากประสบการณ์การใช้สมุนไพรไทย (ร้อยละ 76.29) และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 6.57 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทย ไม่มีความสัมพันธ์มาจากระดับการศึกษา เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบประถมศึกษา (ร้อยละ 63.21) โดยการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Intajak (2021) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้จากประสบการณ์และบริบทของชุมชนในการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ในด้านทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์การบริโภคสมุนไพรไทยนั้น เนื่องมาจากประสบการณ์การบริโภคสมุนไพรไทยต่อการรักษาโรคหรืออาการของแต่ละคนแตกต่างกัน เมื่อใช้สมุนไพรไทยได้ผลการรักษาที่พึงพอใจ จึงเกิดการรับรู้ประโยชน์ของสมุนไพรไทยและจะกลับมาใช้สมุนไพรอีก ดังนั้นจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaichompoo et al. (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค พบว่า ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ทัศนคติจึงเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้น ให้บุคคลแสดงพฤติกรรม แต่อาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วยสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Lawrence et al. (2005)

สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้ออันประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์ ราคาและแหล่งที่มาของสมุนไพรไทย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพร ไทยในสถานการณ์ระบาดโรค COVID - 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจาก ผลิตภัณฑ์ของสมุนไพรไทย รูปแบบของการใช้สมุนไพรไทยที่ง่ายและสะดวกต่อการบริโภค มีราคาที่เหมาะสมและมีแหล่งที่มาของสมุนไพรไทยที่เชื่อถือได้ โดยเฉพาะมาจากการปลูกเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้มีผลกับรายได้ของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ที่ 5000 - 10,000บาท / เดือน สอดคล้องกับ Vichasilp et al. (2016) ที่พบว่า การรับรู้ถึงสมุนไพรรักษาโรคของผู้บริโภค ในประเด็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีความทันสมัยง่ายต่อการบริโภค บรรจุภัณฑ์สวยงาม มีป้ายราคา ที่ชัดเจนน่าเชื่อถึงและได้รับเครื่องหมายรับรองความปลอดภัยจาก

สำนักงานคณกรรมการอาหารและยาส่งผลต่อการบริโภคสมุนไพรและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaiseng and Techamanon (2017) ที่พบว่า ปัจจัยและอิทธิพลต่อการใช้ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในผู้สูงอายุ คือ สถานที่ขายผลิตภัณฑ์ที่สะดวกต่อการเข้าถึงและการเสริมการตลาดที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

ในด้านปัจจัยเสริมอันประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด นโยบายจากภาครัฐ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ระบาดโรค COVID - 19 โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ใช้ยาสมุนไพรไทยซึ่งมาจากการรับสื่อ การแนะนำเล่าประสบการณ์ตรงจากผู้มีประสบการณ์ใช้สมุนไพรมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Anekpunyakul et al. (2020) ซึ่งพบว่าคำแนะนำและประสบการณ์ตรงจากผู้มีประสบการณ์ใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเอง

สรุป

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพโดยการบริโภคสมุนไพรไทยในสถานการณ์ระบาดโรค COVID - 19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี คือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ซึ่งในช่วงสถานการณ์การระบาดที่ผ่านมา ผู้คนต่างให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รวมถึงผู้สูงอายุที่เป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อโรคระบาดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการนำผลการศึกษา ปัจจัยนำด้านความรู้ ทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์การบริโภคสมุนไพรไทยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมการการใช้สมุนไพร พร้อมทั้งให้ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์การบริโภคสมุนไพรอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นกระตุ้นการบริโภคสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชมชุน ควรมีแนวทางในการส่งเสริม เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์นโยบายการใช้สมุนไพรไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการดำเนินการของภาครัฐให้ทั่วถึงมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปได้ใช้สมุนไพรอย่างถูกต้องและปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการเข้าเก็บข้อมูล ตลอดจนการติดต่อประสานงานกับพื้นที่ ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูลและขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

รายการอ้างอิง (References)

Anekpunyakul, P., Sirilak, S., & Damee, P. (2020). Herbal Use Behavior in Health Care among the People in Receiving Service at Naresuan University Hospital. *CUAST Journal*, *9*(2) 76 – 90. https://www.council-uast.com/journal/journal-detail.php?id=30

Chaichompoo, S., Shuaytong, P., Waseeweerasi, W., & Sonkosum, S. (2021). Factors Related with People's Behavior Towards Using Medical Herbs for Illness Treatments among People in Region 11, Ministry of Public Health. *Kuakarun Journal of Nursing, 19*(2) 60 - 74. http://chdkkujournal.com/demo/count.php?a=828

Chaiseng, S., & Techamanon, S. (2017). *Perception and intention to use herbal product of elderly* [Master's thesis]. Mahidol University.

Daniel, & Wayne, W. (1995). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences USA*. Wiley.

Department of older persons. (2023, December 8). *Elderly statistics.* https://dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf

Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed). Emily Barrosse.

Intajak, T. (2021). *Herbal Used Behavior of People in Mueang District* (Research Report). Chiang Mai Rajabhat University.

Khadka, S., Shrestha, O., Koirala, G. , Acharya, U., & Adhikari, G. (2022). Health seeking behavior and self-medication practice among undergraduate medical students of a teaching hospital: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, *78,* (1-7). http://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103776

Ladpum, N. (2023, March 15). *Public health. support Driving the Surat Thani Herbal City project*. https://thailand.go.th/issue-focus-detail/001_07_016-2-2

Lawrence, W., Green, & Marshall, W. K. (2005). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach.* (4th ed). McGraw-Hill.

Lekpitaya, N. (2021, December 8). *Favipiravir.Rama RDU (41)*. www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue041/rama-rdu

Lertvilairattanapong, C. (2023). *Policy to promote the use of herbal medicines in place of modern medicines in the health service system (editor).* DTAM news.

Notification of the Distribution Committee to Local Administrative Organizations. (2021). *Royal gazette.* https://www.royalgazette.com/

Tanasiri, C. (2022). Situation of the thai older persons2021. (Research Report). Mahidol University,

Thansettakij. (2021, November 21). *herbs of Covid-19*. https://www.thansettakij.com/business/490962

Vajragupta, Y., & Jitsuchon, S. (2020, December 8). *Socio-Economic Impact Assessment of COVID-19 in Thailand.* https://tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19-on-older-persons.

Vichasilp, K., Phromket, C., Wetvitan, P., & Vichasilp, C. (2016). Perception of herbal treatments of northeastern consumers of Thailand. *Khon Kaen Agriculture Journal, 44*(1). 565 – 570. https://ag2.kku.ac.th/kaj/PDF.cfm?filename=P033%20Eco05.pdf&id=2307&keeptrack=1

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลจิตเวช

Empowerment for Patients with Depressive Disorders: Role of Psychiatric Nurses

ศุภรดา วงค์จำปา[1], ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี[1*]

Suparada Wongjumpa[1], Pattarin Thamduangsri[1*]

(Received: September 11, 2024; Revised: November 12, 2024; Accepted: November 13, 2024)

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจที่ส่งผลกระทบด้านร่างกายมากที่สุด และมีแนวโน้มอันตรายต่อชีวิตจากอารมณ์ที่เศร้า หดหู่ สูญเสียความสุข ไร้ค่า มองตนเองและผู้อื่นในด้านลบ จนอาจเกิดการฆ่าตัวตาย ปัจจุบันมีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายเพื่อลดอาการซึมเศร้านี้ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นอีกหนึ่งวิธีที่สำคัญที่นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ยกตัวอย่างประสบการณ์การให้การพยาบาลโดยนำกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจมาปรับใช้ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า มุ่งเน้นที่ทางออกของปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมให้บุคคล ทำให้เกิดพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถใช้ชีวิตร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยซึมเศร้า, พยาบาลจิตเวช

Abstract

Depressive disorder is a mental and psychological condition that primarily affects the body and can cause lifelong harm, ranging from sadness and depression to low self-esteem, pessimism, and even suicidal thoughts. Currently, there are numerous therapeutic approaches available to lessen depression. Empowerment is an essential remedy for patients with depressive disorders.

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

Corresponding Author: pattarin@smnc.ac.th

The purpose of this scholarly article was to provide information regarding empowerment for patients with depressive disorder. The researcher used the empowerment process to modify nursing care activities for patients with depressive disorder. The activity was created by focusing on problem-solving to address the current issue and improve the patients' sense of self-worth and develop appropriate behavior in order to improve the self-empowerment of patients with depressive disorder and enable them to live happily in society.

Keywords: Empowerment, Patients with depressive disorder, Psychiatric nurses

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคของกลุ่มทางอารมณ์ ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและเป็นอันดับที่ 5 ในเพศชาย ความชุกของโรคซึมเศร้าในตลอดช่วงชีวิตของคนไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 1.4 – 19.9 ส่วนในต่างประเทศมีความชุกของโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 3 – 17 (Arunpongpaisan et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตที่พบได้บ่อยทั่วโลกเป็นโรคที่ทำให้เกิดอารมณ์หดหู่หรือสูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อทุกด้านของชีวิต รวมถึงความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และชุมชน จนอาจเกิดการฆ่าตัวตาย โดยพบสถิติผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 รายทุกปี และการฆ่าตัวตายก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 4 ในกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 29 ปี (World Health Organization [WHO], 2023) ประชากรทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 3.8 เคยมีประสบการณ์เกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบประมาณร้อยละ 5 ของวัยผู้ใหญ่ และร้อยละ 5.7 ของผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งนั่นหมายถึงว่าประมาณ 280 ล้านคนในโลกที่มีภาวะซึมเศร้า (Institute of Health Metrics and Evaluation [IHME], 2023) ผู้หญิงจะพบการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 50 ขึ้นไป โดยทั่วโลกผู้หญิงจะมีอาการซึมเศร้าได้มากกว่าร้อยละ 10 ในขณะที่ตั้งครรภ์และเพิ่งคลอดบุตร (Woody et al., 2017)

ในขณะที่มีสถิติของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้นนั้น ในด้านการบำบัดรักษาพบว่ามีวิธีการบำบัดรักษาที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด และโปรแกรมการป้องกันรูปแบบต่าง ๆ ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ แม้ว่าจะมีการรักษาความผิดปกติทางจิตที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังพบว่าประชากรมากกว่าร้อยละ 75 ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางยังไม่ได้รับการรักษา (Evans-Lacko et al., 2018) โดยอุปสรรคในการดูแลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ คือ การขาดการลงทุนทางด้านการดูแลสุขภาพจิต การขาดผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรม และการตีตราทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต ซึ่งในช่วงที่มีอาการซึมเศร้าบุคคลนั้นจะมีอารมณ์ซึมเศร้า (รู้สึกเศร้า

หงุดหงิด ว่างเปล่า) หรือสูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อยสองสัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ อีกหลายอาการ ซึ่งอาจรวมถึงสมาธิไม่ดี ความรู้สึกผิดมากเกินไปหรือรับรู้ถึงคุณค่าในตัวเองต่ำ สิ้นหวังเมื่อนึกถึงอนาคต คิดเกี่ยวกับการตายหรือการฆ่าตัวตาย การนอนหลับไม่สนิท ความอยากอาหารหรือน้ำหนักเปลี่ยนแปลง และรู้สึกเหนื่อยมากเกินไป บางครั้งเกิดความเหนื่อยล้าในการรักษาหรือขาดพลังอำนาจ (WHO, 2023)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) ผู้รับบริการ 2) พยาบาล และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ทั้งหมดล้วนตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์ความเป็นจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Gibson,1995) ทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้บุคคลได้ยอมรับถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำความเข้าใจกับปัญหา เกิดการทบทวนเหตุการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จนเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีศักยภาพพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความจริง และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เป็นผู้ดูแล เป็นผู้สอนทางสุขภาพ เป็นผู้ให้การปรึกษา เป็นผู้สร้างแรงสนับสนุนทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทในการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพ ภายใต้การมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ตระหนักรู้ถึงปัญหาของตนเอง ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและควบคุมชีวิตของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทความวิชาการนี้จะนำเสนอในส่วนของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยรวบรวมขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและบูรณาการเชื่อมโยงจากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้ให้การดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าได้ ทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เนื้อเรื่อง

โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของบุคคล ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน โดยอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ สารสื่อประสาท สิ่งแวดล้อม การกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในสมอง โดยอาการที่สำคัญคือ อารมณ์ทางด้านลบ เช่น หดหู่ เศร้า ไม่สดชื่น หม่นหมอง และมีอารมณ์ทางด้านบวกลดลง เช่น การขาดความสนใจ ไม่มีความตั้งใจ ขาดความกระตือรือร้น สิ้นหวัง ไม่เพลิดเพลิน รู้สึกไม่มีความสุขในกิจกรรมเดิมที่เคยมีความสุข ทำให้แยกตัว ไม่เข้าสังคม ไม่ตอบสนองต่อความพึงพอใจเหมือนเดิม และอาจจะมีหลงลืม ความจำและการคิดลดลง ไม่มีสมาธิ รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คิดวกวนเกี่ยวกับความตาย เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนหลับ การรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหว (Arunpongpaisan et al., 2020) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ยังกล่าวว่าอาการซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย โดยมีหลายปัจจัยหลายที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การไม่ออกกำลังกายหรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ ในทางกลับกัน ผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้อาจพบว่าตนเองมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากความยากลำบากในการจัดการกับอาการของตนเอง

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

สามารถแบ่งการแสดงออกตามแนวคิดชีววิทยาการแพทย์ได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ เศร้าจะเป็นอารมณ์ที่พบมากที่สุดโดยเฉพาะในผู้หญิง อยากร้องไห้ ไม่เพลิดเพลิน เบื่อ ไร้ค่า รู้สึกผิด นอกจากนั้นอารมณ์ที่มักจะพบบ่อยในเด็กและผู้ชายคือ อารมณ์หงุดหงิด 2) ด้านความคิด มักมีความคิดเชิงลบ คิดช้า ตัดสินใจลำบาก ตำหนิตนเอง คิดทำร้ายตนเองและอาจมีความคิดอยากตาย 3) ด้านพฤติกรรม มักแยกตัว ไม่เข้าสังคม พูดช้า ไม่สบตา เสียงเบาแบบไม่มั่นใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง 4) ด้านร่างกาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ความต้องการทางเพศลดลง และมีความผิดปกติของการขับถ่าย (Aungkhaphanichkit et al., 2020)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สำหรับการดูแลและการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย ทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีอาการรุนแรง กระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Lotrakul & Sukanich, 2015)

2. การบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant drug) ยาต้านเศร้าช่วยในการปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา 2 - 3 วันแรกที่จะทำให้หลับดีขึ้น อาการสงบลง จากนั้น 2 สัปดาห์ต่อมาอารมณ์จะดีขึ้น และอาจต้องใช้ยาต่อไปจนถึง 8 สัปดาห์จนกว่ายาจะออกฤทธิ์เต็มที่ โดยการรักษาด้วยยาตามการดำเนินของโรค ได้แก่ 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน เพื่อให้อาการสงบและกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (หลังจากระยะแรก 18 ถึง 24 เดือน) เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับไปซ้ำ และ 3) ระยะยาว เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำ (Videbeck, 2020) ยาที่พิจารณาใช้เป็นอันดับแรก คือ fluoxetine เพราะมีผลข้างเคียงต่ำ ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตหากรับประทานเกินขนาด หรือหากผู้ป่วยที่มีปัญหา drug-interaction อาจพิจารณาให้ sertraline หรือในกรณีที่มีอาการกระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากร่วมด้วยอาจให้ diazepam หากมีอาการนอนไม่หลับอาจให้ amitriptyline หากผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยการรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่ไปด้วย เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วจึงลดยาลง จนหยุดยา (Lotrakul & Sukanich, 2015)

3. การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เป็นอีกหนึ่งวิธีในการรักษาที่ใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านสมองให้เกิดอาการชัก ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หลังจากนั้นควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น (Lotrakul & Sukanich, 2015)

4. การบำบัดด้านจิตสังคม เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายในการให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสาเหตุของปัญหาและอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับโอกาสในการที่จะเพิ่มทักษะใหม่ให้เหมาะสม อันได้แก่ การปรับความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การเจริญสติบนฐานคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Rungruangkonkit, 2021) และครอบครัวบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นส่วนช่วยให้ลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบซ้ำ รวมถึงการให้สุขภาพจิตศึกษากับคนในครอบครัวเพื่อเรียนรู้และช่วยเหลือกัน (Videbeck, 2020)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วย และสามารถประยุกต์ใช้การบำบัดต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการบำบัดด้วยยาได้เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ

นอกจากนี้ยังพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและส่งผลดีต่อการบำบัด รักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า (Simons et al., 2015)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตของตนเองในทุกด้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและระหว่างบุคคลโดยที่บุคคลนั้นมีการกำหนดเป้าหมายและมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อจัดการกับปัญหาและอุปสรรคนั้น ๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีลักษณะเป็นพลวัตร มีการให้ การรับ และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มุ่งเน้นที่ทางออกของปัญหาทำให้บุคคลพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมให้แต่ละบุคคล ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ (Gibson, 1995) ดังนี้

1. ผู้รับบริการ (client) ต้องมีคุณสมบัติในเรื่องของการตัดสินใจด้วยตนเอง มีสมรรถนะในตนเอง มีความรู้สึกในการควบคุมตนเอง มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง และความรู้สึกมีอำนาจในตนเอง

2. พยาบาล (nurse) มีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยเหลือในการแนะนำแหล่งทรัพยากร อำนวยความสะดวก ส่งเสริมความสามารถ และพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ (Client-nurse interaction) มีความเห็นอกเห็นใจ เกิดความไว้วางใจ การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการตัดสินใจ และการจัดระบบ วางแผนเพื่อจัดการกับปัญหานั้น ๆ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีองค์ประกอบของผู้รับบริการ พยาบาล และปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งร่วมกันในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องตามบริบทชีวิต โดยเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง มีเป้าหมายและสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) ดังนี้

1. การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนที่ทำให้บุคคลได้ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านพฤติกรรม

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ในขั้นตอนนี้หลังจากที่บุคคลได้ผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างละเอียดแล้ว บุคคลจะพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เข้าใจในปัญหามากขึ้นเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดและมองตนเองใหม่ จากเดิมที่คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถดูแลตนเองไม่ได้ จะปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ดี คิดว่าตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ เกิดความรู้สึกเข้มแข็ง มั่นใจในความสามารถของตนเอง เกิดทักษะในการตัดสินใจและทักษะในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) การตัดสินใจเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหานั้นต้องเป็นวิธีการที่บุคคลนั้นคิดว่าเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาของตนเอง และเป็นวิธีการที่สามารถเกิดขึ้นได้

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อบุคคลลงมือปฏิบัติตามวิธีการที่ตนเองได้ตัดสินใจนำมาใช้ แล้วเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกมั่นใจ มองเห็นถึงศักยภาพและพลังอำนาจในตัวเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง แต่หากพบปัญหาระหว่างการปฏิบัติ ผู้รับบริการและพยาบาลจะร่วมมือกันในการแก้ไขกับปัญหานั้น และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติต่อไป

บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยซึมเศร้า

การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในศักยภาพของตนเอง ส่งเสริมความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหาของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ทรัพยากรที่จำเป็นทั้งทรัพยากรที่อยู่ภายในตัวบุคคลและทรัพยากรที่อยู่รอบนอกตัวบุคคล

ความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) มีดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ กล่าวคือสุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพ ควรต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคล ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. บุคคลล้วนมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับการรับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทั้งจากการศึกษาข้อมูล การอ่านหนังสือ และความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ให้การช่วยเหลือและเอื้ออำนวยให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

4. พยาบาลต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชน และพร้อมที่จะยอมรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการต่าง ๆ ด้วยตนเอง

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งตัวบุคลากรทางสุขภาพและตัวผู้ป่วยเอง ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน การสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองเป็นการสร้างพลังในระดับบุคคลทำให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งในการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 11 กลยุทธ์ (Jitprasert, 2020) ได้แก่ การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี การยอมรับในความเป็นบุคคล การใช้คำถามสะท้อนคิด การสนับสนุนด้านความรู้และข้อมูล การเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ การให้คำปรึกษา การเสนอกรณีตัวอย่าง การสนับสนุนด้านการปฏิบัติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการสรุปประเด็น ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย (Varitsakul, 2017; Poomsanguan, 2014) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. บทบาทในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยปฏิบัติร่วมกับการใช้กลยุทธ์ในการสร้างเสริมบรรยากาศและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อเอื้อต่อการเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย โดยพยาบาลแสดงออกถึงการยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัว ร่วมกับผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ทั้งในเรื่องของประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม การเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และความรู้สึกที่มีต่อการรักษา ไปสู่การค้นทางเลือกและการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดูแลตนเอง

2. บทบาทในการประเมินภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ร่วมกับการใช้กลยุทธ์การใช้คำถามสะท้อนคิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจในปัญหาของตน และพร้อมที่จะเรียนรู้การแก้ปัญหาด้วยเหตุผลเพื่อเอาชนะอุปสรรค เสริมสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยในการควบคุมอารมณ์และสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้

3. บทบาทในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและยอมรับปัญหาตามความเป็นจริง ใช้ร่วมกับกลยุทธ์การใช้คำถามสะท้อนคิด พยาบาลมีบทบาทในการใช้คำถามสะท้อนคิดและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง ประเมินความคิดความรู้สึกของตนเองที่มีต่อปัญหาสุขภาพของตนและความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. บทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ หรือการเป็นพี่เลี้ยงทางสุขภาพและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทางที่ดี ผ่านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ใช้ร่วมกับกลยุทธ์การสนับสนุนด้านความรู้และข้อมูล การเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ การให้คำปรึกษา การเสนอกรณีตัวอย่าง และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการด้วยตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการนับถือตนเอง และสามารถควบคุมความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมด้านลบของตนเองได้

5. บทบาทในการให้คำปรึกษา โดยนำเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจมาใช้ร่วมกับกลยุทธ์การใช้คำถามแบบสะท้อนคิด และการให้คำปรึกษาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทาน ซึ่งมีหลักการที่สำคัญ 4 ประการ คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (express empathy) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่าง ระหว่างสภาพปัญหาจริงกับเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน (develop a discrepancy) การยอมรับความรู้สึกต่อต้านของผู้ป่วย (roll with resistance) และการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเอง (support self-efficacy)

6. บทบาทในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยใช้ร่วมกับกลยุทธ์การยอมรับในความเป็นบุคคล ผู้ป่วยทุกคนล้วนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม ดังนั้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลพึงปฏิบัติร่วมกับการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน

จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขอยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยและกิจกรรมการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson (1995) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ S: “รู้สึกแย่ คิดว่าอาการป่วยควรดีขึ้นมากกว่านี้” O: -เมื่อเล่าถึงอาการป่วยก็ยังมีสีหน้าเศร้า	1. ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ซึ่งประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การแสดงออกทางคำพูด และอารมณ์ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นพบสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจริง ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรมที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย 2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเน้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจและสิ่งที่เป็นปัญหา และวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
-เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย	สามารถควบคุมความคิดหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง 3. เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายอย่างอิสระ 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการคิดและการพูดในทางบวก 5. ให้กำลังใจผู้ป่วย และชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถบอกถึงการควบคุมตนเองเมื่อเกิดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 7. สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา 8. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย และแนะนำญาติให้ลดสิ่งกระตุ้น 9. แนะนำญาติให้สังเกตอาการเตือนและสัญญานของการบอกถึงการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย 10. ส่งต่อข้อมูลแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ
ข้อที่ 2 การเผชิญกับความเครียดไม่เหมาะสม S: “รู้สึกแย่ คิดว่าอาการป่วยควรดีขึ้นมากกว่านี้” O: -มักแยกตัว ไม่ค่อยมีการพูดคุยหรือทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว -เคยมีประวัติใช้สารเสพติด -เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกของตัวเอง ความคับข้องใจ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดี 2) พูดคุยให้ผู้ป่วยบอกถึงอาการและสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยนี้ ซึ่งพยาบาลจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้หรือบอกถึงความผิดปกติของตนเองในด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรม เพื่อรับรู้และยอมรับสภาพอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง 3) ให้ผู้ป่วยได้ยกสถานการณ์ที่ตนมีการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น เครียดจนมีการตัดสินใจทำร้ายตนเอง โดยให้สะท้อนคิดว่าขณะนั้นเรามีความคิดและอารมณ์อะไรบ้าง 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการปรับมุมมองความคิดที่เป็นความจริงตามเหตุการณ์อย่างละเอียด จากนั้นให้บอกถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นตามมา หากผู้ป่วยสามารถบอกได้ให้ชื่นชมในความสามารถของผู้ป่วย 5) สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง โดยสอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาของตนเอง และเป็นวิธีการที่สามารถเกิดขึ้นได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามวิธีที่ได้วางแผนร่วมกันกับพยาบาล 2. แนะนำการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การทำงานบ้าน การปลูกต้นไม้ การออกกำลังกาย เป็นต้น 3. การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ความเครียด ทักษะการตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธ 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 5. พยาบาลติดตามความก้าวหน้าและชื่นชมเมื่อสามารถปฏิบัติได้ 6. ส่งต่อข้อมูลแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อติดตาม และให้กำลังใจพร้อมช่วยเหลือในการปฏิบัติการแก้ไขปัญหานั้นหากเกิดปัญหา

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจในปัญหามากขึ้น รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเอง ส่งผลต่อการมองตนเองไปในทางที่ดีและเกิดทักษะในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น รวมถึงญาติเกิดทักษะในการประเมินความเสี่ยงที่จะนำไปสู่สถานการณ์การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

ดังนั้น พยาบาลผู้ที่มีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความเชื่อพื้นฐานและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับมีความตระหนักรู้ในตนเองและเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและยอมรับในตัวผู้ป่วย ลดอคติที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นอกจากความเชื่อพื้นฐานและบทบาทที่กล่าวมาแล้ว พยาบาลควรมีลักษณะที่ไวต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี และคำนึงถึงความเชื่อ ค่านิยมและความคาดหวังของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ (Poomsanguan, 2014) ซึ่งลักษณะต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดอารมณ์ลความรู้สึกเศร้าของผู้ป่วยได้ (Wareewanich & Phatisena, 2020)

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้ที่มีอาการที่สำคัญคือ มีอารมณ์ทางด้านลบ และมีอารมณ์ทางด้านบวกลดลง รู้สึกไม่มีความสุขในกิจกรรมเดิมที่เคยมีความสุข ทำให้แยกตัว ไม่เข้าสังคม และมองคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนหลับ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว

และการทำกิจวัตรด้านต่าง ๆ โดยมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้อาจพบว่าตนเองมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากความยากลำบากในการจัดการกับอาการของตนเอง ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง การเข้าใจปัญหามากขึ้น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและมองตนเองจากเดิมที่คิดว่าตนไม่มีความสามารถ ทำให้เกิดความตระหนักในศักยภาพของตนเอง มีทักษะในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและมีความเชื่อมั่นที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหาของตนเอง พยาบาลผู้ที่มีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความเชื่อพื้นฐานเหล่านี้และตระหนักรู้ในตนเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและยอมรับในตัวผู้ป่วย ลดอคติที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไวต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี และคำนึงถึงความเชื่อ ค่านิยมและความคาดหวังของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ ซึ่งลักษณะต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการเหล่านี้จะช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองและการรักษา ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่สามารถทำควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำและการฆ่าตัวตายในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาตำราและการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการเสริมสร้างให้เกิดพลังอำนาจภายใต้บทบาทของพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษา การให้ความรู้ การเป็นพี่เลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย มองเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น โดยการใช้หรือนำไปพัฒนาเป็นงานวิจัยในการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเองที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนารูปแบบในการบำบัดให้มีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

รายการอ้างอิง (References)

Aungkhaphanichkit, C. H., Rojanahasdin, A., & Inthasian, S. (2020, June). *Language of communication and depression: A preliminary survey to understand depression and depressed people in Thai society*. https://www.researchgate.net/publication/371865882_Language_Communication_and_Depression_in_Thai

Arunpongpaisan, S., Chaiudomsom, K., & Wirasiri, S. (2020). Depressive disorders. In Chaiudomsom, K., Phahonpak, Ph., Wattanawikit, Ph., & Aphisitphinyo, S. (Eds). *Psychiatry 3rd ed.* (pp. 185-198.) Siamthongkit.

Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W T., Florescu, S., Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J., He, Y., Hu, C., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., …, Thornicroft. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, *48*(9), 1560 - 1571. https://doi.org/10.1017/S0033291717003336

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21*(6), 1201 - 1210. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x

Institute of Health Metrics and Evaluation. (2023, March 14). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

Jitprasert, T. (2020). Strategies for Empowering and Supporting Caregivers of Persons with Spinal Cord Injury. *Kuakarun Journal of Nursing*, *27*(1), 139 - 149. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/182546/165474

Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi Psychiatry* (4th ed.). Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University Press.

Poomsanguan, K. (2014). Health empowerment: nurses' important role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 86 - 90. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article /view/30267 /26094

Rungruangkonkit, S. (2021). *Gender-sensitive nursing of patients with depression*. Khon Kaen University Press.

Simons, C. J., Hartmann, J. A., Kramer, I., Menne-Lothmann, C., Hohn, P., Van Bemmel, L., & Wichers, M. (2015). Effects of momentary self-monitoring on empowerment in a randomized controlled trial in patients with depression. *European Psychiatry*, *30*(8), 900- 906. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.004

Varitsakul, R. (2017). Strategies for empowerment in patients with chronic kidney disease. *Thai Red Cross Nursing Journal, 10*(1), 1 - 12. https://he02.tcithaijo.org/index.php/trcnj/article/view/96885/75665

Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Wareewanich, S., & Phatisena, T. (2020). Effect of empowerment and self-esteem promoting program among the elderly with depression in home for the aged. *Journal of Nursing and Health Care. 38*(2), 111 - 118. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/223602/165482

Woody, C.A., Ferrari, A.J., Siskind, D.J., Whiteford, H.A., & Harris, M.G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders, 219,* 86 – 92. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003

World Health Organization. (2023, March 31). *Depressive disorder (depression).* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล

Leadership of Nursing Innovation

จิรารัตน์ พร้อมมูล[1*], นิรันดร์ จุลทรัพย์[2]
สิรินทร์ธนัญ อัณณพิสิษฐ์[3], อัฐภรณ์ สุทธินวล[4], กูวรรณโซเฟีย ลอ[5]
Jirarat Prommul[1*], Niran Chullasap[2,]
Sirinthanan Ananphitsit[3], Atthaporn Sutthinuan[4], Kuwansofia Low[5]

(Received: October 21, 2024; Revised: December 24, 2024; Accepted: January 2, 2025)

บทคัดย่อ

บทความภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทจากการทบทวนวรรณกรรมของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล สถานการณ์ของโลกในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของ เทคโนโลยี การแข่งขัน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้นำองค์กรที่ต้องเข้าใจและเตรียมพร้อมในการพัฒนาให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านสุขภาพ ที่เรียกว่าในยุค VUCA World การบริหารการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติ เป็นปัจจัยสำคัญส่งผลทำให้องค์กรอยู่รอดและสามารถก้าวไปข้างหน้าในยุคที่มีการแข่งขันสูง การพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวกระโดด ทำให้องค์กรที่ไม่สามารถปรับตัวได้ทัน แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่สำคัญที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้แก่ การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Faculty of Nursing, Boromarajonnani College of Nursing,Songkhla Praboromarajchanok Institute

[2] มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

[2] Hatyai University

[3]โรงเรียนวัดคูหาในพระครูยอดอุปถัมภ์

[3] Wat Khuha Nai Phrakru Yot Utpatham School

[4]โรงเรียนวัดเทพชุมนุม

[4]Wattepchumnum school

[5]โรงเรียนบ้านบีติง

[5]Banbeeting school

*Corresponding Author: jirarat@bcnsk.ac.th

การป้องกันการเกิดโรค การให้การรักษาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยมีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามามีบทบาทในการวินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วย

ดังนั้น บทบาทของผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานในองค์กรพยาบาล โดยบทบาทหลัก ๆ ของผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล ได้แก่ 1) การสร้างแรงบันดาลใจ 2) การพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำเชิงนวัตกรรมในพยาบาล 3) การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง 4) การสร้างวัฒนธรรมนวัตกรรมในสถานพยาบาล 5) การใช้เทคโนโลยีใหม่กับการพยาบาลในยุคดิจิทัล 6) การสร้างความร่วมมือและ 7) การประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานของผู้นำเชิงนวัตกรรม ผู้นำสถานบริการพยาบาลต้องมีภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล และมีบทบาทสำคัญที่จะต้องบริหารจัดการทรัพยากรทางการการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพ และความสมดุลเพื่อให้บริหารจัดการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ, นวัตกรรม, การพยาบาล

Abstract

The purpose of this article was to examine leadership of nursing innovation roles from literature reviews, the current state of the world with its rapidly changing technology, and the competition of the economy, society, and health in both internal and external organizations. These topics are crucial for organization leaders to comprehend and prepare for in order to develop strategies that align with the changes that affect the economy, society, and health in the so-called "VUCA World century." In the century of intense competition, the implementation of changes in the health care system would be essential to the organization's survival and ability to advance. Because science and technology are developing so quickly, the organization is unable to adjust. The trend of vital health change that would he occurred were good health maintenance, risk patient inquiry, illness prevention, and the initial stage of disease healing through the use of technology and innovation in diagnosing and curing patients.

Thus, the following were the primary responsibilities of nursing innovation leadership to improve the quality of patient care and improve the efficiency of nursing organization operations: 1) inspiring others; 2) honing leadership skills in nursing innovation; 3) facilitating change; 4) fostering innovation in the workplace culture; 5) integrating new technology with nursing in the

digital century; 6) fostering collaboration; and 7) assessing and improving work processing of leadership in nursing innovation. In addition, the leader of nursing care services should be at the forefront of nursing innovation to play a critical role in administering and managing nursing resources that result in efficacy and balance for nursing management to achieve success for customer safety.
Keywords: Leadership, Innovation, Nursing

บทนำ

VUCA World สถานการณ์ของโลกในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของ เทคโนโลยี การแข่งขัน สภาพแวดล้อมทางธุรกิจ เศรษฐกิจ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทำให้องค์กรต่าง ๆ ได้รับผลกระทบ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้นำองค์กรที่ต้องเข้าใจและเตรียมพร้อมในการแก้ไขกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ทัน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา ด้านสังคมและด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมที่รวดเร็ว ซึ่งสามารถเชื่อมโยงประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคของโลกเข้าด้วยกันทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็วเหมือนโลกไร้พรมแดน ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนทางด้านการบริหารเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าว VUCA World ประกอบด้วย Volatility คือ ความผันผวน Uncertainty คือ ความไม่แน่นอน Complexity คือความซับซ้อน และ Ambiguity คือ ความคลุมเครือ แนวทางการบริหารในยุค VUCA world สำหรับผู้นำองค์กร ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ๆ ดังนี้คือ 1) การมีวิสัยทัศน์ (Vision) 2) การทำความเข้าใจ (Understanding) 3) ความชัดเจนกระจ่าง (Clarify)และ 4) ความว่องไว (Agility) ต่อการเปลี่ยนแปลง

จากสถานการณ์ดังกล่าว จำเป็นที่ผู้นำจำเป็นต้องมีภาวะเชิงนวัตกรรมซึ่งภาวะผู้นำ (Leadership) ผู้ที่มีศิลปะในการจูงใจคนอื่นให้ร่วมกันปฏิบัติงานให้สำเร็จ เป็นคุณลักษณะหรือลักษณะที่ทำให้บุคคลสามารถเป็นผู้นำได้ มีความสามารถ ทักษะ กระบวนการที่ผู้นำใช้ในการนำกลุ่ม เพื่อทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จบรรลุจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้ ภาวะผู้นำไม่จำเป็นต้องเป็นผู้นำทุกคน แต่บางคนอาจพึ่งพาภาวะผู้นำเพื่อเป็นแรงผลักดันในการดำเนินชีวิตหรืองานที่ต้องทำ

ซึ่งภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นเรื่องใหม่ (New concept) นวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นการพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลที่เกิดผลผลิตและการทำงานทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล ต้องใช้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ผู้นำเป็นบุคลที่สำคัญในการ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ เกิดความคิด

สร้างสรรค์ ช่วยให้เกิดนวัตกรรมในองค์การมากขึ้น (Tatuy, 2022; Won, 2015) และเป็นผู้นำที่ต้องผลักดันโดยการสร้างแรงบันดาลใจให้พยาบาลในหอผู้ป่วยสามารถมีความคิดริเริ่มสร้างนวัตกรรมสำหรับการบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแก่ผู้ใช้บริการสุขภาพ (Singchungchai, 2019) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ ทั้งหมด 4 มิติ คือ 1) การดูแล 2) การส่งเสริม 3) การป้องกันและ 4) การฟื้นฟูสุขภาพ (Hormniam, 2020) ของผู้ป่วยที่รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพต้องให้ผู้ป่วยได้รับการบริการแบบใกล้ชิดมากที่สุด (Tatuy, 2022) พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีคุณสมบัติและสมรรถนะในการให้บริการอย่างสร้างสรรค์และสามารถประยุกต์ใช้นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและองค์กรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้นำทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานทางการพยาบาลเชิงนวัตกรรมให้เกิดประสิทธิภาพองค์กรได้

ดังนั้น บทบาทของผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการและผู้ป่วย รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานในองค์กรพยาบาล โดยบทบาทหลัก ๆ ของผู้นำเชิงนวัตกรรม ได้แก่ 1) การสร้างแรงบันดาลใจ 2) การพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำเชิงนวัตกรรมในพยาบาล 3) การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง 4) การสร้างวัฒนธรรมนวัตกรรมในสถานพยาบาล 5) การใช้เทคโนโลยีใหม่กับการพยาบาลในยุคดิจิทัล 6) การสร้างความร่วมมือและ7) การประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานของผู้นำเชิงนวัตกรรม ผู้นำสถานบริการพยาบาลต้องมีภาวะนำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล และมีบทบาทสำคัญที่จะต้องบริหารจัดการทรัพยากรทางการการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพ และความสมดุลเพื่อให้บริหารจัดการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Singchungchai, 2019; Hormniam, 2020 ; Buachu & Wivatvanit, 2017)

แนวทางการบริหารในยุค VUCA world

VUCA World หมายถึง สถานการณ์ ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของ ดิจิทัลและเทคโนโลยี ในภาวะที่มีการแข่งขันทางธุรกิจและเศรษฐกิจ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทำให้องค์กรต่าง ๆ ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้นำองค์กรที่ต้องเข้าใจและเตรียมพร้อมรับมือให้ทัน (Suksawang, 2017)

ในสถานการณ์ “VUCA World” นั้น ผู้นำในยุคดิจิทัล มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องให้ความสำคัญถึงการเปลี่ยนแปลง (Change) การคิดเชิงนวัตกรรม (Innovation and Thinking different) เพื่อให้การทำงานสามารถรับมือกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suksawang, 2017)

VUCA World ประกอบด้วย (Suksawang, 2017)

1. Volatility คือ ความผันผวน การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว

2. Uncertainty คือ ความไม่แน่นอน ความไม่ชัดเจน การนับข้อมูลมายืนยันในแต่ละเหตุการณ์ได้

3. Complexity คือ ความซับซ้อนต่อการตัดสินใจ

4. Ambiguity คือ ความคลุมเครือหรือความไม่ชัดเจน

แนวทางการบริหารในยุค VUCA world สำหรับผู้นำองค์กร ประกอบด้วย 4 ด้าน (Suksawang, 2017) ดังนี้คือ

1. วิสัยทัศน์ (Vision)

บทบาทของผู้นำองค์กร ต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้โดยอย่างรวดเร็ว

2. การทำความเข้าใจ (Understanding)

ผู้นำองค์กรสามารถทำความเข้าใจจุดแข็ง จุดอ่อนขององค์กร ร่วมทั้งกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อสามารถรับมือกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. ชัดเจนกระจ่าง (Clarify)

ผู้นำองค์กรในยุคสมัยที่หน่วยงานหรือองค์กร มีระบบสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้นำองค์กรต้องมีความชัดเจนเพื่อให้การตัดสินใจของผู้นำทันต่อเหตุการณ์

4. ความว่องไว (Agility)

ผู้นำองค์กรต้องมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ในสถานการณ์ “VUCA World” นั้น ผู้นำในยุคดิจิทัล มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องให้ความสำคัญถึงการเปลี่ยนแปลง (Change) การคิดเชิงนวัตกรรม (Innovation and Thinking different) เพื่อให้การทำงานสามารถรับมือกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suksawang, 2024) เราเรียกว่า “VUCA world” ว่า “The New Normal” หรือ ความเป็นปกติแบบใหม่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หัวหน้าและผู้นำในองค์กรต้องสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สร้างศักยภาพความสามารถ และพัฒนาพนักงานให้มีความพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดจนการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้ภายใต้สภาวะ The New Normal หรือ ความเป็นปกติแบบใหม่

ทฤษฎีภาวะผู้นำ

ภาวะผู้นำเป็นกระบวนการอิทธิพล ที่ไม่ใช่คุณลักษณะหรือความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้นำ แต่เป็นสถานการณ์ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้นำและผู้ตาม ที่มีอิทธิพลเป็นศูนย์กลางของกระบวนการในการดำเนินงานต่าง ๆ เนื่องจากผู้นำจะส่งต่อแนวทางการดำเนินงานให้แก่ผู้ตาม ผู้นำจึงมีอิทธิพลที่จะ

นำไปสู่การโน้มน้าวบุคคลอื่นให้ทำตามเพื่อให้บรรลุผลร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันแนวคิดเกี่ยวกับผู้นำเริ่มเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย มีการศึกษาและรวบรวมทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำ

1. ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำ (Trait Theories)

การศึกษาทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำเริ่มต้นขึ้นในช่วงปีค.ศ. 1930 - 1940 โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีมหาบุรุษ (Great Man Theory of Leadership) ของกรีกและโรมันโบราณ ที่มีความเชื่อว่า ภาวะผู้นำเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยติดตัวมาตั้งแต่เกิด (BornLeader, Not Made) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแต่สามารถพัฒนาขึ้นได้ต่อมาได้เกิดแนวคิดที่เชื่อว่าผู้นำต้องมีพลังวิเศษเหนือผู้อื่น (Leader-Constituent Interaction) (Rungruang & Chantuek, 2017) โดยแนวคิดนี้เกิดขึ้นเพื่อการตอบสนองขั้นพื้นฐานเรื่องความคาดหวังของบุคคล ผู้นำจึงต้องดำรงความเป็นตัวของตัวเอง และสามารถยืนหยัดด้วยตัวเองได้อย่างมีอิสระ ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำ ในยุคนี้มีความพยายามศึกษาคุณลักษณะภาวะผู้นำที่สร้างความแตกต่างระหว่างผู้นำกับผู้ตาม ซึ่งคุณลักษณะภาวะผู้นำนี้ยังเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของผู้นำ อาทิ ความเปิดเผย (Openness) การชอบเข้าสังคม (Extraversion) ความปรารถนาที่จะนำผู้อื่น (The Desire to Ambition) ความมีจิตสำนึก (Conscientiousness) ความซื่อสัตย์คุณธรรม และยึดมั่นในหลักการ (Honesty and Integrity) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Confidence) สติปัญญาที่เฉลียวฉลาด (Intelligence) ความสามารถในการควบคุมตนเองได้อย่างสูง (High Self Monitoring) ดังนั้นคุณลักษณะของความเป็นผู้นำแบบนี้จึงมีคุณค่า และเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อทำให้ผู้ตามเกิดความเชื่อถือ เชื่อมั่น เชื่อฟังอย่างแท้จริง ทั้งนี้คุณลักษณะภาวะผู้นำที่จะนำไปสู่ความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องประกอบด้วยการโน้มน้าวใจ (Persuasion) แรงจูงใจ (Motivation) บุคลิกภาพที่ดี (Personality) และความสามารถของผู้นำเป็นฐานนั้นเอง (Mongkhonvanit, 2013)

2. ทฤษฎีพฤติกรรมผู้นำ (Behavioral Theories)

การศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมผู้นำนี้เป็นการศึกษาที่มีการพัฒนาในช่วงปีค.ศ. 1940 - 1960

แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ได้มุ่งเน้นในเรื่องที่ว่า ด้วยทฤษฎีพฤติกรรม โดยทฤษฎีนี้พยายามค้นหาเอกลักษณ์ของผู้นำ หรือพฤติกรรมผู้นำ (Behavior Focus) ดังที่ Wanichawasin (2017); Lunenburg and Ornstein (1996) กล่าวว่า การศึกษาพฤติกรรมของผู้นำนั้นจำเป็นต้องเลือกมองในสิ่งที่ผู้นำ ปฏิบัติและชี้ให้เห็นว่าทั้งผู้นำและผู้ตามต่างมีอิทธิพลต่อกันและกันทั้งนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมของผู้นำได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) พฤติกรรมที่เน้นงาน (Task Behavior) และ 2) พฤติกรรมที่เน้นคน (Relationship Behavior) ดังแนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์ของสำนักการศึกษาต่าง ๆ อาทิ การศึกษาของมหาวิทยาลัยโอไฮโอ (University of Ohio's Two Dimensional Model of Leader Behaviors) นักวิจัยจากมหาวิทยาลัย

โอไฮโอ ศึกษาและพบว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้นำนั้นสามารถจัดแบ่งโดยรวมออกได้เป็น 2 ด้านได้แก่ พฤติกรรมที่คำนึงถึงผู้อื่นหรือเน้นคนและพฤติกรรมในการริเริ่มโครงสร้างการทำงานหรือมุ่งงาน (Duangthet, 2021)

3. ทฤษฎีตามสถานการณ์ (Situational Leadership Theories)

การศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีตามสถานการณ์นี้ทำการศึกษา และพัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ.1960 - 1980 ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นการศึกษาแนวคิดภาวะผู้นำที่ดีที่สุดตามสถานการณ์ (Situational Best Way) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในบริบทต่าง ๆ แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ ภาวะผู้นำเชิงคุณลักษณะและเชิงพฤติกรรมมุ่งหาแบบภาวะผู้นำที่ดีที่สุดที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกสถานการณ์

เพื่อให้ทฤษฎีที่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไป แต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งพบว่า ไม่มีแบบภาวะผู้นำที่ดีที่สุดที่สามารถนำไปใช้ได้ในทุกสถานการณ์ นักวิชาการส่วนใหญ่จึงหันมาสนใจทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ของผู้นำ หรือผู้ตาม หรือสภาพแวดล้อม โดยมีการตั้งคำถามว่า คุณลักษณะใดหรือพฤติกรรมใดที่มีผลต่อการเป็นผู้นำที่มีประสิทธิผลในสถานการณ์ที่กำหนด (Sikhuntagasamit, & Pakdeejit, 2022)

4. ทฤษฎีความเป็นผู้นำเชิงปฏิรูปสู่การเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership Theories)

การศึกษาทฤษฎีความเป็นผู้นำเชิงปฏิรูปสู่การเปลี่ยนแปลงนี้ทำการศึกษาและมีการพัฒนาต่อมาในช่วงปี ค.ศ.1980 - 2000 ซึ่งในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการแข่งขันเพื่อสู่ความเป็นเลิศในทุกมิติ ดังนั้น วิธีการที่จะทำให้ผู้นำประสบความ สำเร็จได้นั้น คือ ผู้นำต้องมีแนวคิดเปลี่ยนแปลงตนเองและต้องนำการเปลี่ยนแปลงเรื่องอื่น ๆ ไปใช้ในทุกมิติด้วย ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีฐานแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผู้นำที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะสามารถจูงใจและสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ตามปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายตามที่มุ่งหวังได้ (Berson & Avolio, 2004) อย่างไรก็ดี Saisirisuk (2018) ได้สรุปความเรื่องภาวะผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ Burns (1978) ว่า ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูปสู่การเปลี่ยนแปลงมีความเกี่ยวข้องกันกับการสร้างความสนใจร่วมกันแบบเป็นหนึ่งเดียว (United Common Interest) และการจูงใจที่ช่วยทำให้สมาชิกเกิดความพึงพอใจในการทำงานร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายของงาน ซึ่งสอดคล้อง Bass and Avolio (1993) เป็นภาวะการณ์เปลี่ยนแปลง เป็นกระบวนการของผู้นำตามอิทธิพลต่อผู้ร่วมงานและผู้ตามให้สูงขึ้นกว่าความพยายามที่คาดหวัง พัฒนาความสามารถของผู้ร่วมงานและผู้ตามไปสู่ระดับที่สูงขึ้น กระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงานหรือผู้ตามนี้จะกระทำโดยผ่านองค์ประกอบพฤติกรรมเฉพาะโดยสรุปจะมี 4 ประการ ดังนี้

1. การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence Transformational Leadership) การที่ผู้นำประพฤติตัว เป็นแบบอย่างสำหรับผู้ตาม ผู้นำจะเป็นที่ยกย่อง เคารพนับถือ และศรัทธา และทำให้ผู้ตามเกิดความภาคภูมิใจ ผู้ตามจะพยายามประพฤติปฏิบัติและมีพฤติกรรมเลียนแบบผู้นำ ผู้นำทำในสิ่งที่ถูกต้อง มีคุณธรรมและจริยธรรมสูง หลีกเลี่ยงการใช้อำนาจเพื่อผลประโยชน์ส่วนตน มีความเฉลียวฉลาด มีความแน่วแน่ในอุดมการณ์ ความเชื่อและค่านิยม นอกจากนั้น ผู้นำจะเสริมความภาคภูมิใจ ความจงรักภักดี และความมั่นใจ ให้เกิดขึ้นกับผู้ตาม และสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับผู้ตาม โดยยึดวิสัยทัศน์และจุดประสงค์ในการทำงานร่วมกัน

2. ผู้นำต้องมีการจูงใจที่ก่อให้เกิดแรงบันดาลใจ (Inspirational Motivation) การที่ผู้นำจูงใจให้ผู้ตามให้เกิดแรงบันดาลใจ โดยทำให้งานมีความหมายและท้าทาย ผู้นำจะกระตุ้นจิตวิญญาณของทีม (team spirit) แสดงออกซึ่งความกระตือรือร้น มองโลกในแง่ดี สื่อความต้องการที่ผู้นำต้องการอย่างชัดเจน เป็นพฤติกรรมที่ผู้นำทำให้ผู้ตามเกิดอารมณ์อุทิศตนเพื่อทีมงาน เห็นคุณค่าของผลการปฏิบัติงาน และเป็นผลทำให้ผู้ตามเกิดความพยายามในการปฏิบัติงานเป็นพิเศษ

3. ผู้นำที่ต้องคำนึงถึงความเป็นตัวตนของผู้ตาม (Individual Consideration) ผู้นำจะต้องดูแลเอาใจใส่ผู้ตามเป็นรายบุคคล เป็นการทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่า และมีความสำคัญ ผู้นำจะต้องกระทำตนเป็นทั้งโค้ช (Coach) และที่ปรึกษา (Advisor) และให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ตาม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ตามให้สูงขึ้น ผู้นำประพฤติตนเป็นผู้มุ่งเน้นการพัฒนา วินิจฉัย และยกระดับความต้องการของผู้ตาม ผู้นำต้องมีการติดต่อกับผู้ตามเป็นรายบุคคลลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง มุ่งเอาใจใส่ความต้องการตามความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ตามกระจายอำนาจความรับผิดชอบ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ตามเกิดจินตภาพด้วยตนเองได้

4. ผู้นำที่สามารถกระตุ้นความคิดด้านสติปัญญาของผู้ตาม (Intellectual Stimulation) การที่ผู้นำกระตุ้นให้ผู้ตามได้ตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน โดยผู้นำต้องกระตุ้นผู้ตามให้เห็นถึงวิธีการ หรือแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาโดยทำให้ผู้ตามมีความพอใจและมีความตั้งใจด้วยการใช้สัญลักษณ์หรือภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ส่งเสริมให้ผู้ตามเข้าใจในบทบาท ยอมรับในบทบาท และสามารถแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ

5. แนวคิดใหม่ด้านภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม (New Leadership Approach: Innovative Leadership) การศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดใหม่ด้านภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมนี้ทำการศึกษาและพัฒนาในช่วงปี ค.ศ. 2000 เรื่อยมาถึงปัจจุบัน หรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่าเป็นการศึกษาถึงแนวคิดภาวะผู้นำในยุคแห่งการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ซึ่งทุกองค์การมีความต้องการผู้นำเชิงนวัตกรรมเข้ามาขับเคลื่อนการสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ ๆ โดยแนวคิดนี้เป็นไปตามกรอบนโยบายประเทศไทย 4.0 ที่มีนวัตกรรมเป็น

จุดเด่นตามยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2560 - 2579 (ค.ศ. 2017 - 2036) และมีนักวิชาการอีกหลายคนได้กล่าวถึงภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม (Innovative Leadership) ไว้ว่าภาวะผู้นำเชิงนวตักรรมเป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับตัวของผู้นำที่มีคุณลักษณะ คุณสมบัติทักษะสมรรถนะ อัตลักษณ์ พฤติกรรม และความสามารถส่วนบุคคลอันโดดเด่น ในการเข้าถึงโอกาสที่สลับซับซ้อน และมีความสามารถในการค้นพบแนวทางการดำเนินงานรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน โดยผู้นำจำเป็นต้องมีความฉลาดรอบรู้ทางนวัตกรรม และผู้นำต้องมีสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ที่เป็นความสามารถของผู้นำเอง ในการทำงานร่วมกับทีมงานเพื่อการสร้างผลงานเชิงสร้างสรรค์ระดับบุคคลระดับหน่วยงาน และมุ่งไปสู่การสร้างนวัตกรรมระดับองค์การ ดังนั้น การใช้ภาวะผู้นำเชิงนวตักรรมในการบริหารการศึกษา ผู้บริหารต้องกำหนดทิศทาง วัตถุประสงค์เป้าหมายและสร้างวัฒนธรรมองค์การเชิงนวัตกรรมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้สู่นวัตกรรม เพื่อตอบสนองนโยบายการวิจัยแห่งชาติและช่วยทำให้เกิดนวัตกรรมในองค์กรมากขึ้นเป็นลำดับอีกด้วย(Wanichawasin 2017; Saisirisuk, 2018)

สรุปภาวะผู้นำประกอบด้วย ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำ (Trait Theories) ซึ่งเป็นภาวะผู้นำเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยติดตัวมาตั้งแต่เกิด (Born Leader, Not Made) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแต่สามารถพัฒนาขึ้นได้ ผู้นำต้องมีพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมผู้นำ (Behavioral Theories) พฤติกรรมหลักของผู้นำไว้ 2 แบบ คือ 1) ผู้นำ ที่มีพฤติกรรมแบบมุ่งคน (Employee-Centered Leader Behavior) ผู้นำแบบนี้จะเน้น เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล สนใจและเข้าใจความต้องการของผู้ตาม และ 2) ผู้นำที่มีพฤติกรรมแบบมุ่งงาน (Job-Centered Leader Behavior) ผู้นำแบบนี้จะเน้นไปที่ผลงานเป็นสำคัญ จึงให้ความสำคัญกับงานและเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานเท่านั้น และมีการศึกษาแนวคิดภาวะผู้นำที่ดีที่สุดตามทฤษฎีตามสถานการณ์ (Situational Leadership Theories) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในบริบทต่าง ๆ ซึ่งในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการแข่งขันเพื่อสู่ความเป็นเลิศในทุกมิติ ผู้นำต้องมีทฤษฎีความเป็นผู้นำเชิงปฏิรูปสู่การเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership Theories) นอกจากนี้ผู้นำในยุคแห่งการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ซึ่งทุกองค์การมีความต้องการผู้นำเชิงนวัตกรรมเข้ามาขับเคลื่อนการสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ ๆ ผู้นำจึงต้องมีลักษณะตามทฤษฎีแนวคิดใหม่ด้านภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม (New Leadership Approach: InnovativeLeadership) (Mongkhonvanit,2013; Wanichawasin, 2017; Lunenburg and Ornstein; 1996; Duangthet, 2021; Sikhuntagasamit & Pakdeejit, 2022; Bass & Avolio ,1993; Wanichawasin 2017; Saisirisuk, 2018)

ภาวะผู้นำ (Leadership) หมายถึง กระบวนการและศิลปะของการทำงานของบุคคลที่เป็นผู้นำในการนำพาสมาชิกหรือองค์การเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวัง ผู้นำที่สามารถใช้อิทธิพลและบทบาทของตน จูงใจ กระตุ้นหรือใช้อิทธิพลต่อบุคคล เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้บุคคลอื่น ยอมรับและปฏิบัติตามเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของงานที่กำหนดไว้ (Motham, 2021; Lumpkin, 2021)

นวัตกรรม (Innovation)

มีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินคำว่า Novus แปลว่า ใหม่ หมายถึง การทำในบางสิ่งบางอย่างที่ใหม่ขึ้น หรือเป็นความคิดใหม่ หรือเป็นกระบวนการใหม่ หรือเป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ครอบคลุมถึงการมีความคิด สร้างสรรค์ (Creative) ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในองค์กร โดยจะต้องเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อน มีการพัฒนาขึ้นจากเดิมหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่มีอยู่เดิม สามารถส่งผลให้เกิดความพึงพอใจหรือความต้องการของทีมงาน หรือบุคลากร หรือสิ่งประดิษฐ์นั้นมีความต้องการของตลาด (Utterback , 2004)

ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม (Innovative Leadership)

หมายถึง ผู้นำที่มีลักษณะ สมรรถนะ บุคลิกภาพ บทบาท ความสามารถในการรับรู้ เข้าถึงและสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีความซับซ้อนขององค์กรสามารถแนะนำ สิ่งใหม่ ๆ เช่น ความคิด วิธีการ เทคนิค กระบวนการ ผลิตภัณฑ์บริการ หรือการค้นพบวิธีการในการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ผู้นำที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยใช้ความรู้ความสามารถประสบการณ์ ศิลปะการดำเนินงานของบุคคลที่มีอิทธิพลสนับสนุนบุคลากรในองค์กรให้ปฏิบัติตามในการขับเคลื่อนให้เกิดความคิด สร้างสรรค์ ความสามารถในการขับเคลื่อนให้บุคลากรเกิดการคิดค้นแนวทางการดำเนินการใหม่มาใช้ ส่งเสริมบรรยากาศและอำนวยความสะดวกให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันทั้งผู้นำ ผู้ใต้บังคับบัญชาและเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์การ รวมถึงการกระตุ้น จินตนาการของบุคลากรในองค์การให้เป็นผู้นำทางความคิดในทุกระดับ (Singhachan, 2021; Changthong, 2019) องค์ประกอบของผู้นำเชิงนวัตกรรม (Tongrugjun, 2024) ประกอบด้วย

1. ด้านการมีวิสัยทัศน์เชิงนวัตกรรม หมายถึง มีความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้าและทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดทิศทางขององค์กร ต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการคิดและการตัดสินใจ

2. ด้านการมีทักษะการคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม หมายถึง การมีทักษะการ คิดสร้างสรรค์นวัตกรรม ซึ่งเป็นพฤติกรรมของผู้บริหารที่สะท้อนให้เห็นถึงการ ใช้ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การคิดริเริ่ม 2) การมีจินตนวัตกรรม และ 3) การคิดยืดหยุ่น

3. ด้านการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมเชิงนวัตกรรม หมายถึง คุณลักษณะหรือพฤติกรรมของผู้บริหารที่แสดงออก โดยใช้ กระบวนการทำงาน และการสร้างทีมงานแนวใหม่และการเป็นผู้นำทีมที่มีคุณภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากร ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 2) การสร้างความไว้วางใจ 3) การมีส่วนร่วมดำเนินงานในทีม และ 4) การกำหนดบทบาทและการมอบหมายงานที่ชัดเจน

4. ด้านการบริหารความเสี่ยง หมายถึง การจัดการบริหารปัจจัยและกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ โดยมีการวางแผน วิเคราะห์ ระบุความเสี่ยง กำหนดแนวทางหรือมาตรการควบคุมกิจกรรม เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายไปสู่การสร้างนวัตกรรมในองค์กร ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การกล้าตัดสินใจ 3) การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และ 4) การยอมรับความล้มเหลว

5. ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรเชิงนวัตกรรม หมายถึง การกำหนดทิศทาง โครงสร้างองค์กร และวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อ กระบวนการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อเสริมแรงจูงใจในการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่องและ มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้ 2) การมีระบบพี่เลี้ยง 3) การส่งเสริมนวัตกรรมการสอน และ 4) การสร้างและมีส่วนร่วมในชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ

6. ด้านการมีบุคลิกภาพและแสดงบทบาทหน้าที่เชิงนวัตกรรม หมายถึง ผู้นำควรมีการแสดงออกเชิงนวัตกรรมของทั้งภายในและภายนอก โดยบุคลิกภาพภายใน เกิดจากการมีวิสัยทัศน์ ทัศนคติเชิงบวก ความคิดสร้างสรรค์ การมีแรงบันดาลใจ และการมีไหวพริบ ส่วนบุคลิกภาพภายนอกเป็นลักษณะเชิงนวัตกรรมที่มองเห็นได้อย่างชัดเจน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเป็นผู้นำแบบเปิดรับประสบการณ์ 2) การเป็นผู้นำแบบแสดงตัว 3) การเป็นผู้นำทางความคิด 4) การเป็นนักจัดองค์การ และ 5) การเป็นแบบอย่างที่ดี

นวัตกรรมทางการพยาบาล (Nursing Innovation)

หมายถึง แนวคิด หรือ สิ่งประดิษฐ์ที่คิดค้น จากการผสมผสานความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์บนพื้นฐานของหลายๆศาสตร์ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดเป็นผลงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้าน กาย ใจ สังคม และปัญญา โดยอาจมีจุดมุ่งหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การพยาบาลทั้งหมด 4 มิติ คือ 1) การดูแล 2) การส่งเสริม 3) การป้องกันและ 4) การฟื้นฟูสุขภาพ ของผู้ป่วยที่รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพต้องให้ผู้ป่วยได้รับการบริการแบบใกล้ชิดมากที่สุด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีคุณสมบัติและสมรรถนะในการให้บริการอย่างสร้างสรรค์และสามารถ

ประยุกต์ใช้นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและองค์กรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Hormniam, 2020; Tatuy, 2022)

ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล (Innovative leadership in nursing)

หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อพลังอำนาจและ ความสามารถของตนเองในด้านความรู้ บทบาท ทักษะ บุคลิกภาพ รวมถึงกระบวนการทางสังคมในการชี้นำ ผลักดัน ควบคุม สนับสนุน และสร้างแรงบันดาลใจให้กับสมาชิกขององค์การ ในการ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ เกิดความคิดสร้างสรรค์ช่วยให้เกิดนวัตกรรมในองค์การมากขึ้น (Tatuy,2022; Won, 2015) และเป็นผู้นำที่ต้องผลักดันโดยการสร้างแรงบันดาลใจให้พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความสามารถในการคิดริเริ่มสร้างนวัตกรรมสำหรับการบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแก่ ผู้ใช้บริการสุขภาพ (Singchungchai, 2019)

ภาวะผู้นำเชิงวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย (Kaihin et al., 2021; Hormniam, 2020) ประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ

1. ความรู้ความคิดใหม่ ๆผู้นำองค์การสามารถจัดการความรู้ทั้งที่มีอยู่เดิมภายในองค์การ และสร้างความรู้ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. การบริหารการใช้เทคโนโลยีใหม่ การที่ผู้นำองค์กรนำแนวคิดจัดระบบบริการใหม่ (New Service) ที่ผสมผสานการจัดบริการสำหรับผู้ใช้บริการตามศักยภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นหลัก

3. การออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่ที่ไม่เคยมีใครคิดมาก่อน (An ability to work with half baked ideas) เป็นผู้นำที่ส่งเสริมในความคิดสร้างสรรค์ ของทีมงาน

4. มีความกล้าในการจัดการ การเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ เป็นการบริหารจัดการองค์การให้เกิดการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้ของสมาชิกด้วยการการถ่ายทอดความรู้ออกมาเป็นความคิดสร้างสรรค์

5. มีความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยง (A willingness to accept risk) ภาวะผู้นำนวัตกรรมสำหรับการบริหารการพยาบาล ผู้นำต้องเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยงในระบบการบริหารใหม่ ๆ

6. มีความคิดเชิงบวก ผู้นำองค์กร ต้องมีความเข้าใจว่ากระบวนการสร้างนวัตกรรมเป็นเชิงบวก (Innovation is Positive) ในมุมมองของผู้นำด้านนวัตกรรม ที่ต้องเห็นคุณค่านวัตกรรมในองค์กรเป็นด้านบวก

ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย ผู้นำที่มีองค์ความรู้ใหม่ ๆ และสามารถการบริหาร โดยการใช้เทคโนโลยีใหม่มาผสมผสานกับการออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่ที่ไม่เคยมีใครคิดมาก่อน โดยผู้นำมีความกล้าในการจัดการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งใหม่อย่างเต็มใจและพร้อม

ที่รับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้นำต้องเป็นผู้ที่มีความคิดเชิงบวก เห็นคุณค่าของนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในองค์กร

บทบาทของผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล (Singchungchai, 2019; Hormniam, 2020; Buachu & Wivatvanit, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมบทบาทของผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานในองค์กรพยาบาล โดยบทบาทหลัก ๆ ของผู้นำเชิงนวัตกรรม ได้แก่

1. การสร้างแรงบันดาลใจ: ผู้นำด้านนวัตกรรมสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้กับทีมงานในการนำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ด้วยการสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ ด้านนวัตกรรมทำให้เป็นจริง ร่วมกับพัฒนาความคิดใหม่กับบุคลากรที่มี ความคิดสร้างสรรค์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ผู้นำทดลองวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และนำเสนอกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จในการนำแนวทางนวัตกรรมมาใช้ในสถานพยาบาล

2. การพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำเชิงนวัตกรรมในพยาบาล: ผู้นำเชิงนวัตกรรมให้ความสำคัญกับการเสนอแนะแนวทางในการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะผู้นำสำหรับพยาบาล พัฒนาทักษะและความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล มีการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความสามารถในการนำเทคโนโลยี เครื่องมือและวิธีการแนวทางใหม่ ๆ มาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง: ช่วยในการจัดการและนำพาการเปลี่ยนแปลงในระบบการพยาบาล โดยการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง

4. การสร้างวัฒนธรรมนวัตกรรมในสถานพยาบาล: ผู้นำเชิงนวัตกรรมสามารถส่งเสริมวัฒนธรรมที่เปิดรับการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรม โดยสนับสนุนให้ทีมงานมีการพัฒนาการวิจัยและศึกษาแนวทางในการส่งเสริมวัฒนธรรมที่สนับสนุนการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในทีมพยาบาล ความคิดสร้างสรรค์และทดลองแนวทางใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมที่เปิดกว้างต่อความคิดใหม่ ๆ โดยการสนับสนุนให้มีการทดลองและวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์และนวัตกรรมในทีมพยาบาล

5. การใช้เทคโนโลยีใหม่กับการพยาบาลในยุคดิจิทัล: ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์มักจะนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีการสำรวจบทบาทของเทคโนโลยีในภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมและผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) หรือแอปพลิเคชันที่ช่วยในการติดตาม

อาการและการรักษาการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสะดวกและความปลอดภัย รวมถึงการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ

6. การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ให้การดูแลเป็นไปอย่างรอบด้านและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

7. การประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานของผู้นำเชิงนวัตกรรม: ผู้นำเชิงนวัตกรรมวิธีการและเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของผู้นำเชิงนวัตกรรมในด้านการพยาบาล มีการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องวิเคราะห์อุปสรรคและความท้าทายที่ผู้นำต้องเผชิญ เมื่อพยายามนำเสนอการเปลี่ยนแปลง สม่ำเสมอและนำผลมาปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์สู่ความสำเร็จของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม (Roglong, 2022) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ผู้นำเชิงนวัตกรรมจะต้องใช้ความรู้พื้นฐาน เรื่อง คณิตศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การเมือง ประวัติศาสตร์และ ภาษา และมีความรู้ในเรื่องเทคนิควิธีการ เทคโนโลยี กระบวนการ และกฎระเบียบ การให้ความรู้และ คำแนะนำที่ดีกับผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของผู้ปฏิบัติงานและหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาให้สำเร็จ

2. ความสามารถ ทักษะและการให้คุณค่า (Talents, Skills, and Values) คือ

2.1 ด้านความสามารถ (Talents) หมายถึง ผู้นำเชิงนวัตกรรมจะต้องมีกลยุทธ์ความสามารถในการแข่งขัน (Competitive Advantages) โดยการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กร (Analyzing External and Internal Conditions) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ สร้างนวัตกรรม การมองเห็นอนาคตภาพในการพัฒนาภาวะผู้นำ (Seeing the Future Better) หรือ มีความสามารถตั้งแต่กำเนิด แต่ได้รับการพัฒนาผ่านการเรียนรู้การกระทำและการทำซ้ำอย่าง ต่อเนื่อง

2.2 ด้านทักษะ (Skills) หมายถึง ผู้นำเชิงนวัตกรรมจะต้องมีทักษะ กลยุทธ์ในการพัฒนาอย่างไรให้ดีขึ้นกว่าเดิม เพื่อลดระยะเวลาในการทำงาน เพิ่มคุณภาพและลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน เป็นทักษะที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการเรียนรู้ขององค์กรและ สามารถใช้ความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) คิดสร้างวิธีการใหม่ๆ

2.3 ด้านการให้คุณค่า (Values) หมายถึง การที่ผู้นำเชิงนวัตกรรมให้ความสำคัญกับการใช้เหตุผล เชื่อในศักยภาพ ให้ความสำคัญใน การพัฒนาและแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์ร่วมกัน การให้คำแนะนำและเสริมแรงจูงใจให้ประสบผลสำเร็จ บรรลุวิสัยทัศน์ และการให้คุณค่ากับสิ่งใหม่ในองค์กร

3. แรงขับภายในตนเอง (Willpower) หมายถึง ผู้นำเชิงนวัตกรรมจะต้องมีวิสัยทัศน์ มองการณ์ไกล มีความมุ่งมั่น ต้องการที่จะเป็นที่สุด เป็นผู้นำที่ยิ่งใหญ่ มีแรงผลักดัน และแรงบันดาลใจจากความปรารถนาในวิสัยทัศน์ของตนเอง

สรุป

สำหรับผู้นำองค์กรในยุค VUCA World ผู้นำองค์กรที่ต้องเข้าใจและเตรียมพร้อมรับมือให้ทัน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา ด้านสังคมและด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมที่รวดเร็ว ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนทางด้านการบริหารเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์

สำหรับผู้บริหารในองค์กรการพยาบาลมีความสำคัญเนื่องจากเป็นบุคคลที่ผลิตสิ่งประดิษฐ์ทางการพยาบาล พร้อมทั้งการทำงานทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยผ่านการเป็นผู้นำที่ทำงานทางด้านนวัตกรรม (Won, 2015) และเป็นผู้นำที่ต้องผลักดันโดยการสร้างแรงบันดาลใจให้พยาบาลในหอผู้ป่วยสามารถมีความคิดริเริ่มสร้างนวัตกรรมสำหรับการบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแก่ผู้ใช้บริการสุขภาพ (Singchungchai, 2019)

ดังนั้น บทบาทของผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานในองค์กรพยาบาล โดยบทบาทหลัก ๆ ของผู้นำเชิงนวัตกรรม ได้แก่ 1) การสร้างแรงบันดาลใจ 2) การพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำเชิงนวัตกรรมในพยาบาล 3) การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง 4) การสร้างวัฒนธรรมการพัฒนานวัตกรรมในสถานพยาบาล 5) การใช้เทคโนโลยีใหม่กับการพยาบาลในยุคดิจิทัล 6) การสร้างความร่วมมือและ 7) การประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานของผู้นำเชิงนวัตกรรม

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการดูแล ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู สุขภาพของผู้รับบริการ โดยพยาบาลต้องให้การดูแลผู้รับบริการหรือผู้ป่วยแบบใกล้ชิดมากที่สุดในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการให้บริการแบบสร้างสรรค์ และใช้นวัตกรรม ซึ่งการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล นอกจากจะใช้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานแล้ว ผู้นำจำเป็นต้องมีกลยุทธ์สู่ความสำเร็จของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมที่ดีด้วย สำหรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ทันยุคสมัยและก้าวกระโดดสู่มิติใหม่ของการบริการ สำหรับผู้บริหารในองค์กรการพยาบาลมีความสำคัญเนื่องจากเป็นบุคคลที่ผลิตสิ่งประดิษฐ์ทางการพยาบาลที่เกิดสิ่งประดิษฐ์ พร้อมทั้งการทำงานทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยผ่านการเป็นผู้นำที่ทำงานทางด้านนวัตกรรม (Won, 2015) และเป็นผู้นำ

ที่ต้องผลักดันโดยการสร้างแรงบันดาลใจให้พยาบาลในหอผู้ป่วยสามารถมีความคิดริเริ่มสร้างนวัตกรรมสำหรับการบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแก่ผู้ใช้บริการสุขภาพ (Singchungchai, 2019)

รายการอ้างอิง (References)

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformation leadership and organizational culture. Public *Administration Quarterly, 17*(1), 114 - 122. https: www.jstor.org/stable/40862292

Berson, Y., & Avolio, B. J. (2004). Transformational leadership and the dissemination of organizational goals: A case study of a telecommunication firm. *The Leadership Quarterly, 15*(5), 625 - 646. https: doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.07.003

Buachu, T., & Wivatvanit, S. (2017). Innovation Leadership of Head Nurse, Government University Hospital. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn Universityl, 29* (1), 140 - 153. https://digital. car.chula.ac.th/cuns/vol29/iss1/12/

Burns, J.M. (1978). *Leadership.* Harper & Row.

Changthong, T. (2019). *The relationship between innovative leadership of school administrators and Digital organization of educational institutions In Tha Chana District, under the jurisdiction of Primary Education Area Office Surat Thani District 2. Graduate School*. [Master's thesis], Sukhothai Thammathirat Open University.

Duangthet, W. (2021) . *A Study of Situational Leadership of School Administrators, Rimkok Consortium under the secondart educational service area Chiangrai*. [Master's thesis], University of Phayao.

Hormniam, N. (2020) . Health care Innovative Leadership in the Nursing Profession. *Udonthani Hospital Medical Journal. 28*(2). 244 – 253. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/ article/view/245099/166635

Kaihin, R., Singchungchai, P., & Pathumarak, N. (2021) . Experience regarding Innovative Leadershipamong Head Nurses in Community Hospitals. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 8*(2), 138 - 149. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ nmdjournal/article/view/255921/183383

Lumpkin, P (2021). *Development of a program to strengthen creative leadership for school administrators. Under the jurisdiction of the Sakon Nakhon Primary Educational Service Area Office, Area 3.* [Master's thesis]. Mahasarakham University.

Lunenburg, F.C., & Ornstein, A.C. (1996). *Educational Administration: Concepts and Practices*. (2nd ed). Wadsworth.

Mongkhonvanit, C (2013). *Organizational administration and educational personnel*. Chulalongkorn University.

Motham, T. (2021). *Leadership of executives that affects being a professional learning community inSchool under the jurisdiction of the Secondary Education District Office, District 22*. [Master's thesis], Sakon Nakhon Rajabhat University.

Roglong, P. (2022) . *Innovative leadership of executives and effectiveness of Chainat Province Secondary School*. [Master's thesis], Silpakorn University.

Rungruang, S., & Chantuek, T. (2017). Leadership development model leads to creating creative impetus. *Veridian E - Journal,Silpakorn University, 10 (1*), 29 - 40. https://he0 2 . tci-thaijo. org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/79908

Saisirisuk, P. (2018). *Innovative leadership of administrators in interdisciplinary secondary schools. Panchapakee District, under the jurisdiction of the Secondary Educational Service Area Office 4.* [Master's thesis]. Kasetsart University.

Sikhuntagasamit, H., & Pakdeejit, Y. (2022). Situational Leadership Roles of School Administrators in Small Schools Under Nakhon Sawan Primary Educational Service Area Office 1. *Education Journal Faculty of Education, Nakhon Sawan Rajabhat University, 6*(1), 178-190. https://so02.tci-thaijo.org/index.php/edunsrujo/article/view/259058

Singchungchai, P. (2019). Innovative Leadership in Nursing Management. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 6* (1), 260 - 267. https://he01.tci-thaijo.org /index.php/scnet/article/view/154534

Singhachan, P. (2021). *Development of a model for enhancing innovative leadership among executives. Educational institution under the Bueng Kan Primary Educational Service Area Office* [Master's thesis]. Sakon Nakhon Rajabhat University.

Suksawang, S. (2017, November 8) . *VUCA World, challenges for modern leaders*. https://www. sasimasuk.com/16768188/vuca-world

Tatuy, W. (2022*). The Relationship between innovative leadership, Readiness of Professional nursesand success in nursing admintrstion of an university hospital, The lower northern region*. [Master's Thesis]. Naresuan University.

Tongrugjun, N. (2024) . *Factors and Indicators of Innovative Leadership of Private School dministratorsin the Digital Era in the East Coast Southern Sub-Region of Thailand*. Education Degree in Education administration Hatyai University.

Utterback, J.M. (2004) . *The dynamics of Innovation*. (Research Report). *https://www.researchgate.net/publication/286234989_The_dynamics_of_innovation/citations*

Wanichawasin, P. (2017). *Leadership development: from theory to good practice and case studies Leadership Development: Theories, Best Practices and Case Study*. Intellectual.

Won, H. (2015). Clinical Leadership of Staff Nurse: A Phenomenology Study. *Indian Journal of Science and Technology, 8*(26), 1 - 5. http://doi.org/10.17485/ijst/2015/v8i26/80217

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่รับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้านการแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ถ้าเป็นบทความวิจัยที่เป็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับเพื่อความเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดย บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง ตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ที่มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ ในด้านที่เกี่ยวข้องในการประเมินบทความ เพื่อให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ (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 และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความทุกคนไว้ที่เชิงอรรถในหน้าแรก

4. ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ส่วนล่างสุด ที่เชิงอรรถในหน้าแรก ขนาดตัวอักษร 12 ปกติ ระบุหน่วยงานรองและหน่วยงานหลัก และระบุตัวเลขเป็นตัวยกหน้าชื่อหน่วยงานผู้นิพนธ์ทุกท่าน และ E-mail Address ของผู้เขียนหลักเพื่อเป็น Corresponding Author

5. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ

6. คำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 - 5 คำ)

7. การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุด ให้ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน เมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่ ควรเว้นระยะพิมพ์หนึ่งบรรทัด

8. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ดังนี้ (Student centered learning)

9. กรณีมีรูปภาพ บันทึกเป็นไฟล์ที่มีนามสกุล JPEGs หรือ Tiffs เท่านั้น และให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (เริ่มใช้ในวารสารปีที่ 17 เป็นต้นไป)

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 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

10.5 ผลการวิจัย (Results) เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน ควรเสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิ กรณีมีตารางหรือแผนภูมิให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด **(เริ่มใช้ในวารสารฯ ปีที่ 17 เป็นต้นไป)**

10.6 อภิปรายผล (Discussion) เสนอเป็นความเรียง ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของผลการวิจัยกับกรอบแนวคิด และงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่ควรอภิปรายเป็นข้อ ๆ แต่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

10.7 สรุป (Conclusions) ระบุข้อสรุปที่สำคัญ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

10.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และสำหรับการวิจัยต่อไป

10.9 รายการอ้างอิง (References) ใช้รูปแบบการอ้างอิง APA 7th Edition และต้องเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น รายการอ้างอิงที่นำมาอ้างอิงต้องมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ และควรตีพิมพ์เผยแพร่ไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง และให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

11. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

11.1 บทคัดย่อ (Abstract)

11.2 บทนำ (Introduction)

11.3 เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ

11.4 บทสรุป (Conclusion)

11.5 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) (ถ้ามี)

11.6 รายการอ้างอิง (References)

12. การพิมพ์รายการอ้างอิง

ให้ใช้ APA Formatted References, 7th edition **(เริ่มใช้ในบทความ วารสารฯ ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป)**

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

1. วารสารจะดำเนินการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เมื่อบทความผ่านการพิจารณารับประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีการแจ้งผลการพิจารณาตีพิมพ์เบื้องต้นผ่านทางระบบ Thaijo ตามที่ผู้นิพนธ์ Submission บทความ

2. รายละเอียดค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

	บุคคลภายในมหาวิทยาลัย		บุคคลภายนอกมหาวิทยาลัย
บทความภาษาไทย	3,000	บาท	4,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	5,000	บาท	7,000 บาท

*** กรณีวารสารปฏิเสธการตีพิมพ์บทความ ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าดำเนินการในการประเมินบทความภาษาไทย จำนวน 3,000 บาท / บทความ กรณีบทความภาษาอังกฤษ จำนวน 5,000 บาท / บทความ***

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Author's last name – year of Publication) ถ้าชื่อสกุลผู้เขียนเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

1. ผู้แต่ง 1 คน

   สกุล (ปี) หรือ (สกุล, ปี) Siriphan (2016) หรือ (Siriphan, 2016)

2. ผู้แต่ง 2 คน

   Siriphan and Kaewchai (2016) หรือ (Siriphan & Kaewchai, 2016)

3. ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป

   ให้ใส่เฉพาะสกุลผู้แต่งคนแรกตามด้วยคำว่า et al.

   (Seeley et al., 2016) หรือ Seeley et al. (2016) ในการอ้างอิงครั้งแรก และการอ้างอิงครั้งต่อไป

4. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

4.1 ให้ใส่ชื่อหน่วยงานแทนชื่อผู้แต่ง สำหรับการอ้างอิงครั้งแรกให้ใส่ชื่อเต็มขอหน่วยงาน ตามด้วยอักษรย่อในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยม [ ] และต่อไปให้ใช้เฉพาะอักษรย่อ หากอักษรย่อบางหน่วยงานซ้ำกันให้ใส่ชื่อเต็มของหน่วยงานในการอ้างอิงทุกครั้ง

การอ้างอิงครั้งแรก

(World Health Organization [WHO], 2020)

การอ้างอิงครั้งต่อมา

(WHO, 2020)

4.2 ให้ใส่ชื่อเต็มของหน่วยงาน กรณีที่มีทั้งชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานย่อย เฉพาะต่างประเทศ ให้ใส่ชื่อหน่วยงานใหญ่ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย

World Health Organization

University of Southampton, Faculty of Health Sciences

5. การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งงานที่ผู้แต่งต่างกัน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งโดยเรียงตามลำดับอักษร แยกแต่ละรายการอ้างอิง โดยคั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) หากมีทั้งงานภาษาไทยและภาษาต่างประเทศให้เรียงรายการอ้างอิงภาษาไทยก่อน

(Knecht, et al., 2000; Moskal, 2000; Schrock, 2000)

การอ้างอิงในรายการอ้างอิงท้ายบทความ (References)

1. การลงชื่อผู้แต่ง

1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี)

Ahmad Asmuni	ลงชื่อผู้แต่งเป็น Asmuni, A.
John W. Creswell	ลงชื่อผู้แต่งเป็น Creswell, J.W.
Harison Michael Campbell	ลงชื่อเป็น Campbell, H.M.

1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลางของผู้แต่งทั้ง 2 คน โดยใส่เครื่องหมายจุลภาคคั่น และตามด้วย & หน้าชื่อสกุลผู้แต่งคนที่ 2

Sutter, J., & Jue, A.

1.3 ผู้แต่ง 3 – 20 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลางของผู้แต่งทุกคน โดยใส่เครื่องหมายจุลภาคคั่นระหว่างผู้แต่งทุกคนและตามด้วย & หน้าชื่อสกุลผู้แต่งคนสุดท้าย

Fonghoi, W., Tayjasanant, C., & Nomnian, S.

1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนที่ 1 ถึงคนที่ 19 คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ระหว่างผู้แต่งทุกคน ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค 3 จุด (. . .) โดยหน้าและหลังของแต่ละจุด ต้องเว้นวรรค 1 ตัวอักษร และตามด้วยชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

Yagi, K., Sato, Y., Sakaguchi, S., Goda, M., Hamano, H., Aizawa, F., Shimizu, M., Inoue-Hamano, A., Nishimori, T., Tagi, M., Kanno, M., Matsuoka-Ando, R., Yoshioka, T., Matstubara, Y., Izawa-Ishizawz, Y., Shimizu, R., Maruo, A., Kuniki, Y., Sakamoto, … Ishizawa, K.

1.5 บรรณาธิการ

ให้ใส่ชื่อบรรณาธิการ ตามด้วยตัวย่อ Ed. หากมากกว่า 1 คนให้ใช้ Eds. ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( )

Shelley, M., & Sahin, I. (Eds.)

2. ประเภทรายการอ้างอิง

2.1 บทความ

2.1.1 บทความในวารสาร ฉบับตีพิมพ์

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง
2. ปีพิมพ์ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานภาษาต่างประเทศให้ใช้เป็นปี ค.ศ.
3. ชื่อบทความ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัว พิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน
4. ชื่อวารสาร ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกในแต่ละคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*
5. ปีที่วารสาร พิมพ์ด้วย*ตัวพิมพ์เอียง*
6. ฉบับที่ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ติดกับปีที่ แต่ไม่ต้องเป็นตัวพิมพ์เอียง
7. เลขหน้า

ตัวอย่าง

U-senyang, S., Trichandhara, K., & Rinthaisong, I. (2017). Antecedents of Organizational Health in Southern Thailan. International Journal of Behavioral Science, *12*(1), 79 – 97.

2.1.2 บทความในวารสาร ฉบับที่เผยแพร่ออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./URL

ตัวอย่าง

Fonghoi, W. (2019). In-service Secondary School English Language teachers' Instructional Practices, Challenges, and their Training Needs: A Focus Group Interview Study, *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, *6*(2), 152 – 165. http://so05.tci-thaijo.org/index/php/pnuhuso/article/View/ 173972/142226

2.1.3 บทความในวารสาร ที่มีเลข Digital Object Identifier (DOI)

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่ อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./ https://doi.org/////////เลข DOI

ตัวอย่าง

Sayoh, I., Rusling, D.A., Brown, T., & Fox, K.R. (2020). DNA Structural Changes Induced by Intermolecular Triple Helix Formation. *ACS Omega 2020*, *5,* 1679-1687. http://doi.org/10.1021/acsomega.9b03776

2.1.4 บทความในนิตยสาร

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปี,/เดือน/วัน)./ชื่อบทความ./*ชื่อนิตยสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

Walt, V. (2021). The Lonely Quest for Ethical Chocolate. *Fortune*, *183*(2), 54 - 58.

2.1.5 บทความในนิตยสารออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่ อ./(ปี,/เดือน/วัน)./ชื่อบทความ./*ชื่อนิตยสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./ URL

ตัวอย่าง

Kelleher, K. (2020, February 13). Here are the Biggest Tax Law Changes to Look Out for this Year. *Time, 195*(3). http://time.com/5770130/tax-law-changes-2020/

2.2 หนังสือ

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปีพิมพ์ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปีค.ศ. กรณีที่ไม่ปรากฏปีพิมพ์ให้ใส่ n.d.

3. ชื่อหนังสือ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน

4. กรณีหนังสือจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ให้ระบุ (พิมพ์ครั้งที่/เลข) ไว้หลังชื่อหนังสือโดยไม่ต้องคั่นด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) สำหรับงานต่างประเทศให้ใส่ตัวย่อ ed. ไว้หลังครั้งที่พิมพ์

5. สำนักพิมพ์ ไม่ใส่คำว่า สำนักพิมพ์ ห้างหุ้นส่วน จำกัด บริษัท จำกัด มหาชน ยกเว้นสำนักพิมพ์ของสถาบันการศึกษา ให้ใส่ตามข้อมูลที่ปรากฏ เช่น สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นต้น หรือภาษาต่างประเทศที่ใช้คำว่า Books หรือ Press

6. กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.

7. กรณีที่ชื่อผู้แต่งและสำนักพิมพ์เหมือนกัน ให้ใส่คำว่า Author แทนตรงสำนักพิมพ์

ตัวอย่าง

Mackey, A. (2007). *Oxford Applied Linguistics: Conversational Interaction in Second Language Acquisition*. Oxford University Press.

Shelley, M., & Sahin, I. (Eds.). (2022). *Studies on Education, Science, and Technology 2021*. ISTES Organization.

2.2.1 บทในหนังสือ

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่ อ./(ปี พิ มพ์)./ชื่ อบทหรื อชื่ อบทความ./In/ชื่ อบรรณาธิ การ /(Ed. หรือ/////////Eds.),/*ชื่อหนังสือ*/(p./เลขหน้า)./สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Button, L. (2009). Facing Time: The Evocation of Time in Visual and Literary Forms of Autobiography. In S. Panja, S. Chakrabarti & C. Devadawson (Eds.), *Word, Image, Text: Studies in Literary and Visual Culture* (PP. 152-160). Orient BlackSwan.

2.2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL

ตัวอย่าง

Fedorov, A. (2007). *Media Education: Sociology Surveys. House*. http://files.eric. ed.gor /fulltext/ED557586.pdf

2.3 วิทยานิพนธ์

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปีที่เผยแพร่ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อวิทยานิพนธ์ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

4. ให้ใส่คำว่า วิทยาพิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ในเครื่องหมายวงเล็บ [ ] สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้ใส่คำว่า Master's thesis หรือ Doctoral dissertation

5. ชื่อมหาวิทยาลัย

2.3.1 วิทยานิพนธ์ ฉบับตีพิมพ์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์* /[Master's thesis หรือ Doctoral ///////dissertation]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

Mayi, L. (2011). *Doing Repair in Native-Non-Native Talk: A Conversation Analytic Study of Thai-English Interaction* [Master's thesis]. York St John University.

2.3.2 วิทยานิพนธ์ จากฐานข้อมูลออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์* /[Master's thesis หรือ Doctoral ///////dissertation,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล./URL

ตัวอย่าง

Hounkong, K. (2015). *Coptosapelta Flavescens as a Potential Anti-Entamoebba Histolytica and Anti-Giardia Intestinalis* [Doctoral dissertation, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank. http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010 /10246/1/404643.pdf

2.4 รายงานการวิจัย

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปี ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อเรื่อง สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

4. สำนักพิมพ์

ตัวอย่าง

Rushton, N. (2022). *Register of Change Part 1 2000-2010* (Research Report). Cambridge University Press & Assessment. http://files/eric/ed/gov/fulltext /ED622104.pdf

2.5 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ (Proceeding)

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปี ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อบทความ สำหรับงานต่างประเทศให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็นตัวพิมพ์เอียง

4. ให้ใส่คำว่า In ตามด้วยชื่อบรรณาธิการหรือชื่อหน่วยงาน หากเป็นบรรณาธิการให้ใส่คำว่า Ed. หรือ Eds. ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ กำกับไว้หลังชื่อบรรณาธิการ

5. ชื่อหัวข้อการประชุม ให้เป็นตัวเอียง

6. ชื่อการประชุม ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกในแต่ละคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง* จากนั้นให้ใส่ตัวอักษรย่อ PP. ตามด้วยเลขหน้า ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ

7. ชื่อฐานข้อมูล / ชื่อหน่วยงานจัดการประชุม

ตัวอย่าง

Kakinuma, Y. (2022). Catching on to Crypto: Evidence from the Stock Exchange of Thailand. In Faculty of Management and Tourism, Burapha University, Business transformation thriving through changes and turbulences, *The International and National Conference on Business Administration and Accountancy 2022: INCBAA 2022* (p.4), Faculty of Management and Tourism, Burapha University.

2.6 สารสนเทศจากเว็บไซต์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

Sirisilla, S. (2022, December 19). *Effective Use of Statistics in Research–Methods and Tools for Data Analysis.* Enago Academy. https://www.enago.com/academy/statistics-in-research-data-analysis/

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

ข้อแนะนำการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้นิพนธ์ศึกษา ตรวจสอบขั้นตอนการส่งบทความ และดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ **http://journal.pnu.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=41** 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