



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

JOURNAL OF HEALTH AND NURSING UBON RATCHATHANI UNIVERSITY

ISSN XXXX-XXXX (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Vol.2 No. 2 July - December 2023

บทความวิชาการ

- สื่อสารอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือในการทำหัตถการ กมลทิพย์ รุยแก้ว และคณะ

บทความวิจัย

- สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เข็มทอง ตรีเบตรไพบูลย์
และคณะ
- ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่พูดช้า
ที่มารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง จิรภา ณ พัทลุง
- บริการสุขภาพทางไกลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ติดบ้านติดเตียง จริญญา โคตรชนะ
- ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี นฤมล มูลประเสริฐ และคณะ
- ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลด่านช้าง สุพรรณษา รุ่งเรือง และ
นันทา สุนทรวิภาต
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง:
การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ สุริพร สิ้นสุภาวงศ์ และคณะ
- ความต้องการด้านข้อมูลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็ก
โรงพยาบาลด่านช้าง จิราพร คำศรีจันทร์ และคณะ
- คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ วิภา สุกฤดี และคณะ
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง ดวงรัตน์ หายพุด และ
นวลพรรณ ระโหฐาน



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University

ที่ปรึกษา	คณบดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	รองคณบดีฝ่ายวิจัย บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
บรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ รัตนชัยกุลโสภณ	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์อมรรัตน์ นระสนธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.อนามย์ ชีรวีโรจน์ เทศกะทีก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. อารณย์ ดินาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
	รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. มณฑา เก่งการพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริรัตน์ ศรีโปลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิลาวรรณ จันทะปริดา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ดร.รวิวรรณ เผ่ากัณหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
	ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
	นายแพทย์วีระ มหาวนากุล	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
	เภสัชกรหญิงชมภูณัฐ วีระวัธนชัย	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปิธิปการ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมปอง พะมูลิตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาวิตรี สิงหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิริทรัพย์ สีหะวงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.สมจิตต์ ลูประสงค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.กฤษณิศา มีนาเขตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.สุรัชย์ มณีเนตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

- วัตถุประสงค์**
1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและสุขภาพ
 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เลขที่ 85 ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-353226

E-Mail: nurseubujournal@gmail.com

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีนี้
ผ่านการพิจารณากรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน
ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
บรรณาธิการและคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

บทความวิชาการ

สื่อสารอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือในการทำหัตถการ	1
---	---

กมลทิพย์ รุยแก้ว และคณะ

บทความวิจัย

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	13
---	----

โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

เข็มทอง ตรีเนตร ไพบุลย์ และคณะ

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่พูดช้าที่มารับบริการคลินิก	25
---	----

กระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง

จิรภา ฌ พัทลุง

บริการสุขภาพทางไกลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	43
---	----

จริญญา โคตรชนะ

ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	58
---	----

นฤมล มุลประเสริฐ และคณะ

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ	73
---	----

โรงพยาบาลด่านช้าง

สุพรรณา รุ่งเรือง และ นันทา สุนทรวิภาต

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่	87
---	----

สุรีพร สิ้นสุภางค์ และคณะ

ความต้องการด้านข้อมูลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลด่านช้าง	100
--	-----

จิราพร คำศรีจันทร์ และคณะ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ	113
--	-----

จิราพร คำศรีจันทร์ และคณะ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง	127
--	-----

ดวงรัตน์ หาญพุ่ม และนวลพรรณ ระโหฐาน

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ฉบับนี้ มีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจดังนี้ บทความวิชาการเรื่อง สื่อสารอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือในการทำหัตถการ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับหลักการสื่อสารผู้ป่วยเด็กเพื่อลดความวิตกกังวล กลัว เครียด เจ็บปวด ในระหว่างการทำหัตถการ และบทความวิจัย 9 เรื่อง ได้แก่ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่พูดช้า บริการสุขภาพทางไกลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลด่านช้าง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ ความต้องการด้านข้อมูลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลด่านช้าง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารได้ทางหน้าเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/>)

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อยู่ในช่วงสองปีแรกของการพัฒนาวารสารเพื่อเตรียมประเมินเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI) ในอนาคต เนื่องจากเป็นสองปีแรกอาจมีความไม่สมบูรณ์ในรูปแบบหรือเนื้อหา หรือจำนวนบทความที่น่าสนใจ ดิฉันและกองบรรณาธิการยินดีรับการติชม และรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง และพร้อมที่จะร่วมกันพัฒนาคุณภาพวารสาร และเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพต่อไป ทั้งนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยตีพิมพ์ในวารสารฯ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2567 ได้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ผศ. อมรรัตน์ นระสนธิ์

บรรณาธิการวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สื่อสารอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือในการทำหัตถการ

กมลทิพย์ รุยแก้ว พย.บ.*

พลอยชมพู ปานปรุ่ง พย.บ.**

พิชญภา คุณาวุฒิ พย.บ.***

สุรีย์พร อรรถเศรษฐากร พย.บ.****

อภิชา จันทรเพ็ญ พย.บ.*****

บทคัดย่อ:

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์ที่เด็กต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและแยกจากครอบครัว การตรวจร่างกายและการทำหัตถการทางการแพทย์ทำให้เด็กรู้สึกหวาดกลัว โดยเฉพาะความกลัวต่อการทำหัตถการที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เด็กมักจะแสดงอาการขัดขืนและไม่ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ จึงส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ได้แก่ ความล่าช้าในการรักษาพยาบาล ความเครียดทั้งตัวเด็กและครอบครัวด้วย ดังนั้นการลดความกลัวเพื่อให้เด็กร่วมมือในการทำหัตถการจึงจำเป็นอย่างยิ่ง วิธีการสำคัญที่พยาบาลสามารถช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้คือ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสาร และวิธีการสื่อสารกับเด็กเพื่อลดความกลัว และให้ความร่วมมือในการทำหัตถการต่างๆ พยาบาลที่ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารทั้งกับเด็กและครอบครัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจ และส่งเสริมให้เด็กสามารถเผชิญกับความกลัวและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ฉุกเฉินต่อชีวิต

คำสำคัญ: การสื่อสาร, การทำหัตถการในเด็ก, ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, พยาบาลเด็ก

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลนครพนม, E-mail: 6570001836@student.chula.ac.th

**อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ (พก.) วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

***พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามธิบดี

****พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ งานการพยาบาลตรวจโรคกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

*****พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันที่รับบทความ 12 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 กันยายน 2566 วันตอบรับบทความ 2 ตุลาคม 2566

How to Communicate with Pediatric Patients for Cooperative Behaviors in Medical Procedures

*Kamonthip Ruikaew**B.N.S.

*Ploychompoo Panprung*** B.N.S.

*Pitchayapa Kunawudhi**** B.N.S.

*Sureeporn Attasesthakorn***** B.N.S.

*Aphicha Chanpheng****** B.N.S.

Abstract:

Hospitalized children experienced unfamiliar environment and separation from parents and family. Physical examination and painful medical procedures affected their feeling of fear. Fear of medical procedures caused resistance and non-medical compliance. These problems affected various aspects of care such as delay in treatment, stress in children and family members. Therefore, fear reduction is necessary and would enhance compliance to treatment among hospitalized children. This academic article aimed to describe the concept of communication and the strategies to communicate with hospitalized children to reduce fear and increase compliance to medical procedures. Pediatric nurses play a crucial role in communicating with children and their family members in terms of developing proper relationships, trust, and being able to confront fear when receiving medical procedures during hospitalization.

Keywords: Communication, Medical procedures in children, Hospitalized child, Pediatric nurses

*Corresponding author, Registered Nurse, Pediatric Intensive Care Unit, Nakhonphanom Hospital, E-mail: 6570001836@student.chula.ac.th

**Pediatric Nursing Instructor, Police Nursing College

***Registered Nurse, Neonatal Intensive Care Unit, Ramathibodi Hospital

****Registered Nurse, Pediatric Out Patient Department, Thammasat University Hospital

*****Registered Nurse, Neonatal Care Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

Received July 12, 2023, Revised September 30, 2023, Accepted October 2, 2023

บทนำ

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือเป็นภาวะวิกฤตสำหรับเด็ก เนื่องจากเด็กต้องแยกจากครอบครัว มาอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยต้องพบเจอบุคคลแปลกหน้าอย่างแพทย์และพยาบาลได้รับการตรวจรักษาพยาบาลที่ถูกถามต่อร่างกายและก่อให้เกิดความเจ็บปวด¹ การทำหัตถการต่างๆ ในโรงพยาบาลทำให้เด็กรู้สึกหวาดกลัวเพราะเด็กจะคิดว่าหัตถการทุกอย่างจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดเสมอ เช่น การแทงเข็มเป็นหัตถการที่พบได้มากในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความกลัว อาจทำให้เด็กต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คืบครั่น ขัดขืน ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดประสบการณ์ด้านลบต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์² นอกจากนี้พบว่า หัตถการการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นหัตถการทางพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว เกรียดยึดเจ็บปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยเด็กส่วนมากมีพฤติกรรมต่อต้านและไม่ร่วมมือส่งผลให้เกิดความยากลำบากและกระทบต่อผลสำเร็จในการทำหัตถการ³ การทำหัตถการในผู้ป่วยเด็กจะสำเร็จได้นั้นนอกจากทักษะและความชำนาญของพยาบาลเด็กแล้ว ความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง กลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้เด็กเกิดความร่วมมือในการทำหัตถการต่างๆ นั่นคือ การได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการทำหัตถการ ซึ่งสิ่งสำคัญในการเตรียมพร้อมก่อนทำหัตถการคือ การสื่อสารให้ข้อมูลกับเด็ก พยาบาลเด็กนอกจากจะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสภาพให้กับเด็กที่เจ็บป่วยโดยอาศัยความรู้และทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาลเด็กตามมาตรฐานการดูแลเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่เด็กแล้ว สมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลเด็กคือ การสื่อสารและความเข้าใจความต้องการของเด็กด้วยการสื่อสารกับเด็กที่เจ็บป่วยเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลเด็ก เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดในการสื่อสารจากพัฒนาการด้านการใช้และเข้าใจภาษา รวมถึงเด็กส่วนใหญ่กลัวพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จากการได้รับประสบการณ์ไม่ดี⁴ ดังนั้น พยาบาลเด็กจึงต้องมีความรู้ ความสามารถและมีเทคนิคในการสื่อสารให้เหมาะสมตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยของเด็ก เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เด็กเกิดความร่วมมือในการรักษาและการทำหัตถการ ส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้สามารถเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์คุกคามจากการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปรับตัวในทางที่ดี

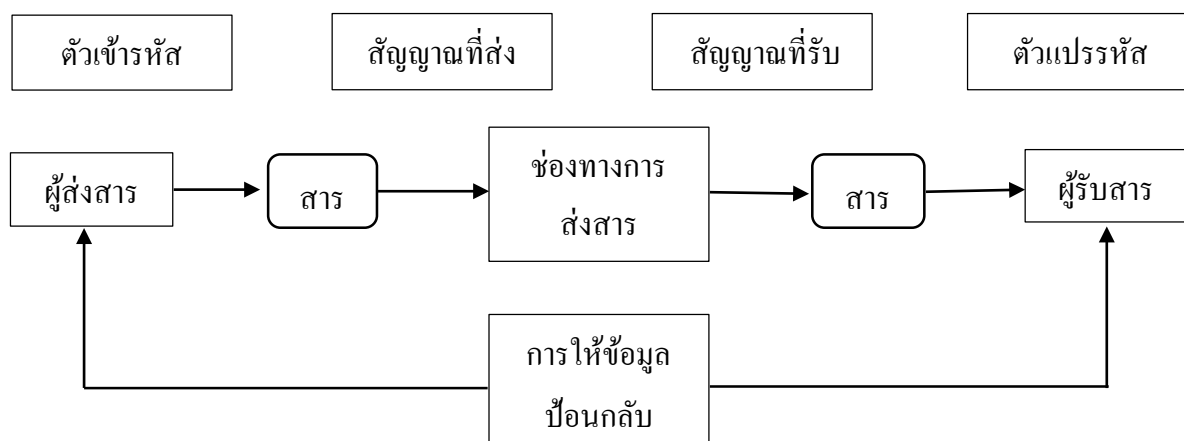
ความหมายของการสื่อสาร

การสื่อสาร (communication) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินคำว่า communis ตรงกับภาษาอังกฤษว่า communicate ซึ่งแปลตามตัวอักษรว่า make common หมายถึง ทำให้มีสภาพร่วมกันซึ่งมีความหมายที่ตรงกับธรรมชาติของการสื่อสารคือ การทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันตรงกัน กล่าวคือมนุษย์มีการสื่อสารซึ่งกันและกันเพื่อเข้าใจให้ตรงกันนั่นเอง ดังนั้นการนิยามความหมายคำว่าสื่อสาร จึงเป็นการนิยามที่ตั้งอยู่บนรากฐานของรากศัพท์เดิมคือ ความเข้าใจร่วมกัน⁵ และความหมายของการสื่อสารตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ได้ให้ความหมายของการสื่อสารว่า การนำถ้อยคำ ข้อความ หรือหนังสือของ

ฝ่ายหนึ่งส่งให้อีกฝ่ายหนึ่งโดยมีสื่อนำไป ส่วน Berlo (1960)⁶ ให้ความหมายการสื่อสารว่าเป็นการส่งผ่านข่าวสารจากบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งหรืออีกกลุ่มหนึ่ง โดยใช้สัญลักษณ์การสื่อสาร มีลักษณะเป็นกระบวนการ (process) อย่างหนึ่งของการถ่ายทอดสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดยผ่านช่องสื่อซึ่งเป็นตัวกลางและช่องทางที่นำตัวสารไปสู่เป้าหมาย ดังนั้น อาจสรุปความหมายของการสื่อสารได้ว่าเป็นกระบวนการที่กระทำระหว่างผู้รับและผู้ส่ง ในการถ่ายทอดสารจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายหนึ่ง เพื่อให้เกิดจุดมุ่งหมายต่างๆ ร่วมกัน

องค์ประกอบของการสื่อสาร

องค์ประกอบของการสื่อสารโดยยึดแบบจำลองการสื่อสารของ Berlo (1960)⁶ ซึ่งตีพิมพ์ในหนังสือ The Process of Communication พบว่า การสื่อสารประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แหล่งสาร (communication source) 2) ผู้เข้ารหัสสาร (encoder) 3) เนื้อหาข่าวสาร (message) 4) ช่องสาร (channel) 5) ผู้ถอดรหัสสาร (decoder) และ 6) ผู้รับสาร (communication receiver)⁷ รายละเอียดดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการสื่อสาร

1. ผู้ส่งสาร หมายถึง บุคคลที่ส่งสารหรือถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และความรู้สึกต่างๆ โดยการเข้ารหัส ออกไปเป็นสัญญาณ สัญลักษณ์ กริยาท่าทางต่างๆ

2. สาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดความต้องการทางอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ หรือเนื้อหาสาระที่ผู้ส่งต้องการจะสื่อออกไปอาจปรากฏออกมาในภาษาพูดหรือภาษาเขียนกริยาท่าทางต่างๆ ก็ได้ หรือที่กล่าวสั้นๆ คือ วาจาภาษาหรือวจนภาษา อาจเป็นสัญลักษณ์ใดๆ ก็ได้ที่ทำให้เกิดการรับรู้ร่วมกันได้ สารจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อผู้ส่งสารเกิดความคิดขึ้นมาและต้องการถ่ายทอดความคิดไปสู่การรับรู้ของผู้รับสาร ส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น เช่น การพูด การเขียน การวาด การแสดงอาการหรือกริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

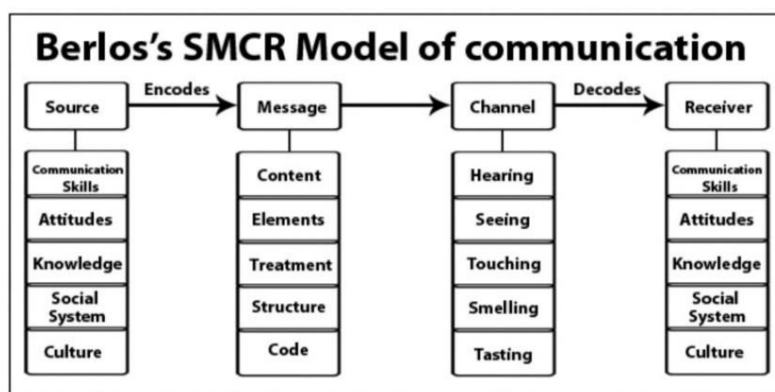
3. ช่องสาร หมายถึง ช่องทางหรือตัวกลางที่ใช้ในการส่งหรือการถ่ายทอดเป็นพาหะที่นำสารของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร อาจใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การลิ้มรส และ

การสัมผัส เพื่อใช้ในการส่งหรือถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ เช่น การเห็นคนทำหน้าเศร้าเป็นการแสดงถึงการมีความทุกข์ เป็นต้น

4. ผู้รับสาร หมายถึง บุคคลที่รับข้อมูลจากผู้ส่งสารเป็นองค์ประกอบประการสุดท้ายในกระบวนการสื่อสาร และเป็นองค์ประกอบสำคัญไม่น้อยกว่าองค์ประกอบอื่นๆ ทั้งนี้เพราะการสื่อสารใดๆ ก็ตามจะไม่ประสบผลสำเร็จได้เลยหากผู้รับสารไม่เข้าใจหน้าที่และบทบาทของตนเองที่มีต่อการสื่อสาร

ทฤษฎีการสื่อสาร

1. ทฤษฎีการสื่อสารของ Berlo (1960)⁶ นำเสนอแบบจำลองการสื่อสารที่เรียกว่า Berlo's SMCR Model ประกอบด้วยส่วนพื้นฐานสำคัญของการสื่อสาร 6 ประการคือ 1) ผู้ส่งสาร 2) ผู้เข้ารหัส 3) สาร 4) ช่องทาง 5) ผู้ถอดรหัส และ 6) ผู้รับสาร ซึ่งได้รวมผู้ส่งสารกับผู้เข้ารหัสไว้ในฐานะผู้ส่งสาร และรวมผู้ถอดรหัสกับผู้รับสารไว้ในฐานะผู้รับสาร แบบจำลองการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โลจึงประกอบด้วย S (source or sender) คือ ผู้ส่งสาร M (message) คือ สาร C (channel) คือ ช่องทางการสื่อสาร และ R (receiver) คือ ผู้รับสาร⁷(ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 Communication Theory. (n.d). Berlo's SMCR Model of Communication,

ที่มา: <https://www.communicationtheory.org/berlos-smcr-model-of-communication/>

แบบจำลอง SMCR⁸ แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่จะทำให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ ได้แก่ ผู้ส่งสารและผู้รับสาร มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยทำหน้าที่ในการเข้ารหัสสารและถอดรหัสสารให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกันต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

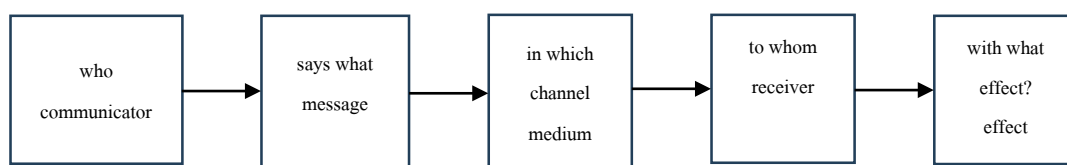
1.1 ทักษะในการสื่อสาร (communication skills) เป็นความสามารถของผู้ส่งสารในการเข้ารหัสสาร เช่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจกันได้อย่างถูกต้อง เช่น ผู้ส่งต้องมีความสามารถในการเข้ารหัสมีการพูดโดยใช้ภาษาพูดที่ถูกต้องชัดเจน ฟังง่าย ส่วนผู้รับก็ต้องมีความสามารถในการถอดรหัส และมีทักษะที่เหมือนกันกับผู้ส่งสาร โดยมีทักษะการฟังที่ดี หรือฟังภาษาผู้รู้เรื่อง เป็นต้น

1.2 ทศนคติ (attitudes) เป็นความรู้สึกหรือความคิดของผู้ส่งสารต่อเหตุการณ์หรือข้อความที่จะส่งสาร ถ้าผู้ส่งและผู้รับมีเจตคติที่ดีต่อกันก็จะทำให้การสื่อสารได้ผลดี ทั้งนี้เพราะเจตคดีย่อมเกี่ยวข้องไปถึงการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้ส่งและผู้รับด้วย

1.3 ความรู้ (knowledge) ผู้ส่งสารต้องมีความรู้ในข้อมูลข่าวสารที่จะถ่ายทอดไปยังผู้รับสาร มีความเข้าใจในกระบวนการส่งสาร และสามารถเลือกวิธีการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมกับสารและผู้รับสาร

1.4 ระบบสังคมและวัฒนธรรม (socio-culture system) ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกจากกันได้โดยเด็ดขาด ในการติดต่อสื่อสารของบุคคลต่างชาติต่างภาษากันจึงจะต้องมีการศึกษาระบบสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลในแต่ละชาติ เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงกฎข้อบังคับทางศาสนาของแต่ละศาสนาด้วย

2. แบบจำลองการสื่อสารของ Lasswell เป็นทฤษฎีการสื่อสารที่อธิบายกระบวนการสื่อสารเชิงพฤติกรรมศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เนื้อหาข่าวสารชนิดของสื่อและผลที่เกิดจากการกระทำการสื่อสาร Lasswell ให้ข้อเสนอแนะว่า วิธีการวิเคราะห์และอธิบายกระบวนการสื่อสารที่ดีที่สุดคือการตอบคำถามง่าย ๆ¹⁰ ดังนี้ (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แผนภาพแบบจำลองการสื่อสารของ Lasswell

ที่มา : <http://aritbooks.nrru.ac.th/uploadfiles/books/2-2018-08-30-08-37-09.pdf>

อธิบายได้ว่า กระบวนการสื่อสารประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ใคร (who) เป็นผู้ส่งหรือผู้ทำการสื่อสาร 2) กล่าวอะไร (says what) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาข่าวสารที่ส่งไป 3) ผ่านช่องทางใด (in which channel) ผู้ส่งสารทำการส่งข่าวสารโดยการพูดการแสดงกิริยาท่าทางหรือวิธีอื่นๆ เพื่อถ่ายทอดเนื้อหาข่าวสารให้ผู้รับรับได้โดยสะดวก 4) ถึงใคร (to whom) ผู้ส่งจะส่งข่าวสารไปยังผู้รับเป็นใครบ้าง เนื่องในโอกาสอะไร และ 5) เกิดผลอะไร (with what effect) การส่งข่าวสารนั้นเพื่อให้ผู้รับฟังผ่านไปเฉยๆ หรือจดจำด้วยซึ่งต้องอาศัยเทคนิควิธีการที่แตกต่างกัน

รูปแบบการสื่อสาร รูปแบบการสื่อสาร แบ่งได้ 2 ประเภทหลักๆ ดังนี้

1. การสื่อสารทางเดียว (one-way communication) หมายถึง การสื่อสารที่ผู้รับไม่สามารถโต้ตอบกับผู้ส่งในสื่อกลางเดียวกันได้ ผู้ส่งเป็นฝ่ายส่งข่าวสารเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่มักอยู่ในรูปของสื่อสารสาธารณะการสื่อสารรูปแบบนี้เรียกว่า simplex¹¹ เป็นพฤติกรรมกรรมการสื่อสารทางเดียวจากผู้ส่งสารสู่ผู้รับสาร

2. การสื่อสารสองทาง (two-way communication) หมายถึง การสื่อสารที่ผู้ส่งและผู้รับสารสามารถโต้ตอบกันได้ ในสื่อกลางเดียวกัน การสื่อสารรูปแบบนี้เรียกว่า duplex¹¹ เป็นการสื่อสารจากผู้ส่งสารถึง

ผู้รับสารแล้วมีการสื่อสารกลับจากผู้รับสารถึงผู้ส่งสาร ครั้งแรกพฤติกรรมนี้จะเกิดก็ครั้งก็ได้ ถือเป็นการสื่อสารสองทางทั้งสิ้น โดยจะการสลับหน้าที่ในการเป็นผู้ส่งสารกับการเป็นผู้รับสารตลอดเวลา¹² โดยที่การสื่อสารแบบสองทางนี้สามารถจำแนกตามลักษณะการรับ/ส่ง เป็น 2 ลักษณะคือ¹¹ 1) การรับ/ส่งต่างเวลากัน (half duplex หรือ semi duplex) หมายถึง การรับและส่งข้อมูลข่าวสารคนละเวลากัน กล่าวคือในขณะที่ฝ่ายหนึ่งกำลังส่งข้อมูลอีกฝ่ายหนึ่งต้องเป็นผู้รับข้อมูล และเมื่อส่งเรียบร้อยแล้วฝ่ายส่งจะกลับเป็นฝ่ายรับสลับกันไปมา และ 2) การรับ/ส่งในเวลาเดียวกัน (full duplex) หมายถึง การรับและส่งข้อมูลข่าวสารในเวลาเดียวกัน กล่าวคือในขณะที่ฝ่ายหนึ่งกำลังส่งข้อมูลอีกฝ่ายหนึ่งสามารถส่งข้อมูลได้เช่นกัน

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร

การสื่อสารที่จำแนกตามสัญลักษณ์ที่ใช้ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ การสื่อสารแบบวจนภาษากับการสื่อสารแบบอวจนภาษา ดังนี้

1. การสื่อสารแบบวจนภาษา (verbal communication) เป็นการสื่อสารโดยตรงหรือเผชิญหน้ากันโดยใช้วาจาหรือใช้ถ้อยคำ ได้แก่ การพูดและการเขียนเป็นตัวหนังสือแทนคำพูดการสื่อสาร โดยใช้คำพูดจะเป็นการสื่อสารในลักษณะของการสื่อสารทางเดียวและการสื่อสารสองทาง ส่วนการสื่อสารที่ใช้การเขียนนั้น มักจะมีลักษณะของการสื่อสารทางเดียว¹¹ ซึ่งการใช้วจนภาษากับเด็กควรเป็นคำพูดที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เพื่อให้เด็กเข้าใจสิ่งที่พยาบาลต้องการจะสื่อ ไม่ใช้คำพูดที่ทำให้ร้ายจิตใจเด็ก อย่างคำพูดข่มขู่ คำนิ หรือถากถาง ไม่ควรใช้คำพูดแสดงการตัดสินบน การให้คำมั่นสัญญา และไม่ควรพูดโกหกกับเด็ก เพราะจะทำให้เด็กไม่ไว้วางใจ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอีก⁴

2. การสื่อสารแบบอวจนภาษา (non-verbal communication) เป็นการสื่อสารโดยไม่ใช้วาจาหรือโดยไม่ใช้ถ้อยคำ แต่จะใช้สัญลักษณ์อักษร เครื่องหมาย การแสดงท่าทางของอากัปกริยาต่างๆ เข้าช่วยและสามารถทำความเข้าใจกันได้¹¹ ซึ่งการใช้อวจนภาษากับเด็กควรแสดงสีหน้าท่าทางอ่อนโยนและเป็นมิตร ใช้โทนเสียงสูงต่ำสลับกับโทนเสียงปกติพูดช้าๆ ไม่เร่งจังหวะ ไม่เสียงดังหรือตะคอกใส่เวลาพูดคุยกับเด็ก เพื่อช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย หรือการใช้ภาษากาย เช่น การสบตา การจับมือ⁴

วิธีการสื่อสารกับเด็กในการทำหัตถการ

พยาบาลควรมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล และขอความร่วมมือผู้ป่วยเด็กในการทำหัตถการต่างๆ ดังนี้

1. ทักษะการสื่อสารของพยาบาล (nursing communication skills) ทักษะการสื่อสารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹¹ โดยมีอยู่ 4 ทักษะด้วยกัน ได้แก่ ทักษะการฟัง (listening skills) ทักษะการพูด (speaking skills) ทักษะการอ่าน (reading skills) และทักษะการเขียน (writing skills) ในการสื่อสารกับเด็กนั้นทักษะที่มีความสำคัญมากคือ ทักษะการฟังและทักษะการพูด ดังนี้

1.1 ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (attentive listening skill) เป็นทักษะการสื่อสารด้านการฟังเพื่อให้พยาบาลรับรู้ในสิ่งที่เด็กต้องการจะสื่อ การรับฟังปัญหาหรือความต้องการของเด็กจะช่วยให้เด็กมีความรู้สึก

ว่าสบายใจและคลายความวิตกกังวล ไม่ใช้ความคิดและประสบการณ์ส่วนตัวของตนเองมาตัดสิน ไม่ควรตัดสินว่าถูกหรือผิด และไม่พูดแทรกขณะเด็กกำลังสื่อสารออกมา เพราะจะทำให้เด็กรับรู้ว่ามีผู้ฟังเข้าใจและสัมผัสความรู้สึกของเด็กได้จริงทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจ พร้อมสังเกตสีหน้า แววตา ท่าทางและน้ำเสียงว่าเด็กกำลังรู้สึกอย่างไร ใช้วัจนภาษา เช่น การพยักหน้าตอบ การสบตาเป็นระยะ การสัมผัส เพื่อแสดงให้เด็กรับรู้ว่ายพยายาสงใจในสิ่งที่เด็กกำลังพูด ขณะรับฟังสามารถใช้วัจนภาษาคำพูดตอบกลับสั้นๆ อย่างนุ่มนวลแสดงท่าทางที่เป็นมิตรหรือการใช้เทคนิคการสื่อสารอื่นร่วมด้วย เช่น การทวนคำพูดเพื่อสะท้อนความรู้สึก (reflecting) หรือการสรุปประเด็นสำคัญ (summarizing) เพื่อช่วยให้เด็กกับพยาบาลเข้าใจข้อมูลตรงกัน

1.2 ทักษะการสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจ (empathic communication skill) เป็นทักษะการสื่อสารด้านการพูดที่ใช้ร่วมกับทักษะการฟังอย่างตั้งใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เด็กรับรู้ว่ายพยายาสงใจความรู้สึกหรือรับรู้ถึงปัญหาที่เด็กกำลังเผชิญ พร้อมทั้งจะยอมรับและให้การช่วยเหลือตามที่เด็กต้องการด้วยการแสดงออกผ่านทางภาษาพูด การที่พยายาลมองปัญหาหรือความรู้สึกของเด็กโดยไม่เอาความรู้สึกหรือความคิดของตนเองไปตัดสิน แต่พยายามเข้าใจว่าถ้าตนเองไปอยู่ในปัญหาเดียวกันจะรู้สึกอย่างไร ถ้าทักษะการสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจของพยายาลได้ผล เด็กจะแสดงท่าทีผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม หรือบอกกับพยายาลว่าเด็กรู้สึกสบายใจ แต่ถ้าเด็กแสดงสีหน้าวิตกกังวลควรใช้เวลาอยู่กับเด็กเพราะทักษะนี้อาจไม่ประสบผลสำเร็จในครั้งเดียว ดังนั้นเพื่อให้พยายาลเข้าใจมุมมองหรือความรู้สึกของเด็ก พยายาลควรฝึกค้นหาและเข้าใจมุมมองหรือความรู้สึกของตนเองก่อน (self-awareness) ด้วยการฝึกสะท้อนคิดความรู้สึกของตนเองจากเหตุการณ์ในอดีต การสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจจะทำให้พยายาลรับรู้และสามารถให้การดูแลได้ตรงตามความต้องการของเด็ก ทำให้เกิดสัมพันธภาพและความไว้วางใจ รวมทั้งช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเองให้กับเด็ก⁴ การให้เด็กมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารโดยมีส่วนร่วมทุกเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองเมื่อพยายาลไม่ได้สื่อสารโดยตรงกับเด็ก แต่สื่อสารไปยังครอบครัวของเด็ก จะส่งผลให้เด็กเพียงแอบฟังในสิ่งที่พยายาลและครอบครัวสนทนากันเกี่ยวกับเรื่องของตัวเอง ในทางกลับกันถ้าพยายาลมีการสื่อสารโดยตรงกับเด็ก ไม่ว่าจะไม่มีหรือไม่มีครอบครัวอยู่ด้วย เมื่อพยายาลให้โอกาสเด็กได้ถามคำถามและรับฟังเด็กเด็กจะกลายเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสารและการให้ความร่วมมือ¹²

2. บุคลิกภาพของพยายาลเด็ก (personality of pediatric nurse) เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยสร้างความประทับใจแรกให้กับเด็ก เพราะเด็กส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นเวลาเข้าหาเด็ก พยายาลควรใช้เวลาเด็กได้รู้สึกผ่อนคลาย ค่อยๆ เข้าหาโดยสังเกตจากท่าทางของเด็ก ควรนั่งหรือยืนให้สายตาอยู่ในระดับเดียวกับเด็ก ไม่แสดงท่าทีที่ทำให้เด็กรู้สึกถูกคุกคาม อาจใช้การสื่อสารผ่านการเล่นเพื่อให้เด็กลดความกลัวลง เช่น การเล่นเกมบทบาทสมมติกับตุ๊กตาแสดงวิธีการเจาะเลือด เมื่อเด็กรู้ขั้นตอนก่อนผ่านการเล่นก็จะลดความกลัวของเด็กก่อนทำหัตถการลงได้บ้าง^{4,13}

3. เทคนิคการสื่อสารโดยคำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละช่วงวัย (communication techniques with the awareness of age differences) เด็กแต่ละช่วงวัยมีวิธีการสื่อสารที่แตกต่างกัน เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่อยู่ในช่วง

ของการพัฒนาด้านการคิดรู้และสติปัญญาพร้อมกับด้านการใช้และเข้าใจภาษา ดังนั้น การสื่อสารกับเด็กอย่างมีประสิทธิภาพจึงควรคำนึงถึงความสามารถในการสื่อสารของเด็กแต่ละช่วงวัย เพื่อเข้าใจถึงสิ่งที่เด็กต้องการจะสื่อ และสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการสื่อสารกับเด็กแต่ละช่วงวัย⁴ ดังนี้

3.1 *เด็กวัยทารก (อายุ 0-1 ปี)* เป็นวัยที่ไม่เข้าใจภาษาที่เป็นคำพูด แต่สามารถรับรู้ภาษาจากเสียง เช่น เด็กหุ้กร้องไห้เมื่อได้ยินเสียงที่อ่อนโยนหรือคุ้นเคย แต่ไม่สามารถสื่อสารตอบโต้ด้วยคำพูดจึงแสดงความต้องการของตนเองผ่านการแสดงสีหน้า ท่าทาง การร้อง การเคลื่อนไหวแขนขา หรือการสบตา วิธีการสื่อสารกับเด็กวัยทารกควรตอบสนองต่อสิ่งที่เด็กแสดงออกทันที โดยวิธีการพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล สลับกับเสียงโทนสูง ย่ำแย้มและสบตาเล็กน้อย หรือสัมผัสเด็กอย่างอ่อนโยน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นวิธีการที่ช่วยให้เด็กสนใจรู้สึกผ่อนคลาย และรับรู้ว่ายาบาลเข้าใจในตัวเด็ก เนื่องจากเด็กวัยนี้จะเข้าใจภาษาผ่านเสียง นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้คุณพ่อคุณแม่อยู่ใกล้ชิดเด็กให้มากๆ เพื่อให้เด็กรู้สึกสบายใจเพราะเด็กวัยทารกโดยเฉพาะอายุ 6 เดือนขึ้นไปจะเริ่มกลัวคนแปลกหน้า

3.2 *วัยเตาะแตะ (อายุ 1-3 ปี)* เป็นวัยที่เริ่มเข้าใจภาษาได้บ้าง เข้าใจคำพูดหรือประโยคสั้นๆ ไม่ซับซ้อนได้ แต่อาจจะไม่เข้าใจเหตุผล ทำตามคำสั่งที่เป็นขั้นตอนสั้นๆ ได้ เริ่มสื่อสารเป็นคำพูดหรือประโยคสั้นๆ 2-3 พยางค์ได้ แต่บางครั้งเด็กไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ จึงแสดงออกทางพฤติกรรมร่วมด้วย และด้วยธรรมชาติของวัยนี้มีความกลัวเป็นพื้นฐานซึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการและการรับรู้และกระบวนการคิดเชิงเหตุผลยังไม่สมบูรณ์¹⁴ เด็กมีความไวต่อสิ่งคุกคามมาก ส่งผลให้พฤติกรรมของเด็กนั้นอาจเปลี่ยนแปลงไปจึงเกิดพฤติกรรมที่ชัดเจนขึ้นเมื่อเกิดความกลัว เช่น ก้าวร้าวต่อต้าน เป็นต้น ดังนั้นวิธีการสื่อสารกับเด็กวัยเตาะแตะควรสื่อสารด้วยคำพูดหรือประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย และเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน พร้อมสังเกตอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล เช่น “พยาบาลจะขอเอาเลือดออกมานะคะ จะทำให้เบามือที่สุดเลย ถ้าเจ็บมากจะร้องก็ได้แต่หนูอยู่นิ่งๆ นะคะ” ถ้าเด็กไม่พูดหรือกลัวพยาบาลมาก อาจหากิจกรรมการเล่นหรือของเล่นที่เด็กชอบมาเป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับเด็กหรือพูดคุยกับพ่อแม่ของเด็กก่อน เพื่อให้เด็กรู้สึกถึงความเป็นมิตรหรือให้พ่อแม่อยู่เพื่อเป็นกำลังใจ เช่น “พยาบาลจะให้คุณแม่อยู่ด้วยนะคะกอดหนูไว้แบบนี้เลยพยาบาลจะให้ยานะคะ....เสร็จแล้วคุณแม่โอดูกน้อยนะคะ”^{4,13} และนอกเหนือจากนี้เด็กวัยนี้กลัวการบาดเจ็บทางร่างกายจากสิ่งที่เด็กมองว่าเป็นสิ่งคุกคาม เช่น หัตถการต่างๆ เช่น การฉีดยา การเจาะหลัง หรือการผ่าตัดต่างๆ เป็นต้น จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดเช่นนี้ การปรับเทคนิคการพูดจะช่วยลดความกลัวและช่วยให้เด็กมีความร่วมมือในการทำหัตถการได้ เช่น หัตถการการตัดฝีเย็บ ต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจด้วยถ้อยคำที่เรียบง่าย “เดี๋ยวคุณแม่หมอและพยาบาลจะขอถอดเสื้อผ้าที่อยู่ตรงแขนออกให้ นะคะ และจะขอใช้อุปกรณ์ในการเอาออกให้ นะคะ” พร้อมทั้งชี้ให้เด็กเห็นถึงอุปกรณ์เพื่อให้เด็กมีความเข้าใจเชิงรูปธรรม พร้อมทั้งอาจเพิ่มเทคนิคการเล่นให้เด็กจับและสัมผัสอุปกรณ์จริงทำให้เด็กมีความเข้าใจในขั้นตอนและส่งผลให้พฤติกรรมความกลัวลดลงได้¹⁵

3.3 *วัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี)* เป็นวัยที่เข้าใจภาษามากขึ้นเข้าใจประโยคยาวๆ และประโยคที่เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น แต่ไม่สามารถเข้าใจเรื่องที่ซับซ้อนได้ เด็กสามารถสื่อสารเป็นประโยคยาวๆ และมีความหมายได้ถูกต้อง สามารถเล่าเรื่องและลำดับเหตุการณ์ได้ถูกต้อง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้มากขึ้น และชอบเล่าเรื่องที่คุ้นเคย วิธีการสื่อสารกับเด็กวัยก่อนเรียนควรสื่อสารด้วยคำพูดหรือประโยคที่เป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถใช้เหตุผลอธิบายได้และสามารถบอกให้เด็กทราบได้ว่าอะไรควรทำและไม่ควรทำ เช่น “หนูไม่สบายพยายาลต้องขอเลิคนูไปตรวจนะคะ” นอกจากนี้ควรเพิ่มคำถามปลายเปิดในการสื่อสารมากขึ้น เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดและการใช้เหตุผลเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิดเห็นหรือเลือกในสิ่งที่ต้องการในแบบง่ายๆ ถ้าเวลาสื่อสารแล้วเด็กไม่พูดหรือกลัว พยายาลสามารถหากิจกรรมการเล่นที่เกี่ยวข้องกับจินตนาการหรือการเล่นบทบาทสมมติมาช่วยในการสื่อสารกับเด็ก นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองก็เป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยและกลัวคนแปลกหน้าลดลง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองให้เขามีบทบาท เช่น การให้ผู้ปกครองอยู่เป็นเพื่อนเด็กหรือเข้ามาอยู่ใกล้ๆ ในระหว่างการทำหัตถการ เป็นต้น

3.4 *วัยเรียน (อายุ 6-12 ปี)* เป็นวัยที่เข้าใจภาษาและสิ่งต่างๆ รอบตัวมากขึ้น เข้าใจมุมมองความคิดของผู้อื่นได้อย่างมีเหตุผลเพิ่มมากขึ้น แต่อาจไม่เข้าใจสิ่งที่ป็นนามธรรม เด็กสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้มากขึ้นใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ และสนใจที่จะค้นหาคำตอบหรือเหตุผลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ รอบตัว วิธีการสื่อสารกับเด็กวัยเรียนควรสื่อสารกับเด็กด้วยการใช้เหตุผลเป็นหลัก เปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิดเห็นและมีโอกาสเลือกในสิ่งที่ต้องการพร้อมสนับสนุนกิจกรรมที่เด็กชอบหรือสนใจ เด็กวัยนี้สนใจคุยเรื่องใกล้ตัว เช่น “พยายาลจะทำแผลให้ หนูอยากจะทำหรือจะนอนดีคะ”

3.5 *วัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี)* เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมาก ต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่เด็กเป็น ดังนั้นเวลาที่ผู้ใหญ่มีความคิดเห็นแตกต่างหรือไม่เข้าใจในสิ่งที่เด็กทำ เด็กจะรู้สึกต่อต้านและเป็นเหตุให้เด็กชอบที่จะใช้เวลาอยู่กับตนเองหรืออยู่กับเพื่อนมากกว่าอยู่กับพ่อแม่ วิธีการสื่อสารกับเด็กวัยรุ่นควรรับฟังอย่างตั้งใจเข้าใจและยอมรับในการตัดสินใจของเด็ก ไม่ตัดสินความคิดของเด็กว่าถูกหรือผิดเพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดต่อเด็ก เช่น “ถ้าไม่อยากกินยา ตัวนี้หนูอยากให้พยายาลช่วยอย่างไร” การพินใจเป็นส่วนตัวเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำในสิ่งที่เด็กสนใจ เมื่อต้องการขอความร่วมมือในการรักษาควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนและให้เด็กมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยายาลเน้นการใช้คำถามปลายเปิดในการสื่อสารกับเด็ก

4. *เทคนิคการสื่อสารเมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (communication techniques to deal with children's inappropriate behaviors)* เมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม สิ่งที่เราควรทำเป็นอันดับแรกคือ การจัดการอารมณ์ของตนเองและควรใช้คำพูดเตือนสั้นๆ แต่ควรเป็นการเตือนที่พฤติกรรมไม่ใช่ที่ตัวเด็ก เช่น “เล่นตรงนั้นไม่ได้นะคะ” แทนการพูดว่า “ทำไมคือแบบนี้คะ” และไม่ควรถามหาเหตุผลหรือคำพูดถากถางประชดประชัน เนื่องจากจะเป็นการทำให้เด็กชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น ในบางครั้งการไม่พูดอะไรเลยก็เป็นผลดีกว่า โดยแสดงสีหน้าที่จริงจังประกอบกับการใช้ความเงียบ การใช้เทคนิคนี้ในสถานการณ์

ที่เหมาะสมสามารถช่วยลดการต่อต้านการรักษาของเด็กได้ โดยเฉพาะเมื่อเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมต่อต้านอย่างรุนแรงและไม่พร้อมรับฟังเหตุผลใดๆ¹⁶

บทสรุป

การสื่อสารกับเด็กเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากเด็กแต่ละช่วงวัยต่างก็มีพัฒนาการในการใช้ภาษาที่แตกต่างกัน ทำให้ระดับการเข้าใจภาษาแตกต่างกันไปด้วย พยาบาลเด็กจึงจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีโดยคำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละช่วงวัย นอกจากนี้ก็ต้องรู้จักเทคนิควิธีการสื่อสารที่ใช้รับมือกับเด็กเหมาะสมตามสถานการณ์และพฤติกรรมของเด็ก เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กและพยาบาล เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการเพิ่มมากขึ้นลดความกลัวและความวิตกกังวลจากการทำหัตถการซึ่งนำมาสู่ประสบการณ์การในการรักษาที่ดีและเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sangnimitchaikul W .Using play for stress adaptation in sick children .Thai Science and Technology Journal. 2012;20(5):449-56. (in Thai)
2. Supsung A, Khunkaew S, Udomlerd M. Managing fear needle pain in children: Nursing practice in pediatric care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2):25-31. (in Thai)
3. Khamenkan K. Intravenous cannulation procedure in pediatric patients: Nursing strategies to success. Journal of Nursing Science & Health. 2013;35(2):131-9. (in Thai)
4. Sakulrungsajalas T, Chaiyaratana C. Empathic communication for connection with children. Journal of Nursing Division. 2021;47(3):12-25. (in Thai)
5. Chula International Communication Center. Chulapedia.chula.ac.th [Internet]. Bangkok: Chula International Communication Center; 2011[cited 2023 July 8]. Available from: [http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php?title=การสื่อสาร_\(Communication\)](http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php?title=การสื่อสาร_(Communication)) (in Thai)
6. Berlo DK .The process of communication: An introduction to theory and practice: Holt, Rinehart and Winston; 1960.
7. Sriwichai P, Suriyo N .The effects of an informational program on communication skills of professional nurses at Phayao Hospital .Thai Red Cross Nursing Journal .2022;15(3):168-81. (in Thai)

8. Communicationtheory.org [Internet]. Berlo's SMCR Model of Communication [cited 2023 July 8]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.communicationtheory.org/berlos-smcr-model-of-communication/>
9. Tantiwinyupong S, Abhinandavedi PW. The communication model based on Buddhist peaceful means for nurses at Lerdsin Hospital. Journal of MCU Peace studies. 2023;11(2):696-10. (in Thai)
10. Thitikulcharoen S. Communication theory. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 1997. (in Thai)
11. Oumtanee A. Developing nursing leadership. Bangkok; 2022. (in Thai)
12. Lambert V, Glacken M, Mc Carron M. Communication between children and health professionals in a child hospital setting: A child transitional communication model. J Adv Nurs. 2011;67(3):569-82.
13. Mitsumpune N. Communicate with children...is cushy?. Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani college of nursing, Bangkok). 2013;27(2). (in Thai)
14. Supsung A, Khunkaew S, Udomlerd M. Managing fear needle pain in children: Nursing practice in pediatric care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2):25-31. (in Thai)
15. Foote JM. Communication and physical assessment of the child and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier, Inc; 2017.
16. Osei Appiah E, Appiah S, Kontoh S, Mensah S, Awuah DB, Menlah A, et al. Pediatric nurse-patient communication practices at Pentecost Hospital, Madina: A qualitative study. Int J Nurs Sci. 2022;9(4):481-9.

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

เข็มทอง ศรีเนตร ไพบูลย์*พย.ม. (พยาบาลชุมชน)

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

อณัญญา ลาอุณ วท.ม.*** (สุขศึกษา)

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และมารับการรักษาที่คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2565 จำนวน 269 ราย เก็บข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า เกินครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.30) อายุ 71-80 ปี (ร้อยละ 28.60) ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี มะเร็งตับ และมะเร็งปอด (ร้อยละ 23.40, 17.10, 10.40) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (ร้อยละ 87.36) โดยส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 82.90) รองลงมาคือ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลและเสียชีวิตที่วัด (ร้อยละ 4.09, 0.37) ตามลำดับ และยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 12.64) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวในระยะใกล้เสียชีวิต ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, คลินิกลดปวด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น นูริร์มัย

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail: mininok.120422@gmail.com

วันที่รับบทความ 30 มิถุนายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 ตุลาคม 2566 วันตอบรับบทความ 1 พฤศจิกายน 2566

Situation of Terminally Ill Cancer, Patients Receiving Palliative Care, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province

Kemthong Treenetphaibun M.N.S.,APN (Community Nurse Practitioner)*

*Suptawee Hirungerd** M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*

*Ananya Lalun*** M.Sc. (Health Education)*

Abstract:

This retrospective research aimed to study the situation of patients with cancer in the end-of life care stage. The participants were patients who have been diagnosed with cancer in terminal stage and received treatment in pain relief clinic at Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province during 1st October 2019 – 30th September 2022. There were 269 patients participating in this study. Data were collected using out-patient medical record and palliative care form. The results of the study found that the majority of the participants were male (51.30%) and aged 71-80 years (28.60%). Most of them were diagnosed with biliary duct cancer (23.40%) followed by liver cancer (17.10%) and lung cancer (10.40%). Most of them died at home (82.90%) followed by at the hospital (4.09%) and temple (0.37%) respectively, and still alive (12.64%). Moreover, patients with end-stage of life wanted to stay closely with family members in impending death stage. Thus, nurses should enhance family participation in caring for this group of patients.

Keywords: Terminal cancer patients, Palliative care, Pain relief clinic

**Professional Nurse, APN, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province.*

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Western University, buriram*

****Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Email: mininok.120422@gmail.com*

Received June 30, 2023, Revised October 30, 2023, Accepted November 1, 2023

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในช่วง 2-4 ปีที่ผ่านมาพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ ของโลก แม้ว่าความเจริญด้านการแพทย์จะก้าวหน้าไปมากก็ตาม แต่กลับพบว่าโรคนี้นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิต ตลอดจนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย¹ จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีประชากรทั่วโลก 56.8 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 67.10) และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ร้อยละ 28.20)² ประเทศไทยพบสถิติล่าสุดของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 139,206 คนต่อปี และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 84,073 คนต่อปี โดยพบว่า มะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทยคือ มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 39.80) รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (ร้อยละ 12.20) ส่วนเพศชายพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 20.70) รองลงมาคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (ร้อยละ 19.0)³ ในส่วนของจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์พบว่า ปี พ.ศ.2559-2561 พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งต่อประชาชนแสนคนในเพศชายและในเพศหญิง 183.10 และ 149.90 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี พ.ศ.2563 จังหวัดชัยภูมิพบผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 24.30³ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานทั้งการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอว์โมน การรักษาแบบมุ่งเป้าและการรักษาโดยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล⁴ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เมื่อโรคเริ่มลุกลามและนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁴

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่คาดการณ์ได้ การทำงานของอวัยวะที่สำคัญในร่างกายทรุดลงเรื่อยๆ จนร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติ⁶ และเมื่อพยาธิสภาพของโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้นจะไม่สามารถควบคุมหรือรักษาภาวะคุกคามนั้นได้ และเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁷ เนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทรมานกับความเจ็บปวดจากโรคที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาทางการแพทย์ที่มีจำนวนมากขึ้น⁸ ปัจจุบันการดูแลระยะสุดท้ายตามหลักของการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยอาจยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางพื้นที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ งบประมาณที่ได้รับในการสนับสนุนการจัดหาที่จำเป็นหรือยาระงับปวด เป็นต้น อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีภูมิปัญญาหรือต้นทุนทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมมาช้านานในการดูแลที่ครอบคลุมทางด้านมิติทางกาย ทางจิตวิญญาณและทางจิตสังคม และได้ให้ความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่จากกรอบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า ยังมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการแบบประคับประคอง (ร้อยละ 17.0)⁹ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย

ระยะแรกจนถึงระยะของการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังที่มีการสูญเสียเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลนี้ควรครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงก่อนเสียชีวิตและใกล้เสียชีวิต เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว^{7,10-11} แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีการพัฒนาและทันสมัยมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าการดูแลแบบประคับประคองมีผลให้ระยะเวลาการรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบมาตรฐานทั่วไป¹¹

สถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากพบสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งมีจำนวนมากและมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยรายใหม่มากขึ้นทุกปี อาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็ง เนื่องจากต้องสัมผัสปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมต่างๆ ที่สะสมมาเป็นระยะเวลายาวนาน การสัมผัสสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่^{8,12} เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ แล้ว จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษา โดยพบว่า เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามจะก่อให้เกิดอาการต่างๆ พร้อมกันหลายอาการ เช่น อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ปวด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น¹³ ซึ่งการจัดการดูแลรักษาโรคมะเร็งมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอย อาจทำให้ส่งผลต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้¹² ซึ่งการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีเป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคองมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ

โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง จึงมีการจัดบริการคลินิกลดปวด มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 แต่ยังคงพบ สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลสถิติ ปี พ.ศ.2557-2559 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 25, 38 และ 88 คน ตามลำดับ ซึ่งปัจจุบันทางโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2565 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มารับบริการที่คลินิกลดปวด โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 269 คน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ศาสนา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะในการดูแลแบบประคับประคอง และสถานที่เสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (เอกสารรับรองเลขที่ 56-2565, 31-08-2565) อีกทั้งมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนในเวชระเบียนตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ และอภิปรายผลการวิจัย โดยเวชระเบียนถูกจัดเก็บไว้เป็นส่วนสำคัญในคลินิกลดปวด โดยไม่มีบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องได้พบเห็นและไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับและจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด ซึ่งแจ้งรายละเอียดการดำเนินการวิจัยให้หน่วยงานได้รับทราบ ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมตอบข้อสงสัยต่างๆ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อย และเมื่อข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์จึงนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.30) และเพศหญิง (ร้อยละ 48.70) อายุเฉลี่ย 67.29 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71-80 ปี (ร้อยละ 28.60) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 61-70 ปี และ 51-60 ปี (ร้อยละ 25.30, 24.50) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 87.40) รองลงมาคือ เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม (ร้อยละ 8.90, 2.60) ตามลำดับ เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.60) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี (ร้อยละ 36.23) (ตารางที่ 1)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 23.40) รองลงมาคือ โรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 17.10, 10.40) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งแล้ว (ร้อยละ 87.36) และมีส่วนน้อยที่ยังมีชีวิตและยังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 12.64) และสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 82.90) รองลงมาคือ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลและเสียชีวิตที่วัด (ร้อยละ 4.09, 0.37) ตามลำดับ (ตารางที่ 2, 3 และ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 269)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	138	51.30
หญิง	131	48.70
อายุ(ปี) ($\bar{X}$ =67.29, S.D.=12.44, Min=24, Max=104)		
21-30	1	0.40
31-40	4	1.50
41-50	16	5.90
51-60	66	24.50
61-70	68	25.30
71-80	77	28.60
81-90	30	11.20
91 ขึ้นไป	7	2.60
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	235	87.40
เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ	24	8.90
ประกันสังคม	7	2.60
จ่ายเงินเอง	3	1.10
ศาสนา		
พุทธ	268	99.60
คริสต์	1	0.40
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย(ปี) ($\bar{X}$ =2.11, S.D.=1.04, Min=1, Max=6.0)		
1 ปี	86	31.88
2 ปี	97	36.23
มากกว่า 3 ปี	86	31.88

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละชนิดของโรคมะเร็ง (n = 269)

ชนิดของโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็งท่อน้ำดี	63	23.40
มะเร็งตับ	46	17.10
มะเร็งปอด	28	10.40
มะเร็งเต้านม	23	8.60
มะเร็งลำไส้ใหญ่	16	5.90
มะเร็งปากมดลูก	13	4.80
มะเร็งช่องปาก	13	4.80
มะเร็งลำไส้ตรง	12	4.50
มะเร็งกระเพาะอาหาร	8	3.0
มะเร็งตับอ่อน	6	2.20
มะเร็งรังไข่	6	2.20
มะเร็งกระดูก	5	1.90
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	5	1.90
มะเร็งต่อมไทรอยด์	5	1.90
มะเร็งหลอดอาหาร	4	1.50
มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก	3	1.10
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	3	1.10
มะเร็งต่อมไทรอยด์	2	0.70
มะเร็งต่อมลูกหมาก	2	0.70
มะเร็งสมอง	2	0.70
มะเร็งอื่นๆ (มะเร็งเยื่อช่องปาก, มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน, มะเร็งต่อมไทรอยด์)	4	1.50

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 269)

การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน	ร้อยละ
ยังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	34	12.64
เสียชีวิตจากโรคมะเร็งแล้ว	235	87.36

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสถานที่การเสียชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 269)

สถานที่การเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	11	4.09
บ้าน	223	82.90
วัด	1	0.37
ยังมีชีวิตอยู่	34	12.64

การอภิปรายผล ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 71-80 ปี อายุเฉลี่ย 67.29 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของชัยพร รุ่งวิจิตร และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 65.54 ปี และการศึกษาของฉลองพล สารทอง และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาแนวโน้มและการคาดการณ์อุบัติการณ์โรคมะเร็งปอดจังหวัดขอนแก่นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.58) อายุเฉลี่ย ณ วันที่วินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเพศชาย เท่ากับ 62.33 ปี อาจเนื่องมาจากการที่ผ่านนั้นผู้สูงอายุได้สัมผัสปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งทั้งผ่านการสัมผัสสารก่อมะเร็งต่างๆ การใช้ชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่สะสมเป็นเวลายาวนาน ก่อให้เกิดการทำลายยีนสะสม ทำให้การทำงานของยีนบกพร่อง และทำให้พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งค่อนข้างสูงกว่าคนในวัยอื่นๆ ได้ ดังนั้นจึงพบว่า อายุยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น^{8,12} นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า อุบัติการณ์การพบโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มจะลดลง อาจด้วยเมื่ออายุที่มากขึ้นทำให้กระบวนการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งนั้นช้าลง กระบวนการทางพยาธิสภาพลดลงตามอายุที่มากขึ้น จึงทำให้การพบอุบัติการณ์การเกิดโรคลดลงได้ในวัยที่อายุ 90 ปีขึ้นไป¹² นอกจากนี้ปัจจุบันมีการตื่นตัวในการตรวจหาโรคมะเร็ง เนื่องมาจากนโยบายของทางภาครัฐที่ส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองที่มากขึ้น การเข้าถึงบริการและความเจริญด้านเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลและมีแผนการรักษาที่มีมาตรฐานจึงส่งผลให้มีการเข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว¹⁴ เมื่อแยกตามผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแยกตามชนิดของการเกิดโรคมะเร็งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี รองลงมาโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งปอด ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรยา สาหัส และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาอุบัติการณ์และการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ของการเกิดมะเร็งตับในจังหวัดนครพนมพบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งตับเพิ่มขึ้น โดยพบอุบัติการณ์มะเร็งตับจังหวัดนครพนม 22.5 ต่อประชากรแสนคนต่อปี สอดคล้องกับการศึกษาของฉลองพล สารทอง และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งจังหวัดขอนแก่น พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งปอดเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 16.90 เป็น 18.88 และเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 6.60 เป็น 7.88 ดังนั้น สถานการณ์โรคมะเร็งปอดในจังหวัดขอนแก่นช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ดาวประเสริฐ และคณะ¹² ที่ศึกษาระบาดวิทยาโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน 3 อันดับแรกของเพศชายได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ส่วนเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดีและมะเร็งเต้านม และยังพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งรวมทุกชนิดสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเพศชายป่วยเป็นมะเร็งลำไส้มะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งตับ ในขณะที่เพศหญิงนั้นส่วนใหญ่มักจะเป็นเพศหญิงป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ ตามลำดับ¹⁶

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีเพียงส่วนน้อยที่ยังมีชีวิตอยู่ อาจเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลามของโรคทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นที่บ้าน อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าบ้านเป็นศูนย์รวมแห่งความสุข เป็นสถานที่ที่ทุกคน อยู่พร้อมหน้าของสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายผู้ป่วยอาจต้องการได้อยู่กับ บุคคลอันเป็นที่รัก ได้ใช้ชีวิตในบั้นปลาย พุดคุยในสิ่งที่ต้องการสื่อสารร่วมกับสมาชิกในครอบครัวชุมชน นอกจากนี้นักกลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และสังคมชนบทอีสานมีวัฒนธรรมที่ดีมีความเอื้อ ออาทร การที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถทำได้ เช่น เข้าวัดทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา ซึ่งเป็นสิ่ง ยึดเหนี่ยวจิตใจแล้วยังเป็นแหล่งพบปะพูดคุยกัน ในสังคมชนบท ที่สำคัญสมาชิกในครอบครัวมักจะมา พบปะในหมู่เครือญาติ ดูแลทุกข์สุขคอยช่วยเหลือหรือให้ความเคารพนับถือยกย่องให้ความสำคัญทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อครอบครัว ได้รับการดูแลในทุกๆ ด้าน เนื่องจากการเจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานการรักษา⁴ ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตลอดจนครอบครัวผู้ดูแลอาจต้องการใช้เวลากับบุคคลในครอบครัว ต้องการพูดคุยตลอดจนได้ทำกิจกรรม ต่างๆ ร่วมกัน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญ ที่คอยให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ สำคัญของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคและผลกระทบจากการ รักษา^{9,17} ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า อุปนิสัยการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนั้นเพิ่มสูงขึ้นอย่าง ต่อเนื่องทุกปี รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ญาติผู้ดูแล ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรเล็งเห็นความสำคัญในการให้ความรู้บุคคลในครอบครัว โดยการสร้างความ ตระหนักและส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ตลอดจนการมี ส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อจำกัด ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนจึงพบว่า ข้อมูลบางส่วนอาจไม่ ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อช่วยในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง รวมทั้งครอบครัวผู้ดูแล เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมเพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel LR, Miller D, Fuchs EH, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA CANCER J CLIN 2022;72: 7-33.
2. Knaul F, Radbruch L, Connor S, Lima LD, Arreola-Ornelas H, Carniado OM, et al. How many adults and children are in need of palliative care worldwide?. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. London: Worldwide Hospice palliative Care Alliance (WHPCA); 2020.
3. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Cancer registry at hospital level [Internet]. 2020. (cited 2022 Aug 27). Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
4. Palang C, Nunuan P. Social support and adaptation of cancer patients receiving services at the National Cancer Institute: case study research. Thai Cancer Journal 2020; 40(2):62-5. (In Thai)
5. Luvira V. Health care for caregivers of patients with terminal illness. Srinagarind Med J. 2013; 28(2): 266-70. (In Thai)
6. Sailungka Y, Soontaraviratana B, Moonkruakam R, Saviya J. The end-stage patient “truth and hope” by patient, caregiver and community perspective in Upper Northeast, Thailand. Academic Journal of Community Public Health 2021; 7(2): 99-117. (In Thai)
7. Anseekaew P, Matchim Y, Ratanabunjerdkul H. The effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020; 21(2):315-23. (In Thai)
8. Tiemtanom R. Access to health services for cancer patients Nakornping Hospital. Journal of Nakornping Hospital 2020; 11(2): 132-44. (In Thai)
9. Sungstittayakorn N, Pithayapibulpong T, Manasvanich B. Comparison between characteristics and survival outcomes of cancer and non-cancer inpatients referred to palliative care consultation services. PCFM 2021; 4(3):107-18. (In Thai)
10. Office of Medical Academic Affairs, Department of Medicine. List disease of palliative care and functional unit. Nonthaburi: Art Qualified Co., Ltd; 2016.
11. Pisuthigolson M. Using Palliative Performance Scale (PPS) to predict survival lengths of palliative care patients with and without cancer. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019; 27(3): 294-302. (In Thai)
12. Daoprasert K, Pongnikorn D, Sangkam S, Parditkay M, Khamkhod K, Suwannamuang P. Cancer epidemiology of an aging population in Upper-Northern Thailand from 2013 to 2017. J Med Health Sci 2021; 28(2):66-9. (In Thai)

13. Nilmanat K, Sae-chit K. Effects of a case-based management nursing programmer for terminally Ill patients on their perception of symptom-induced suffering and terminal care quality. Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(3): 51-6. (In Thai)
14. Rangwichit T, Chautrakarn S, Wangrath J. Prevalence and distribution of colorectal cancer in Chiang Mai Province. Lanna Public Health Journal 2021; 17(1): 27-9. (In Thai)
15. Santong C, Sriplung H, Phunmanee A, Pattanittum P. Trends and projections of lung cancer incidence in Khon Kaen Province. Srinagarind Med J 2018; 33(3): 222-28. (In Thai)
16. Sahat O, Kamsa-ard S, Thinkhamrop Suwannatrai A, Thunyaharn N. Incidence rate and spatial analysis of liver cancer in Nakhon Phanom Province. Srinagarind Med J 2021; 36(5): 611-16. (In Thai)
17. Trapun A, Weiangkham D. Quality of life of cancer patients in Chiangkham District Phayao Province. Chiangrai Medical Journal 2019; 11(2): 93-101. (In Thai)
18. Treenetphaibun K, Suaysom A, Lalun A. Factors related to quality of life of terminally Ill cancer patients receiving palliative care, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. Udonthani Hospital Medical Journal 2024; 31(2): 251-61. (In Thai)

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่พูดช้า ที่มารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง

จิรภา ฦ พัทลุง* พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่พูดช้า กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กอายุ 1-3 ปี ที่มีพัฒนาการด้านภาษาช้าและผู้ดูแลเด็ก ที่เข้ารับการกระตุ้นที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 50 คน สุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการกระตุ้นตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพูดที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของเบนคูรา เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2564 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ.2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการกระตุ้นพูดแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล และแบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา อายุ 1-3 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการกระตุ้นพูด มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการกระตุ้นพูดนี้มีประสิทธิภาพ พยาบาลที่ดูแลเด็กพัฒนาการด้านภาษาช้าสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะเด็กและผู้ดูแลเด็กในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย

คำสำคัญ: โปรแกรมการกระตุ้นพูด, พัฒนาการด้านภาษา, เด็กพูดช้า

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัทลุง, E-mail: jeerapach01@gmail.com

วันที่รับบทความ 2 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 22 พฤศจิกายน 2566

The Effect of Speech Stimulation Program on Language Development Among Delayed Speech Children Receiving Services at Child Development Stimulation Clinic, Phatthalung Hospital

Jeerapa Na Phattalung M.N.S. (Pediatric Nursing)*

Abstract:

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of speech stimulation program on language development among delayed speech children. The sample included children aged 1-3 years old who had delayed speech and their caregivers and receiving services at child development stimulation clinic, Phatthalung hospital. A total of 50 participants were recruited using simple sampling techniques and divided into experimental and control groups, 25 people in each group. The control group received usual care. The experimental group received the speech stimulation program which developed based on the concept of self-esteem enhancement of Bandura. Data were collected during January 2021-January 2022. Research instruments included the speech stimulation program, demographic record form, and the language development assessment for children aged 1-3 years old. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, and repeated measures ANOVA. Comparing to the control group in each period of time including pre-test, first month, second month, and post-test, the results revealed that the participants who received the speech stimulation program had statistically significant different in the development of receptive language and expressive language ($p < .01$). These findings indicate that the speech stimulation program is an effective program that nurses who caring for delayed speech children could utilize to enhance self-efficacy among children and caregivers in term of stimulate and promote their language development appropriately.

Keywords: The speech stimulation program, Language development, Delayed speech

**Corresponding author, Registered Nurse, Phatthalung Hospital, Email jeerapach01@gmail.com*

Received October 2, 2023, Revised November 20, 2023, Accepted November 22, 2023

ความสำคัญของปัญหา

เด็กปฐมวัยคือ ช่วงวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี เป็นช่วงระยะเวลาสำคัญอย่างยิ่งของการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็ก¹ พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะและระบบต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถของเด็กให้มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้น² เด็กที่มีพัฒนาการสมวัยจะมีความพร้อมต่อการเรียนรู้ คิดวิเคราะห์ ความจำดี จัดการกับอารมณ์และเข้าสังคมกับผู้อื่นได้ดี เปรียบเสมือนการสร้างฐานที่มั่นคง สามารถรองรับชีวิตในอนาคตต่อไปได้³

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เน้นการพัฒนาโดยเตรียมความพร้อมให้แก่พ่อแม่ และให้มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้านเพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีทักษะความรู้และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า⁴ ด้านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต กำหนดเป้าหมายเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85.0⁵ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้ได้รับการพัฒนาตามวัยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง มีแนวทางในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย⁶ จากการศึกษาของกรมอนามัย ในปี พ.ศ.2560 ในเขตสุขภาพที่ 1-12 พบว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยล่าช้ารวมทุกด้าน ร้อยละ 32.5 หากจำแนกรายด้านพบว่า พัฒนาการด้านภาษาล่าช้าสูงที่สุด ร้อยละ 21.6⁷ และในพ.ศ.2561-2563 และ เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาจำแนกช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 1-3 ปี เป็นช่วงอายุที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.17, 57.07 และ 57.64 ตามลำดับ⁸

พัฒนาการด้านภาษาเป็นความสามารถในการใช้ภาษา ทักษะการสื่อสารและการเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด ประกอบด้วย ความเข้าใจภาษา (receptive language: RL) และการใช้ภาษา (expressive language: EL)⁹ การพัฒนาของภาษาจึงเป็นรากฐานสำคัญในการเรียนรู้ของมนุษย์ การพัฒนาภาษาเริ่มพัฒนาระบบการรับเสียงของทารกตั้งแต่ในครรภ์ส่งผ่านเส้นประสาทไปยังเซลล์ประสาทส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่ในการรับรู้เสียงสมองเหล่านี้มีการพัฒนาตั้งแต่ช่วงที่ยังอยู่ในครรภ์มารดาการรับเสียงจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการพัฒนาของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ลิ้น กล้ามเนื้อ คอหอย และกล่องเสียงเพื่อเปล่งเสียงพูด¹⁰ เด็กช่วงอายุ 1-3 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญของการพัฒนาด้านภาษา โดยเด็กอายุ 1 ถึง 2 ปีสามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยินและสามารถพูดคำที่มีความหมายได้ เด็กอายุ 2 ปีมีคำศัพท์ที่เด็กพูดได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก (language explosion) และหากเด็กมีคำศัพท์สะสมประมาณ 50 ถึง 100 คำ จะสามารถนำคำสองคำมาต่อกันเพื่อใช้ในการสื่อสารได้¹⁰ เด็กอายุ 3 ปี เด็กจะเริ่มพูดเป็นประโยคที่มีการพัฒนาความซับซ้อนของประโยคและความชัดเจนของภาษาที่พูดมากขึ้น⁹ ทั้งนี้ภาษาเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการเรียนรู้และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความสามารถด้านสติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้ เด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าจึงมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาอื่นๆ ตามมาในระยะยาว

เช่น มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาอย่างต่อเนื่อง มีระดับเซวี่ปัญญาดำกว่าปกติ มีปัญหาการเรียนในด้านการอ่านและสะกดคำรวมถึงปัญหาทางด้านอารมณ์ เป็นต้น¹¹ ดังนั้น การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาให้เหมาะสมตามวัยเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพและมีพัฒนาการตามวัย จากการดำเนินงานของคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุงพบว่า เด็กที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ (early intervention) ด้วยพัฒนาการด้านภาษามากที่สุด จากข้อมูลในปี 2561-2562 พบจำนวนเด็กที่มากระตุ้นพูดจำนวน 76 และ 125 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 66.08 และ 80.12 ของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่มาใช้บริการ¹² สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาช้ากว่าวัยที่พบมากที่สุดคือ การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม การปล่อยเด็กดูจอทีวีหรือโทรศัพท์ และขาดการกระตุ้นทางภาษา ทำให้เด็กไม่มีแบบอย่างในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาภาษาและการพูด ส่งผลให้เด็กไม่เข้าใจภาษา พูดช้า ไม่พูด พูดน้อย หรือพูดได้ไม่สมวัย

ปัจจุบันแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาช้า คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลพัทลุง ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)⁶ และคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA 4I)¹³ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีรูปแบบหรือโปรแกรมที่แยกเฉพาะพัฒนาการด้านภาษาออกมา นอกจากนี้พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการ ปัจจัยที่ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาช้าไม่มีรูปแบบหรือแบบแผนที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ดูแลยังมีแบบแผนการดูแลที่เหมือนเดิม ปล่อยเด็กดูจอทีวี โทรศัพท์ ปล่อยเด็กเล่นคนเดียว และไม่ได้ฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาเพิ่มเติม เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ขาดความมั่นใจ ขาดสมรรถนะในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษา ส่งผลให้พัฒนาการเด็กคงเดิมหรือช้าลงกว่าเดิม เพื่อให้การฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กและส่งเสริมผู้ดูแลเด็กให้มีสมรรถนะในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เนื่องจากการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเป็นการปฏิบัติซ้ำๆ กระทั่งเด็กสามารถตอบสนองได้ตามวัย ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลพัฒนาการเด็ก ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในประเมิน ส่งเสริม ฝึกกระตุ้น แก้ไขและช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาเด็กที่พูดช้า โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูลา¹⁴ ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าหากบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลเหล่านั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-3 ปี ต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก¹⁵ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมเด็กอายุ 2-3 ปี มีคะแนนการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษาสูงขึ้น ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย การสาธิต การฝึกทักษะ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา การประเมินปัญหาเพื่อนำมาแก้ไข รายบุคคล และการประเมินซ้ำ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับเด็กและผู้ดูแลเด็กแต่ละบุคคล

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาเด็กที่พูดช้าที่มารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
โรงพยาบาลพัทลุง

เพื่อส่งเสริมให้เด็กและผู้ดูแลเด็กเกิดการเรียนรู้และมีสมรรถนะในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาทั้งพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กพัฒนาการเหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นพูดและกลุ่มที่ได้รับกระตุ้นตามปกติจากโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

เด็กกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกระตุ้นพูด มีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสูงกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับกระตุ้นตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977)¹⁴ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าหากบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลเหล่านั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (ภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการกระตุ้นพูด โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977)

1. ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishments)

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาที่ผ่านมา ที่เป็นสิ่งสำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวชื่นชม แต่หากเกิดเหตุการณ์ที่ผิดพลาดในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ผู้วิจัยจะส่งเสริมทักษะปรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาแก่ผู้ดูแล ส่วนตัวเด็กผู้วิจัยกระตุ้นพูดรายบุคคลด้วยการสาธิตและฝึกทักษะเข้าไปซ้ำมาจนเกิดการเรียนรู้

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience)

ผู้วิจัยให้เด็กสังเกตตัวแบบและเลียนแบบวิธีการพูดจากผู้วิจัย และเกิดการเรียนรู้ กระตุ้นพูดรายบุคคลด้วยการสาธิต ฝึกการฟังคำสั่ง การบริหารอวัยวะที่ใช้ในการพูดเลียนเสียง เลียนคำพูด การสอนภาษาและการสอนพูด โดยใช้ ชุดบัตรภาพ การเล่นร่วมกับการสาธิตและฝึกทักษะให้ผู้ดูแลเด็กกลับไปฝึกกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องที่บ้าน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion)

ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามแผนการสอน ประกอบภาพพลิก เรื่องพัฒนาการเด็กและการฝึกพูดเบื้องต้น และคู่มือการฝึกกระตุ้นพูดเบื้องต้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้มากขึ้น

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional states)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับเด็กเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจ แสดงความชื่นชม และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม เพื่อไม่ให้เด็กรู้สึกอึดอัดหรือเบื่อหน่าย ขอมรับและให้ความไว้วางใจ รวมทั้งให้ผู้ดูแลพูดคุยระบายความรู้สึกต่างๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจและเสริมแรงเพื่อให้ ผู้ดูแลยอมรับและมีความรู้สึกลงในทางบวกในการกระตุ้นพัฒนาการ

- พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา
- พัฒนาการด้านการใช้ภาษา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดซ้ำ (two groups, repeated measures design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาเด็กที่พูดช้าที่มารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง

ประชากร ประชากรคือ เด็กอายุ 1-3 ปี มีพัฒนาการด้านภาษาช้าและผู้ดูแลเด็กที่เข้ารับการกระตุ้นที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กอายุ 1-3 ปี มีพัฒนาการด้านภาษาช้าและผู้ดูแลเด็กที่เข้ารับการกระตุ้นที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2564 ถึง เดือน มกราคม 2565 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน¹⁶ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา (effect size) เท่ากับ .80 ในการกำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาคือ งานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-3 ปี ต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก¹⁵ คำนวณค่า effect size ได้ 5.63 ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่มาก (large effect size) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่า เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างขนาด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการสุ่มสัปดาห์ ในการจัดเข้ากลุ่ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในสัปดาห์ที่เป็นเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง และสัปดาห์ที่เป็นเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปะปนของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่ทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันด้าน อายุของเด็กและผู้ดูแลเด็ก พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เด็ก ได้แก่ การได้ยินปกติ และไม่มีภาวะโรคอื่นร่วมด้วย เช่น ออทิสติก สมาธิสั้น สมองพิการ และ 2) ผู้ดูแล ได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เด็ก มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล และไม่สามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมที่กำหนด และ 2) ผู้ดูแล มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และไม่สนใจเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการกระตุ้นพูดเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แผนการฝึกกระตุ้นพูดรายบุคคล แผนการสอน ประกอบภาพพลิกพัฒนาการเด็กและการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับพ่อ แม่ ผู้ปกครอง และคู่มือการฝึกกระตุ้นพูดเบื้องต้น ดังนี้

1) แผนการฝึกกระตุ้นพูดรายบุคคล เป็นแผนการฝึกกระตุ้นพูดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคำราเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการวางแผน เป้าหมายและวิธีการฝึกกระตุ้นพูดเป็น

รายบุคคล โดยมีขั้นตอนเริ่มจากการเตรียมความพร้อมทักษะพื้นฐานการมองและฟังคำสั่ง การบริหารอวัยวะที่ใช้ในการพูด เลียนเสียง เลียนคำพูด การสอนภาษาและการสอนพูด โดยใช้ชุดบัตรภาพและของเล่น

2) แผนการสอนประกอบภาพพลิกให้ความรู้พัฒนาการเด็ก และการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดารุ เอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย พัฒนาการของเด็ก การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการ สาเหตุที่พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า และการฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับพ่อ แม่ ผู้ปกครอง

3) คู่มือการฝึกกระตุ้นพูดเบื้องต้น เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากคู่มือการฝึกพูดเบื้องต้นของสถาบันราชานุกูล¹⁷ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกกระตุ้นการพูดของผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการฝึกพูด วิธีการฝึกพูด และการสอนพูด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการคลอด บุตรลำดับที่ ประวัติดูโทรทัศน์ ประวัติดูโทรศัพท์/แท็บเล็ต และผู้ดูแลหลัก และ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

2) แบบประเมินพัฒนาการด้านภาษาอายุ 1-3 ปี ประกอบด้วยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์จากคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA 4I) ของกระทรวงสาธารณสุข¹³ ประกอบด้วย แบบประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา จำนวน 13 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนน มี 3 ระดับ ประกอบด้วย ทำได้ดี ให้ 3 คะแนน ทำได้แต่ต้องช่วย ให้ 2 คะแนน และทำไม่ได้ ให้ 1 คะแนน และแบบประเมินพัฒนาการด้านการใช้ภาษา จำนวน 14 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนน มี 2 ระดับ ประกอบด้วย พูดไม่ได้ ให้ 0 คะแนน พูดได้ ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก นักอรรถบำบัดและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยใช้ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกัน ร้อยละ 80.0 และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้จริง การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินพัฒนาการด้านภาษาอายุ 1-3 ปี (TEDA 4I) ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีค่าความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .84 และ .97 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง เอกสารเลขที่ 1/2564 วันที่ 29 มกราคม 2564 หลังได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงเพื่อบอกวัตถุประสงค์กับผู้ดูแลเด็กรวมถึง ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัย การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ทราบถึงการมีอิสระในการที่เข้าร่วมวิจัยและสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ดูแลและตัวเด็ก เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอม (informed consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองผู้วิจัยประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา อายุ 1-3 ปี ตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการกระตุ้นพัฒนาการตามปกติจากโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 40 นาที ก่อนการดำเนินการฝึกกระตุ้นพัฒนาการแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะประเมินพัฒนาการซ้ำเพื่อแผนการฝึกกระตุ้นพูดรายบุคคลด้วยแบบประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา และแบบประเมินพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองผู้วิจัยประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินพัฒนาการด้านภาษา อายุ 1-3 ปี ตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการกระตุ้นพูด โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ (ภาพที่ 2)

โรงพยาบาลพัทลุง



การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นพูด และกลุ่มที่ได้รับกระตุ้นตามปกติ 4 ระยะคือ ก่อนทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และหลังการทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างอิสระจากกัน การแจกแจงแบบปกติ มีค่า homogeneity of variance และค่า compound symmetry ไม่แตกต่างกัน

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละช่วงเวลาการทดลอง โดยการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเด็ก ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 56.0, 52.0) ตามลำดับ อายุเฉลี่ย (Mean = 24.68, S.D. = 5.42; Mean = 24.80, S.D. = 5.47) เดือน ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมากกว่าครึ่งคลอดครบกำหนด (ร้อยละ 64.0, 72.0) ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 84.0, 76.0) ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มดูโทรทัศน์ อายุ 8.48 เดือน (S.D. = 3.39) เฉลี่ยวันละ 1.06 ชม. (S.D. = 0.30) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เริ่มดูโทรทัศน์ อายุ 10.32 เดือน (S.D. = 2.96) เฉลี่ยวันละ 1.12 ชม. (S.D. = 0.33) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มดูโทรศัพท์/แท็บเล็ต อายุ 10.12 เดือน (S.D. = 2.95) เฉลี่ยวันละ 1.72 ชม. (S.D. = 0.79) และกลุ่มควบคุมดูเฉลี่ยวันละ 1.88 ชม. (S.D. = 0.72) ผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มคือ มารดา (ร้อยละ 60.0, 72.0) ตามลำดับ

กลุ่มผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0, 72.0) ตามลำดับ อายุเฉลี่ย (Mean = 34.80, S.D. = 13.43; Mean = 32.52, S.D. = 1.52) ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0, 64.0) ตามลำดับ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.0, 40.0) ตามลำดับ และทุกรายไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 100.0, 100.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาเด็กที่พูดช้าที่มารับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
โรงพยาบาลพัทลุง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของเด็กจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.77
หญิง	11	44.0	13	52.0	
ชาย	14	56.0	12	48.0	
อายุ	$(\bar{x} = 24.68, SD = 5.42)$		$(\bar{x} = 24.80, SD = 5.47)$		.53
12-18 เดือน	6	24.0	4	16.0	
19-24 เดือน	8	32.0	6	24.0	
25-30 เดือน	8	32.0	12	48.0	
31-36 เดือน	3	12.0	3	12.0	
ประวัติการคลอด					.76
ครบกำหนด	16	64.0	18	72.0	
ก่อนกำหนด	9	36.0	7	28.0	
บุตรลำดับที่					.72
1	21	84.0	19	76.0	
2	4	16.0	6	24.0	
ประวัติเริ่มดูโทรทัศน์ (อายุ)	$(\bar{x} = 8.48, SD = 3.39)$		$(\bar{x} = 10.32, SD = 2.96)$		.35
< 6 เดือน	4	16.0	3	12.0	
6-9 เดือน	12	48.0	7	28.0	
10-12 เดือน	6	24.0	13	52.0	
13-15 เดือน	3	12.0	2	8.0	
จำนวนชั่วโมงดูโทรทัศน์ต่อวัน	$(\bar{x} = 1.06, SD = 0.30)$		$(\bar{x} = 1.12, SD = 0.33)$		.54
1 ชั่วโมง	23	92.0	22	88.0	
2 ชั่วโมง	2	8.0	3	12.0	
ประวัติเริ่มดูโทรทัศน์/แท็บเล็ต (อายุ)	$(\bar{x} = 10.12, SD = 2.95)$		$(\bar{x} = 10.84, SD = 2.82)$		.70
6-9 เดือน	6	24.0	3	12.0	
10-12 เดือน	17	68.0	19	76.0	
13-15 เดือน	1	4.0	1	4.0	
16-18 เดือน	1	4.0	2	8.0	
จำนวนชั่วโมงดูโทรทัศน์/แท็บเล็ต (อายุ)	$(\bar{x} = 1.72, SD = 0.79)$		$(\bar{x} = 1.88, SD = 0.72)$		.44
1 ชั่วโมง	12	48.0	8	32.0	
2 ชั่วโมง	8	32.0	12	48.0	
3 ชั่วโมง	5	20.0	5	20.0	
ผู้เลี้ยงดูหลัก					.12
มารดา	15	60.0	18	72.0	
บิดา	3	12.0	2	8.0	
ย่า	2	8.0	2	8.0	
ยาย	5	20.0	3	12.0	

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของผู้ดูแลเด็กจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.49
หญิง	22	88.0	23	92.0	
ชาย	3	12.0	2	8.0	
อายุ	($\bar{x}$ = 34.80, SD = 13.43)		($\bar{x}$ = 32.52, SD = 1.52)		.78
< 25 ปี	5	20.0	8	32.0	
25-30 ปี	7	28.0	7	28.0	
> 30 ปี	13	52.0	10	40.0	
การศึกษา					.52
ประถมศึกษา	14	56.0	16	64.0	
มัธยมศึกษา	8	32.0	6	24.0	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	3	12.0	3	12.0	
อาชีพ					.98
แม่บ้าน	4	16.0	3	12.0	
รับจ้าง	9	36.0	10	40.0	
ค้าขาย	3	12.0	3	12.0	
เกษตรกร	4	16.0	5	20.0	
รับราชการ	5	20.0	4	16.0	
ประสบการณ์การดูแลเด็ก ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า					
ไม่มี	25	100.0	25	100.0	
มี	0	0	0	0	

พัฒนาการด้านภาษา พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,41,400.49} = 98.74, p < .001$ และ $F_{1,74,168.73} = 54.22, p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของช่วงเวลาก่อนทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และหลังการ
ทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	หลังการทดลอง	SS	df	Ms	F
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)				
ด้านการเข้าใจภาษา								
กลุ่มทดลอง	19.60(2.55)	21.88(2.63)	23.96(2.54)	26.56(3.63)	968.82	2.41	400.49	98.74 ^{a*}
กลุ่มควบคุม	19.64(2.75)	21.16(2.59)	22.96(3.00)	24.52(2.76)				
ด้านการใช้ภาษา								
กลุ่มทดลอง	5.04(2.16)	6.32(0.98)	7.76(0.97)	8.88(1.01)	294.93	1.74	168.73	54.22 ^{a*}
กลุ่มควบคุม	4.64(2.23)	5.00(1.29)	6.24(0.77)	7.12(0.88)				

* $p < .001$, F = Repeated Measure ANOVA test, a = Greenhouse-Geisser

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาทุกช่วงเวลาภายหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาทุกช่วงเวลาภายหลังได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพูดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษามากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการใช้ภาษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการใช้ภาษาทุกช่วงเวลาภายหลังได้รับ โปรแกรมการกระตุ้นพูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในช่วงเวลาก่อนทดลองและเดือนที่ 1 เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ทุกช่วงเวลา ภายหลังได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในช่วงเวลาก่อนทดลองและเดือนที่ 1 เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งสรุปได้ว่าโปรแกรมการกระตุ้นพูดมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของกลุ่มทดลองในทุกช่วงเวลา ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็ทำให้การเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการใช้ภาษาในทุกช่วงเวลา เช่นเดียวกัน แต่กลุ่มทดลองมีค่าผลต่างเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาของช่วงเวลา
ระยะก่อนทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
เปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) โดยใช้สถิติ
Bonferroni

พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	d	SE	d	SE
ก่อนทดลอง-เดือนที่ 1	-1.52***	.201	-2.28***	.410
ก่อนทดลอง-เดือนที่ 2	-3.32***	.427	-4.32***	.579
เดือนที่ 1-เดือนที่ 2	-1.80***	.476	-2.04***	.508
เดือนที่ 1-หลังทดลอง	-2.36***	.224	-2.52***	.259
เดือนที่ 2-หลังการทดลอง	-1.56***	.361	-2.64***	.673
ก่อนทดลอง-หลังการทดลอง	-4.88***	.433	-6.96***	.696

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของแต่ละ
ช่วงเวลา ระยะก่อนทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
มาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) โดยใช้สถิติ
Bonferroni

พัฒนาการด้านการใช้ภาษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	d	SE	d	SE
ก่อนทดลอง - เดือนที่ 1	-.36	.483	-1.28	.471
ก่อนทดลอง - เดือนที่ 2	-1.60*	.458	-2.72***	.481
เดือนที่ 1 - เดือนที่ 2	-1.24***	.247	-1.44***	.265
เดือนที่ 1 - หลังทดลอง	-2.12***	.254	-2.56***	.259
เดือนที่ 2 - หลังการทดลอง	-.88***	.145	-1.12**	.267
ก่อนทดลอง - หลังการทดลอง	-2.48***	.507	-3.84***	.482

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดต่อพัฒนาการด้านภาษาเด็กที่พูดช้าที่มารับบริการคลินิก
กระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุงพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นพูด กลุ่มทดลองมีคะแนน
เฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2

และหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับกระตุ้นพัฒนาการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค บุคคลเหล่านั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ¹⁴ การดำเนินการตามโปรแกรมการกระตุ้นพูดเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและการกระตุ้นอารมณ์ 2) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 3) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น และ 4) การได้รับคำแนะนำหรือการพูดชักจูงในการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษา สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย¹⁸ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 สามารถอภิปรายเพิ่มเติมได้ ดังนี้

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการกระตุ้นพูดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับกระตุ้นพัฒนาการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าการที่เด็กและผู้ดูแลเด็กได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากแหล่งข้อมูลสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งคือ การได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์ทางบวกช่วยให้เด็กและผู้ดูแลเด็กเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจ ไม่ให้ทำให้เด็กกลัวหรือรู้สึกอึดอัด มีสมาธิในการปฏิบัติกิจกรรมการฝึกกระตุ้นพูดได้ดี การให้แรงเสริมทางบวกด้วยคำพูด การชื่นชมและชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จ ส่งผลให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ช่วยให้เด็กและผู้ดูแลเด็กมองเห็นถึงความสำเร็จในฝึกกระตุ้นพูดต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ทำให้มีความรู้ เข้าใจในกระบวนการฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษามากขึ้น เช่น การฝึกการเตรียมอวัยวะช่วยในการพูด การเป่าลม การเลียนเสียงคำพูด การอ่านหนังสือภาพ หนังสือนิทาน จึงมั่นใจว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติได้เช่นกันและการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงจึงส่งผลให้เด็กและผู้ดูแลเด็กเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-3 ปี ต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก¹⁵ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา หลังเข้าร่วมโปรแกรมเด็กอายุ 2-3 ปี มีคะแนนการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษาสูงขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินการขั้นตอนในโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูล ผ่านการสอน การสาธิต การฝึกทักษะ และการลงมือปฏิบัติ รวมทั้งการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาต่อเนื่องที่บ้าน ส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้ด้านภาษา การเลียนแบบเสียงที่ได้ยิน ส่งเสริมการเล่น อ่านหนังสือภาพ หนังสือนิทาน ลดหรือหลีกเลี่ยงการใช้จอทีวีหรือโทรศัพท์ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับเด็ก

และผู้ดูแลแต่ละบุคคล เพิ่มเติมคำศัพท์ เชื่อมโยงความเข้าใจคำที่รู้จักซ้ำๆ เกิดความจำและการพูดอย่างถูกต้อง ความหมายได้¹⁹ และเกิดแรงจูงใจปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ผู้ดูแลเด็กจึงสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้ดีและปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีสมรรถนะในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในผู้ปกครองโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก²⁰ และสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 0-5 ปี²¹ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของมารดาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาสรุปว่าผลของโปรแกรมการกระตุ้นพูดทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาเข้าทั้งพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสูงขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษาระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง, เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการกระตุ้นพูดมาเป็นรูปแบบในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า และยังมีโอกาสพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาไปใช้กับวัยอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลโปรแกรมการกระตุ้นพูดในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาอื่นร่วม เช่น เด็กกลุ่มพัฒนาการช้ารอบด้าน (global developmental delay) และเด็กกลุ่มออทิสติก เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เด็กและผู้ดูแลเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. Siriwannabut P. Theory of developmental psychology. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
2. Fuengfoo A. Developmental surveillance and screening. In Sucharitphong S, Rungpaiwan R, Hansakunachai T, Benjasuwannatthep B, Fuengfoo A, et al, editors. Child development and behavior, volume 4. Bangkok: P.A. Living; 2018, p. 147-176. (in Thai)
3. Buain O. Pre-primary educational child development outcome in developing countries: Empirical evidences from Thailand. Development Economic Review. 2017; 1(11): 73-107. (in Thai)
4. Digital Government Development Agency. Twenty-year national strategic (2017-2036); 2017. [cited 2020 March 10]. Available from Digital Government Development Agency Website: https://www.dga.or.th/upload/download/file_32600e26a233b3fc9c88e48300c10334.pdf (in Thai)
5. Office of the National Economic and Social Development Council. The twelfth national economic and social development plan (2017-2021); 2017. [cited 2020 March 10]. Available from Office of the National Economic and Social Development Council Website: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422 (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Developmental surveillance and promotion manual. Bangkok: Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2016. (in Thai)
7. Department of Health. To study the 6th of factors effecting to child development in Thailand in 2017. Bangkok: CG Tools Co, Ltd; 2018. (in Thai)
8. Health Data Center, Ministry of Public Health. Results of screening operations. Child development by age group, special pp; 2020. [cited 2020 November 25]. Available from Health Data Center, Ministry of Public Health Website: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?catid=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=2238b7879f442749bd1804032119e824> (in Thai)
9. Noipayak P, Ngerlangtawee D. Child development. In Sucharitphong S, Rungpaiwan R, Hansakunachai T, Benjasuwannatthep B, Fuengfoo A, Juthaphisit J, editors. Child development and behavior, volume 4. Bangkok: P.A. Living; 2018, p. 365-82. (in Thai)
10. Siripornpanich W, Kochapakdee N. Brain and child development. In Sucharitphong S, Rungpaiwan R, Hansakunachai T, Benjasuwannatthep B, Fuengfoo A, Juthaphisit J, editors. Child development and behavior, volume 4. Bangkok: P.A. Living; 2018, p. 3-18. (in Thai)
11. McKean C, Reilly S, Bavin E, Bretherton L, Cini E, Conway L, et al. Language outcomes at 7 years: Early predictors and co-occurring difficulties. Pediatrics. 2017; 139(3): e20161684.

12. Medical record and statistics. Child development stimulation at Phatthalung Hospital. Phatthalung: Phatthalung provincial public health office; 2019. (in Thai).
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4I. Bangkok: Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2015. (in Thai).
14. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman and Company; 1997.
15. Sangpara J. Effects of a language development promoting program for children aged 2-3 years: A preliminary study. Udonthani Hospital Medical Journal. 2018; 26(2): 137-147. (in Thai)
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Thorofare, NJ: Erlbaum; 1988.
17. Rachanukul Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Basic speaking practice guide. Bangkok: Thailand Agricultural Cooperative Assembly Limited; 2003. (in Thai)
18. Thongluang P. The effect of self-efficacy developing program on promoting early childhood development. [thesis]. Naresuan University; 2015. (in Thai)
19. Sunthiraphong P. Language and speech development; 2019 [cited 2020 October 15]. Available from Rachanukul Institute Website: http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/20-5923-1482492733.pdf (in Thai)
20. Kittitongsophon W. Development of model for promoting developmental language in childhood age 1-3 years by parents through mobile applications. [dissertation]. Naresuan University; 2022. (in Thai)
21. Tohyusoh N, Muksing W. Effect of a perceived self-efficacy promoting program of mothers on their promoting development behaviors of children age 0-5 years. Mahamakut Graduate School Journal. 2020; 18(2): 196-208. (in Thai)

บริการสุขภาพทางไกลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

จริญญา โคตรชนะ* พย.ม (การพยาบาลครอบครัว)

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของบริการสุขภาพทางไกลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในเขตอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย จำนวน 84 คน สุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการบริการสุขภาพทางไกล จำนวน 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน ST-5 และแบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ฉบับภาษาไทย ได้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมบริการสุขภาพทางไกล มีระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าบริการสุขภาพทางไกล ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุลดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, บริการสุขภาพทางไกล, ความเครียด, ความรู้สึกเป็นภาระ

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหิน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย,

E-mail: kotchana2512@gmail.com

วันที่รับบทความ 11 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 พฤศจิกายน 2566 วันตอบรับบทความ 22 พฤศจิกายน 2566

The Telehealth Intervention on Ageing Caregivers' Stress and Burden

Charinya Kotchana* M.N.S. (Family Nursing)

Abstract:

This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of telehealth intervention on the levels of stress and burden experienced among caregivers who provide care for the elderly at home. The participants were 80 people of caregivers who provide care for the elderly at home in Nonghin district, Loei. They were selected using simple sampling techniques and divided into experimental and control groups. The experimental group received telehealth intervention for four sessions. The control group received usual care. Research instruments included the ST-5 questionnaire and Thai version of Zarit Burden questionnaire. Cronbach's alpha coefficient of these instruments were .79 and .74 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results of this study revealed that, prior the intervention, the participants in experiment and control groups had no different in term of stress and burden scores ($p < 0.05$). After involving the intervention, comparing to the control group, it was found that the experimental group had statistically significant reduction of stress and burden scores ($p < .05$). These can be concluded that telehealth intervention could enhance the ability of caregivers who provide care for the elderly at home in term of confronting with problem as well as decreasing level of stress and burden.

Keywords: Caregiver, Telehealth, Stress, Burden

*Corresponding author, Registered Nurse, Nonghin Hospital, Nonghin district, Loei province,

Email kotchana2512@gmail.com

Received October 11, 2023, Revised November 25, 2023, Accepted November 22, 2023

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรโลกมีอายุยืนยาวมากขึ้น สืบเนื่องกับอัตราการเกิดที่ลดลง ทำให้องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2030 ประชากรโลก 1 ใน 6 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2050 จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 2 เท่าของประชากรโลกทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (ageing society) มาตั้งแต่ปี 2548 คาดว่าในปี 2576 ประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) โดยจะมีประชากรสูงอายุร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งประเทศ² ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน (ร้อยละ 21.70) และเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ เช่น ต้อกระจก ระบบบดเคี้ยว การได้ยิน สายตา การบาดเจ็บจากการหกล้ม โรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 60.70) และโรคทางจิต โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 2.30)³ ผลจากการสำรวจปี พ.ศ.2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านติดเตียงมีจำนวน ร้อยละ 21.0 และจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 59.90) รองลงมาเป็นคู่สมรส และ ญาติ⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ.2565 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร หลาน หรือญาติ (ร้อยละ 56.88)⁴

การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวต้องเพิ่มบทบาทและความรับผิดชอบในการเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่มีปัญหาด้านสุขภาพซับซ้อน ยุ่งยากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและหมดไฟ⁵ จากการศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงติดเตียงพบว่า มีระดับความเครียดปานกลาง (ร้อยละ 49.0)⁶ และผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดมากกว่าเพศชาย ระดับความเครียดของผู้ดูแลแปรผกผันต่อระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living: ADL) ของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน และโรคความดันโลหิตสูง จะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า และอาการเจ็บป่วยอื่นๆ⁷ อาการและอาการแสดงในผู้ดูแลที่พบได้โดยทั่วไปคือ วิตกกังวล ซึมเศร้า เหนื่อย นอนหลับยาก ความรับผิดชอบน้อยลง มีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากเกินไป ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ รู้สึกมีพลังงานน้อย แม้จะเป็นเวลาหลังตื่นนอนและรับประทานอาหารเช้า ละเลยความต้องการของตนเอง ไม่สนใจตนเอง ไม่มีความพึงพอใจในการให้การดูแลของตนเอง รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุน⁸ และผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (ร้อยละ 80.15) ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลคือ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น 8.87 เท่า และอีก

ปัจจัยคือ การที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงด้วยสาเหตุจากโรคทางระบบประสาทและสมอง สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น 5.21 เท่า อาจเนื่องจากมีปัญหาด้านการรับรู้ การรู้คิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้า สังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ มีการสูญเสียการรับรู้แบบสมบูรณ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายอาจต้องดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน อาทิ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ จนกระทั่งส่งผลมากที่สุดถึงด้านสังคมและหน้าที่การทำงาน สำหรับวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลนั้น มีรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลคือต้องการคำแนะนำการดูแลและแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ¹⁰

ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง “บริการสุขภาพทางไกล” (telehealth) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดของหน่วยบริการ ลดเวลารอคอย และอำนวยความสะดวกในการรับบริการให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวทางวิถีชีวิตใหม่ (new normal) เป็นการเพิ่มช่องทางในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้ามารับบริการในสถานพยาบาล จากรายงานการศึกษาการใช้บริการสุขภาพทางไกล ในผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ในการใช้เทคโนโลยีที่นำเอาวิดีโอ โทรศัพท์ การให้การดูแลทางการแพทย์ การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้ข้อวินิจฉัย และการสนับสนุน การให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและด้านพฤติกรรม รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการปัญหา ผ่านการบริการสุขภาพทางไกลพบว่า มากกว่าร้อยละ 95.0 มีความพึงพอใจและสะดวกในการใช้ telehealth และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้¹¹ จากการศึกษาเบื้องต้นในพื้นที่โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นลูกสาว 3 ราย และเป็นหลานสาว 2 ราย ทั้งหมดมีอายุอยู่ในช่วง 35-45 ปี ครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคพาร์กินสัน กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย เช่น ทำความสะอาดร่างกาย เครื่องแต่งกาย ดูแลการขับถ่าย การดูแลการรับประทานอาหาร ดูแลการรับประทานยา ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ และพาไปพบแพทย์ตามนัด ส่วนผู้ดูแล 3 ราย บอกถึงความจำเป็นและภาระในการต้องดูแลผู้สูงอายุ การต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุทำให้ไม่มีเวลาที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง เวลาในการพักผ่อนมีน้อยลง ไม่มีกิจกรรมในการผ่อนคลาย มีความเครียดวิตกกังวลรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแล และต้องการแหล่งประโยชน์ที่ให้คำแนะนำปรึกษาที่สะดวกรวดเร็ว ดังนั้นการให้บริการสุขภาพทางไกล จึงเป็นรูปแบบการให้บริการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง ให้สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุได้สะดวก รวดเร็ว ทั้งในรูปแบบของเสียง การส่งภาพ และ/หรือวิดีโอ แหล่งประโยชน์ การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ อาการ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถ

ปรับตัว เฝ้าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการได้รับบริการสุขภาพทางไกลต่อระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

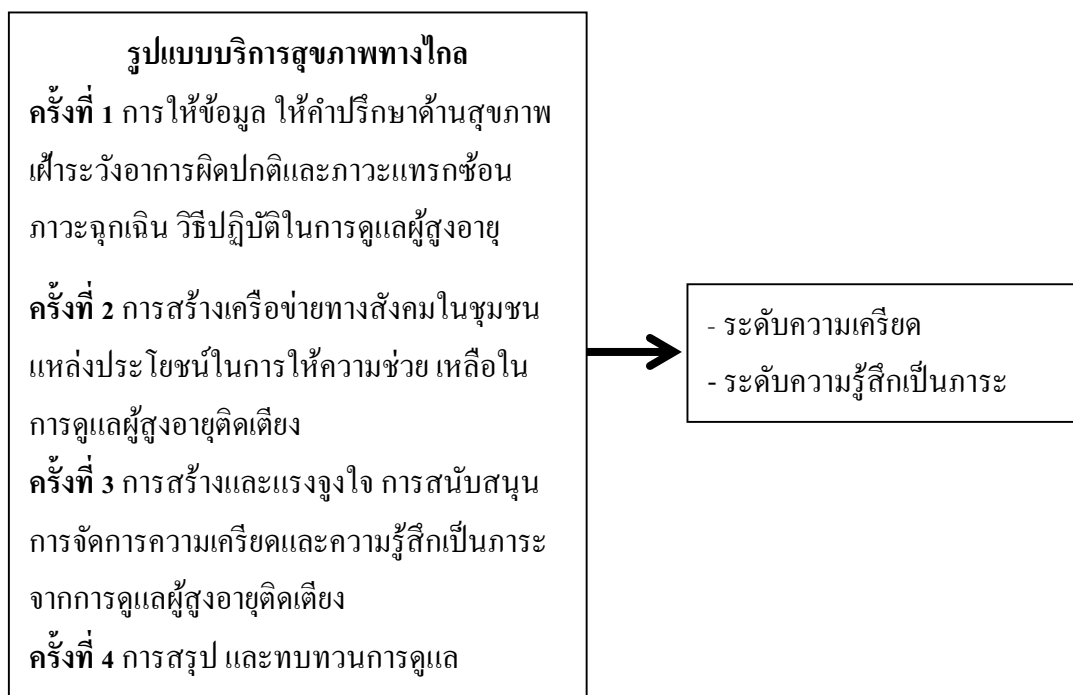
ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ได้รับบริการสุขภาพทางไกลมีระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระภายหลังการทดลองต่ำกว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ไม่ได้รับบริการสุขภาพทางไกล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีปัญหาด้านสุขภาพซับซ้อนยุ่งยาก เป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นมาจากปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงผ่านบริการสุขภาพทางไกลที่เข้าถึงได้สะดวก ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้พูดคุย อธิบายถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแล การได้รับสนับสนุนด้านความรู้ สื่อ คำปรึกษาข้อแนะนำต่างๆ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลที่เป็นความต้องการของแต่ละบุคคล จะทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้ง เป็นการประคับประคองด้านจิตใจอารมณ์ จึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระและความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลงได้ (ภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

แผนบริการสุขภาพทางไกล หมายถึง การนำเอาเทคโนโลยีด้านอินเทอร์เน็ตที่เรียกว่าแอปพลิเคชันไลน์ (application line) ที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและบุคลากรทางการแพทย์สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการพิมพ์ข้อความ การสนทนาได้ทั้งในรูปแบบของเสียง ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว โดยเป็นการสื่อสารในเวลาเดียวกัน (real time)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาเรลเอดีแอล (Barthel Activities of daily Living: ADL) น้อยกว่า 11 คะแนน ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมาก่อน มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทางการสมรสหรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ธิดา การให้การดูแลไม่มีค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เมื่อมีสิ่งรบกวนทางร่างกาย หรือจิตใจและก่อให้เกิดการเสียสมดุล เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ความผิดปกติของการหายใจ นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์ไม่มั่นคง วัดโดยใช้แบบประเมินความเครียด Stress Test Questionnaire (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต¹²

ความรู้สึกเป็นภาระ หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความรู้สึกว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของตนเอง เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล มีปัญหา นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า และอาจร้ายแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลลดลงทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ วัดโดยใช้แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ Zarit Burden¹³

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของบริการสุขภาพทางไกล ต่อระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีดัชนีบาเรลเอดีแอล น้อยกว่า 11 อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีคุณลักษณะตามประชากรที่ศึกษา กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ติดเชื้ออย่างรุนแรง หลังผ่าตัด ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล และผู้สูงอายุในระยะการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้ โปรแกรม G* Power version 3.1.9.4 โดยใช้สถิติ mean: difference between two independent means (two groups) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่พบทวนมา¹¹ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ 0.5 และค่า effect size ที่คำนวณได้เท่ากับ 1.26 จึงใช้ effect size เท่ากับ 0.8 มาคำนวณประมาณกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบบริการสุขภาพทางไกล ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน ภาวะฉุกเฉิน การให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเครือข่ายทางสังคมในชุมชน แหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รวมทั้งการสร้างและแรงจูงใจ การสนับสนุนการจัดการความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ
- 2) แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ¹² ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยแบ่งระดับความเครียด ดังต่อไปนี้ คะแนน 0-4 หมายถึง เครียดน้อย คะแนน 5-7 หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 หมายถึง เครียดมาก และคะแนน 10-15 หมายถึง เครียดมากที่สุด
- 3) แบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ¹³ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า มี 4 อันดับตัวเลือก โดยแบ่งระดับความรู้สึกเป็นภาระ ดังต่อไปนี้ คะแนน 0-10 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระถึงมีความรู้สึกเล็กน้อย คะแนน 11-20 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระเล็กน้อยถึงปานกลางคะแนน และ >20 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแผนบริการสุขภาพทางไกล และแบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยใช้ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80.0 และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาทั้ง 3 ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยใช้แบบ แบบประเมิน (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต¹² และแบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ฉบับภาษาไทย¹³ ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา

(Cronbach' Alpha coefficient) เท่ากับ .85 และ .88 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .79 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI00 26/2566 อนุมัติเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2566 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์การวิจัย การปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนจากการวิจัยได้หากต้องการโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอม (informed consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหิน สาธารณสุขอำเภอหนองหิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย เพื่อขออนุญาตให้ข้อมูลจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และขออนุญาตเข้าทำการวิจัยในพื้นที่ ผู้วิจัยประสานกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สอบถามความสมัครใจและลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง เพื่อใช้เป็นคะแนนพื้นฐาน โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แบบวัดความเครียดและแบบวัดความรู้สึกละเป็นภาระในทั้งสองกลุ่ม โดยในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยติดตามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการติดตามลงในหมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในกลุ่มทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองหิน

2. ระยะเวลาทดลอง ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	R	กลุ่มทดลอง	O1	X	O3
	R	กลุ่มควบคุม	O2	-	O4
เมื่อ	R	หมายถึง	การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง		
	X	หมายถึง	รูปแบบบริการสุขภาพทางไกล		
	O1, O2	หมายถึง	วัดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม		
	O3, O4	หมายถึง	วัดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม		

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	Pretest*	Pretest*
สัปดาห์ที่ 1	-	บริการสุขภาพทางไกล ครั้งที่ 1
สัปดาห์ที่ 2	-	บริการสุขภาพทางไกล ครั้งที่ 2
สัปดาห์ที่ 3	-	บริการสุขภาพทางไกล ครั้งที่ 3
สัปดาห์ที่ 4	-	บริการสุขภาพทางไกล ครั้งที่ 4
	Posttest*	Posttest*

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยติดตามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการติดตามลงในหมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ paired t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุส่วนมากเป็นบุตร (ร้อยละ 66.66) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.38) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.0) ส่วนมากอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 41.66) อายุเฉลี่ย 51.39 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.90) เกือบครึ่งมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 40.47) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6.67 ปี และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลต่อวัน เฉลี่ย 15.18 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 63.09) ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่อาการคงที่ ส่วนมากมีผู้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 70.23) และเกินครึ่งไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่น นอกเหนือจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (ร้อยละ 54.76) และส่วนน้อยมีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วย โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.04, 10.71) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังได้รับการสุขภาพทางไกล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระดับมาก (Mean = 9.80, S.D. = 2.21) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระดับปานกลาง (Mean = 5.19, S.D. = 2.50) และพบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระดับมาก (Mean = 9.23, S.D. = 0.72, Mean = 8.95, S.D. = 1.43) ตามลำดับ และพบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเป็นภาระระดับสูง (Mean = 26.45, S.D. = 7.70) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเป็นภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mean = 15.35, S.D. = 8.70) และพบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีระดับความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเป็นภาระระดับสูง (Mean = 26.14, S.D. = 7.26, Mean = 25.23, S.D. = 6.35) ตามลำดับ และพบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีระดับความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการให้บริการสุขภาพทางไกล

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i> *
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ระดับความเครียด						
กลุ่มทดลอง (n=42)	9.80	2.21	5.19	2.50	2.01	< .05*
กลุ่มควบคุม (n=42)	9.23	1.72	8.95	1.43	1.68	< .05*
ระดับความรู้สึกเป็นภาระ						
กลุ่มทดลอง (n=42)	26.45	7.70	15.35	8.70	1.68	< .05*
กลุ่มควบคุม (n=42)	26.14	7.26	25.23	6.35	1.68	< .05*

paired *t*-test, *p** < .05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียดก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเป็นภาระก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มตัวอย่าง				<i>t</i>	<i>p</i> *
	กลุ่มทดลอง (n=42)		กลุ่มควบคุม (n=42)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ระดับความเครียด						
ก่อนการทดลอง	9.80	2.21	9.23	1.72	1.66	0.05
หลังการทดลอง	5.19	2.50	8.95	1.43	2.01	< .05*
ระดับความรู้สึกเป็นภาระ						
ก่อนการทดลอง	26.45	7.70	26.14	7.26	1.66	0.42
หลังการทดลอง	15.35	8.70	25.23	6.35	1.68	< .05*

Independent *t*-test, *p** < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับรูปแบบบริการสุขภาพทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (high stress) ซึ่งเป็นความเครียดที่รุนแรงหากปรับตัวไม่ได้ จะทำให้เกิดความผิดปกติตามทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย หงุดหงิด พฤติกรรมการนอนและการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป จนมีผลต่อการดำเนินชีวิต¹⁴ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดคือ มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวายใจ ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อเซ็ง และมีปัญหาการนอน ได้แก่ นอนไม่หลับหรือนอนมากตามลำดับ และภายหลังได้รับบริการสุขภาพทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความเครียดลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และก่อนการได้รับบริการสุขภาพทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับสูง และภายหลังได้รับบริการสุขภาพทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรู้สึกเป็นภาระลดลงอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดคือ รู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติในขณะที่ต้องรับผิดชอบครอบครัว และงานด้วย รู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว และ รู้สึกไม่มีเวลาสำหรับตัวเองเพราะต้องใช้เวลาคูดูแลญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในระดับความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นตัวทำนายหลักในเรื่องปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งการระบุปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ จะช่วยให้สามารถประเมินความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างเป็นติ เพื่อการสนับสนุนทางอารมณ์¹⁵ ผลการศึกษารั้งนี้พบว่า บริการสุขภาพทางไกลสามารถทำให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ

ติดบ้านติดเตียงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น การได้รับบริการสุขภาพทางไกลด้านสุขภาพ เป็นการเพิ่มทางเลือกในระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการโดยการใช้เทคโนโลยี (telehealth) ที่เข้าถึงได้สะดวกเป็นโอกาสที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้ทราบถึงแหล่งประโยชน์ และการได้รับการประทับประคองด้านจิตใจอารมณ์ การมีโอกาสได้พูดคุย อธิบายถึงปัญหา และการได้แสดงความคิดเห็น การสนับสนุนด้านความรู้ สื่อ คำปรึกษาข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลที่เป็นความต้องการของแต่ละบุคคล จะทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ ประกอบกับการเข้าถึงบริการสะดวก สามารถทำได้ทุกที่ ลดปัญหาการเดินทางมารับบริการในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว จึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระและความวิตกกังวลลดลงได้ ซึ่งการแก้ปัญหาเพื่อบรรเทาภาระการดูแลต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับแนวโน้มของโรคเฉพาะและความต้องการในการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้รับการดูแลและผู้ดูแลด้วย การเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในบทบาทที่เกิดขึ้น ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระที่สูงในผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงได้¹⁶ ซึ่งจากการทดสอบทางสถิติพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ได้รับบริการสุขภาพทางไกลมีระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการสุขภาพทางไกล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของบริการการแพทย์ทางไกล สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่ผสมผสานระหว่างการควบคุมการรักษาระยะไกล ร่วมกับการให้คำปรึกษาเฉพาะรายสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการนอนโรงพยาบาลได้ ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับประสิทธิผลที่เกิดขึ้น¹⁷ การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบริการสุขภาพทางไกลพบว่า โปรแกรมการบริการสุขภาพทางไกลเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง¹⁸ การศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ในผู้ป่วยโรคระบบประสาท การศึกษาบ่งชี้ถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของระบบบริการการแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท การใช้บริการการแพทย์ทางไกลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การดูแลรักษาให้คำปรึกษาและการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวและการฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มอื่นได้¹⁹ และการศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการ โทรเวชกรรม (telemedicine) มาประยุกต์ใช้กับบริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลแต่สามารถได้พบเจอกับแพทย์เพื่อตรวจรักษาและให้คำปรึกษาได้ การรักษาด้วยโทรเวชกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยแบ่งเบาภาระในการรองรับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล²⁰ จากผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่า สามารถใช้ระบบบริการสุขภาพทางไกลมาเป็นเครื่องมือ หรือช่องทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ที่ไม่สะดวกในการพาผู้สูงอายุมารับบริการในสถานบริการเนื่องจากการเดินทางไม่สะดวกจากสภาพการจราจร เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดหน่วยบริการ ลดเวลารอคอย

สะดวกรวดเร็วในการขอคำปรึกษาแนะนำ ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการมารับบริการ และลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน มีระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระลดลงในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการให้บริการสุขภาพทางไกล มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความเครียดและระดับความรู้สึกเป็นภาระไปในทิศทางที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่ม ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว สามารถนำเอาแนวทางการให้บริการสุขภาพทางไกลเข้ามาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้

2. ข้อมูลที่ได้จากการให้บริการสุขภาพทางไกลพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แม้ว่าจะมีปัญหาในเรื่องความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระเหมือนกัน แต่มีสาเหตุของปัญหาและความซับซ้อนแตกต่างกัน ที่ควรได้รับคำแนะนำเป็นเฉพาะราย ซึ่งอาจใช้วิธีการเยี่ยมบ้านเข้ามาศึกษาในประเด็นดังกล่าว

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพทางไกลในผู้สูงอายุ ในระยะยาว และเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เพื่อนำการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในช่วงวัยอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO launches baseline report for decade of healthy ageing. 2020 December [cited 2023 April 30]. Available from World Health Organization Website: <https://www.who.int/news/item/17-12-2020-who-launches-baseline-report-for-decade-of-healthy-ageing>
2. NSO Data Catalog. Social statistic division. 2023 [cited 2023 April 30]. Available from NSO Data catalog Website: <https://catalog.nso.go.th/organization/social-statistics-devision> (in Thai)
3. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Final health survey. 2021 [cited 2023 November 7]. Available from Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital website: <https://www.rama.mahidol.ac.th/en> (in Thai)
4. Chunharas S. Situation of the Thai older persons 2021. 2023 June [cited 2023 April 30]. Available from Department of Older Persons Website: <https://www.dop.go.th> (in Thai)
5. Yoosamran K, Srisakul Chanaphant S, Keankarn P. Stress and stress-coping of caregivers for dependent older adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. RHPC9Journal.2022;16(1):1-16 (in Thai)

6. Leelawatna W, Hathirat S. Working with caregiver burnout. 2016 June [cited 2023 April 30], Available from Health Focus Website: <https://www.hfocus.org> (in Thai)
7. Sutthirit S, Yuangthong A, Chanead W, Niyomjit S, Bueasang N, Rodcharoen S. Stress of caregivers providing care for bedridden elderly, Surat Thani Province. *Regl1MedJ*. 2021;35(2):1-12. (in Thai)
8. Mehta KK. Stress among family caregivers of older persons in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2005;20(4):319-334.
9. Melinda Smith MA. Caregiver stress and burnout. March 2016. [cited 2023 April. 30], Available from Website: <http://www.helpguide.org/articles/stress/caregiving-stress-and-burnout.htm>
10. Yingchankul N, Inthai P, Khruapaeng P, Choksomngam Y. Prevalence and factors associated with caregiver burden in caregivers of elderly dependents in San Pa Tong District, Chiang Mai. *BSCM*. 2021; 60(3):383-94. (in Thai)
11. Khunarak U. Stressor, burden and supports needed by the caregivers of the elderly with depressive disorders. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat*. 2018;12(1):36-47. (in Thai)
12. Silpakit O. Srithanya stress scale. *J Ment Health Thai*. 2008;16(3):177-186. (in Thai)
13. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *J Ment Health Thai*. 2015;23(1):12-23. (in Thai)
14. National Institute of Mental Health. So stressed out? 2020 [cited 2023 May 17], Available from Website: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/so-stressed-out-fact-sheet> (in Thai)
15. Yue L, Jia C, Hu B, Zhang Z, Bai M, Wang S, Yao N. Caregiving stress among family caregivers of older adults living with disabilities in China. *Geriatr Nurse*. 2022;47(Sep-Oct):226-231. [cited 2023 May 17], Available from Website: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35987148/>
16. Cham CQ, Ibrahim N, Siau CS, Kalaman CR, Ho MC, Yahya AN, et al. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(12):2423. [cited 2023 May 17], Available from Website: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36553947/>
17. Ryu, S. "Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Healthcare Informatics Research 2012;18(2) : 153–155. [cited 2023 May 10], Available from Website: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402558/>
18. National Health Security Office. Telehealth, telemed, telepharmacy seen as new normal in universal health coverage, 2020. [cited 2023 May 15], Available from Website: <https://www.nhso.go.th/news/3952> (in Thai)

19. Rodriguez, Hector P et al. Health systems and telemedicine adoption for diabetes and hypertension care. AJMC 2023;29(1). [cited 2023 May 15], Available from Website: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9897448/>.
20. Thongjood T. A study of factors influenced patients' attitude and behavioral intention to use Ramathibodi hospital's telemedicine service. [dissertation]. Mahidol university;2021. (in Thai)

ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

นฤมล มูลประเสริฐ*

จิตติพร สอนจ้อย*

ปิยะดา อุดเสน*

พัชรวิศา จันทน์นาย*

พิมพ์ประพรรณ พรหมเทศ*

อังศวีร์ จันทะ โคตร** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 205 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ .90 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ One-way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลเกือบทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.29, SD = 0.48) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดีมาก ได้แก่ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Mean = 4.51, SD = 0.49) รองลงมาคือ ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ และทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ (Mean = 4.42, SD = 0.48; Mean = 4.40, SD = 0.52) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ได้แก่ ทักษะด้านอ่านออก เขียนได้ และคณิตศาสตร์ ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม และทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะในการแก้ปัญหา (Mean = 3.76, SD = 0.53; Mean = 3.95, SD = 0.60; Mean = 4.11, SD = 0.60) ตามลำดับ และทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาระหว่างชั้นปีมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพด้านภาษาอังกฤษ และคณิตศาสตร์ ด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม และการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อไป

คำสำคัญ: ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21, นักศึกษาพยาบาล

*นักศึกษพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**Corresponding author, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, E-mail: Angsawee.t@ubu.ac.th

วันที่รับบทความ 6 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ธันวาคม 2566 วันตอบรับบทความ 12 ธันวาคม 2566

21st Century Learning Skills of Nursing Students at the Faculty of Nursing Ubon Ratchathani University

*Naruemon Moonprasert**

*Titiporn Sonjoy**

*Phiyada Autsen**

*Patcharida Janchay**

*Phimpraphan Phrmthet**

*Angsawee Jantakot** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)*

Abstract:

This survey research aimed to study the 21st-century learning skills among nursing students in faculty of nursing, Ubon Ratchathani University. The sample selected by using proportional stratified random sampling technique included 205 of the first to fourth year nursing students whose enrolled in the academic year 2022. Research instrument was the 21st-century learning skills questionnaire. Its content validity was examined by three experts and found the content validity index as .90. The reliability of this instrument was tested and found the Cronbach's alpha coefficient as .97. Data were collected from February to March 2023. Data were analyzed using descriptive statistics and One-way ANOVA.

The results of this study were as follows, overall of 21st-century learning skills of nursing students was found in good level. The dimensions that had very good average score were computer skills, information technology skill, and communication skill (Mean = 4.51, SD = 0.49). The following skills were career skill and learning skill, and cross-cultural understanding skill (Mean = 4.42, SD = 0.48; Mean = 4.40, SD = 0.52). The dimensions that had good average score were 3Rs (reading-writing-mathematic skill), Creative thinking and innovation skill, and critical thinking and problem solving skill, (Mean = 3.76, SD = 0.53; Mean = 3.95, SD = 0.60; Mean = 4.11, SD = 0.60) respectively. At least 1 pair, there was a different in 21st-century learning skills between year of study among nursing students ($p < .05$). The results in this study can be utilized to develop the competency of nursing students interm of English, mathematic, creative thinking and innovation, critical thinking and problem solving skills. Moreover, it can be used to planning the curriculum and additional activities for students.

Keywords: 21st Century Learning Skills, Nursing students

**3rd year nursing student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University*

***Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, E-mail: Angsawee.t@ubu.ac.th*

Received November 6, 2023, Revised December 10, 2023, Accepted December 12, 2023

ความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 โลกได้เข้าสู่สังคมความรู้ ความรู้ใหม่เกิดขึ้นทุกวันสามารถเรียนรู้ได้จากหลายช่องทางและได้รับอย่างรวดเร็ว ศตวรรษที่ 21 เป็นโลกของเทคโนโลยีและนวัตกรรม เครื่องจักรและหุ่นยนต์ถูกนำเข้ามาใช้งานทดแทนแรงงานมนุษย์ ดังนั้นมนุษย์ควรมีทักษะบางอย่างที่เครื่องจักรหรือหุ่นยนต์ทำแทนไม่ได้ การเรียนรู้และกรอบแนวคิดเพื่อการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 เป็นการกำหนดแนวทางยุทธศาสตร์เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการจัดการเรียนรู้ โดยเน้นที่องค์ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะที่เกิดกับตัวนักศึกษา เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตในปัจจุบันท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (21st Century Skills)² ประกอบด้วย 3R7C 3R ได้แก่ Reading อ่านออก เป็นการอ่านออกเสียงภาษาไทย ภาษาอังกฤษได้ถูกต้อง อ่านเอกสาร หนังสือ ตำรา บทความ การจับใจความสำคัญ สามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจตรงตามสิ่งที่อ่าน, (W)riting เขียนได้ เป็นการเขียนรายงานหรือบันทึกทางการแพทย์ บันทึกการเรียนรู้หรือความเรียง ด้วยภาษาไทยถูกต้อง รูปประโยคสมบูรณ์ นำเสนอประเด็นหลักได้ชัดเจน ถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตรงประเด็น เขียนความเรียงหรือบทคัดย่อ ด้วยภาษาอังกฤษที่สะกดถูกต้อง มีรูปประโยคที่สมบูรณ์ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์, (A)Rithmetic คณิตเลขเป็น โดยสามารถคำนวณเลขได้ถูกต้อง ทั้งการบวก ลบ คูณ หาร และบัญญัติไตรยางศ์ การคำนวณยาและหยดน้ำเกลือ ใช้สถิติพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ และ 7C ได้แก่ Critical Thinking and Problem Solving ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา เป็นการระบุปัญหา โดยใช้ความรู้ เหตุผล รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจหรือเลือกวิธีแก้ปัญหาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้กระบวนการหรือวิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญหาโดยเชื่อมโยงความรู้ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง Creativity and Innovation ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม เป็นการนำเสนอความคิดแปลกใหม่ เพื่อพัฒนางานให้ดีกว่าเดิม ใช้ความรู้ผลการวิจัยนวัตกรรมทางการแพทย์ในการเรียนและการฝึกปฏิบัติงาน Cross-Cultural Understanding ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ แสดงความเข้าใจบุคคลหรือผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม Collaboration Teamwork and Leadership ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ โดยมีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานและอาจารย์ด้วยความเป็นมิตร สามารถประสานงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือ แสดงความคิดเห็นได้เหมาะสมกับกาลเทศะ แสดงภาวะผู้นำ สามารถแก้ไขความขัดแย้งเพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยวิธีการสร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ต่อทีมงาน Communications Information and Media Literacy ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ มีความสามารถในการฟังและจับใจความสำคัญ รู้วิธีการค้นหาและจัดการข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้ สารสนเทศที่ถูกต้อง สามารถใช้สื่อดิจิทัลอุปกรณ์ใช้สื่อสารสนเทศต่างๆ ด้วยความระมัดระวังและไม่นำมาสู่อันตรายหรือความเสื่อมเสียชื่อเสียงแก่ตนและสถาบันที่เรียนได้ Computing and ICT Literacy ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลและสารสนเทศได้ ใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศโดยคำนึงถึงคุณธรรมจริยธรรม กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และความปลอดภัย ใช้โปรแกรมพื้นฐานและอุปกรณ์พ่วงได้ และ Career and Learning Skills ทักษะอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ โดยแสดงการยอมรับความเห็นที่แตกต่างและปรับวิธีคิด วิธีปฏิบัติให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ต่างๆ ได้ ร่วมกิจกรรมสาธารณะนอกมหาวิทยาลัยและกิจกรรมในมหาวิทยาลัยที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ให้ความช่วยเหลือเพื่อน อาจารย์ หรือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ ปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรม ประเพณี จรรยาบรรณวิชาชีพและเป็นแบบอย่างที่ดีของวิชาชีพ^{3,8} ดังนั้นกลไกสำคัญของการพัฒนานักศึกษาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา จึงมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมในทุกด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คือ “เก่ง ดี มีจิตอาสา”

การจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ นอกเหนือจากการปฏิบัติงานโดยทั่วไปแล้ว ยังต้องมีความรับผิดชอบในการให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ตามสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยด้วย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย นักศึกษาพยาบาลในศตวรรษนี้จึงมีความแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลในสมัยที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นยุคที่มีการใช้คอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา อีกทั้งนักศึกษาในยุคปัจจุบันเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ใน Generation Z ซึ่งเป็นรุ่นที่เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีและมีความคุ้นเคยกับการใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัลต่างๆ ความรู้ในเชิงหลักการ ทฤษฎีต่างๆสามารถแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มากมาย การเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจำเป็นต้องตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ให้เกิดความเหมาะสมกับนักศึกษา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อนักศึกษาให้เป็นบัณฑิตแห่งศตวรรษที่ 21 ตามเป้าหมายอย่างแท้จริง ซึ่งครอบคลุมทั้งการจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี ปฏิบัติการและฝึกปฏิบัติ⁴ การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรประกอบด้วยรายวิชาที่มีส่วนในการกระตุ้นให้นักศึกษาได้เรียนรู้เทคโนโลยีอย่างหลากหลาย เช่น รายวิชาสารสนเทศทางการพยาบาล ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล สารสนเทศในการปฏิบัติการพยาบาล การออกแบบสื่อการเรียนรู้ทางการพยาบาล การสืบค้นข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาล เป็นต้น และในรายวิชาอื่นๆ ที่ทำให้นักศึกษาได้ฝึกฝนสืบค้นข้อมูล นำเสนองานผ่านโปรแกรมอย่างหลากหลาย การออกแบบสื่อเพื่อใช้ในการเรียนการสอน และมีการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Ubonratchathani University-Learning Management System: UBU-LMS) โดยการเรียนรู้ในแต่ละชั้นปีมีความเข้มข้นของการกระตุ้นให้เกิดทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 แตกต่างกันไป อีกทั้งแนวคิดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 และงานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนเป็นตัวบ่งชี้ของความก้าวหน้าของศาสตร์ทางการสอน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล และเปรียบเทียบระหว่างชั้นปี เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและส่งเสริมทักษะในด้านต่างๆ ของนักศึกษาให้เป็นผู้ที่มีทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 พร้อมทั้งจะเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลกแห่งศตวรรษที่ 21 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีในแต่ละชั้นปี

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1-4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565

ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 หมายถึง ความสามารถและทักษะที่สำคัญที่บุคคลพึงมีเพื่อเตรียมตัวสำหรับการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ที่ทุกคนจะต้องเรียนรู้ เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเรียน การทำงานและการดำรงชีวิต ทักษะพื้นฐาน ประกอบด้วยทักษะ 3R 7C 8 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะด้าน 3R อ่านออก เขียนได้และคณิตศาสตร์ 2) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา 3) ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม 4) ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ 5) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ 6) ทักษะด้านการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศและการรู้เท่าทันสื่อ 7) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และ 8) ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในการวิจัยเพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Trilling & Fadel¹ ที่ได้พัฒนาและสร้างกรอบแนวคิดการปรับกระบวนทัศน์ทางการจัดการศึกษา เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและสอดคล้องกับทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพสาขาการพยาบาลที่ควรมี ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องสามารถอ่านคำสั่งการรักษาและบันทึกทางการแพทย์ได้ การเขียนบันทึกทางการแพทย์เป็น การคำนวณยาและหยดน้ำเกลือได้ถูกต้องแม่นยำ การใช้สถิติพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ในการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานได้ รวมถึงนักศึกษาพยาบาลควรมีทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ของทั้งเพื่อนร่วมชั้นเรียนและผู้รับบริการ ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานและอาจารย์ด้วยความเป็นมิตร ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศโดยคำนึงถึงคุณธรรมจริยธรรม กฎหมายที่เกี่ยวข้องและความปลอดภัย มีทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้ ปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรม ประเพณี

จรรยาบรรณวิชาชีพและเป็นแบบอย่างที่ดีของวิชาชีพ โดยแนวคิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย การเรียนรู้ 3R 7C ในการศึกษาครั้งนี้แนวคิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วยทักษะ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะด้าน 3 R อ่านออก เขียนได้และคณิตศาสตร์ 2) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา 3) ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม 4) ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ 5) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ 6) ทักษะด้านการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศและการรู้เท่าทันสื่อ 7) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และ 8) ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในภาค การศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 423 คน โดยใช้สูตรทาร์ยามาเน่ (Taro Yamane)⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 205 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (proportional stratified random sampling)⁷ ในการ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละชั้นปี ประกอบด้วย ชั้นปีที่ 1 จำนวน 52 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 48 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 57 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 48 คน โดยพื้นที่วิจัยคือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 โดยใช้ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์คือ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับชั้นปีที่ศึกษา เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประกอบด้วยทักษะ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะด้านอ่านออก เขียนได้และคณิตศาสตร์ 2) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา 3) ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และ นวัตกรรม 4) ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ 5) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงาน เป็นทีมและภาวะผู้นำ 6) ทักษะด้านการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศและการรู้เท่าทันสื่อ 7) ทักษะด้าน คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และ 8) ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ จำนวน 63 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ที่ครอบคลุมครบทุกมิติทั้ง 3R และ 7C โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า rating scale เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มีทักษะในข้อนั้นอยู่ในระดับดีมาก มีทักษะในข้อนั้นอยู่ในระดับดี มีทักษะในข้อนั้นอยู่ใน ระดับปานกลาง มีทักษะในข้อนั้นอยู่ในระดับต่ำ และมีทักษะในข้อนั้นอยู่ในระดับต่ำมากหรือไม่มีเลย เกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ โดยเกณฑ์แปลความหมายของคะแนนที่ใช้ในการ พิจารณาแบ่งระดับทักษะ⁸ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.0 หมายถึง มีทักษะอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีทักษะอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีทักษะอยู่ในระดับต่ำมากหรือไม่มีเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนและด้านการวัดประเมินผล พิจารณาความเหมาะสมด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ .90 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผ่านการรับรองในวันที่ 18 มกราคม 2566 หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-09/2566 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย การปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สามารถถอนจากการวิจัยได้หากต้องการโดยไม่มีผลใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอม (informed consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยต่อคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาสอบถามประมาณ 30 นาที นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยและเมื่อข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์จึงนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง One-way ANOVA

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.10) ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี (ร้อยละ 28.30) ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 27.80, 25.40) ตามลำดับ เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.0.-3.49 และ > 3.50 (ร้อยละ 39.50, 39.0) ตามลำดับ

ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลฯ

เกือบทุกด้านโดยรวมระดับทักษะอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.21, SD = 0.53) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Mean = 4.51, SD = 0.49) รองลงมาก็คือ ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ และทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ (Mean = 4.42, SD = 0.48; Mean = 4.40, SD = 0.52) ตามลำดับ ยกเว้นทักษะด้าน 3R อ่านออก เขียนได้ และคณิตศาสตร์ และทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม อยู่ในระดับดี (Mean = 3.76, SD = 0.53; Mean = 3.95, SD = 0.60) (ตารางที่ 1)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลฯ

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวพบว่า ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 โดยรวมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F3, 201 = 3.32, p<.05) (ตารางที่ 2) เมื่อวิเคราะห์ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Schaffer post hoc comparisons พบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ต่างจากชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 3 ต่างจากชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 4 ต่างจากชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุดทุกชั้นปีอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความสามารถในการปรับตัวด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีและสารสนเทศ อาจเนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในยุคของวิทยาการคอมพิวเตอร์มีการพัฒนาที่ทันสมัย มีค่านิยมในการใช้สื่อดิจิทัล การสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social network) เป็นจำนวนมาก ทำให้นักศึกษาพยาบาลสามารถใช้คอมพิวเตอร์และสื่อเทคโนโลยีในการสื่อสารได้เป็นอย่างดี อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรในรายวิชาสารสนเทศทางการพยาบาล สารสำคัญของรายวิชาประกอบด้วย เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับพยาบาล ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล การออกแบบสื่อการเรียนรู้ทางการพยาบาล การสืบค้นข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาล เป็นต้น และในรายวิชาอื่นๆ ที่ทำให้นักศึกษาได้ฝึกสืบค้นข้อมูล นำเสนองานผ่านโปรแกรมอย่างหลากหลาย การออกแบบสื่อเพื่อใช้ในการเรียนการสอน และมีการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบ UBU-LMS สอดคล้องกับการศึกษาของวงเดือน สุวรรณศิริ⁹ ศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี ตามแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเรียนรู้ของคนในเจนเนอเรชันวาย (Generation Y) และ ซี (Z) ซึ่งเป็นบุคคลที่เติบโตมาในยุคของสังคมออนไลน์ มีความพร้อมเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ทางด้าน

เทคโนโลยีที่ทันสมัย และการเรียนการสอนที่จัดให้นักศึกษามีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารผ่าน การเรียนโดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) หรือมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต้องมีการสืบค้นข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล ทำให้ทักษะด้านนี้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลฯ (n=205)

ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21	ชั้นปี										แปลผล
	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		โดยรวม		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
3R อ่านออก เขียนได้และคณิตศาสตร์	3.73	0.48	3.69	0.55	3.70	0.56	3.90	0.53	3.76	0.53	ดี
การคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา	4.21	0.57	3.97	0.61	4.04	0.62	4.21	0.60	4.11	0.60	ดี
การคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม	4.02	0.54	3.81	0.53	3.84	0.68	4.13	0.63	3.95	0.60	ดี
ความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์	4.54	0.41	4.22	0.56	4.35	0.58	4.48	0.51	4.40	0.52	ดีมาก
ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ	4.31	0.49	4.16	0.46	4.30	0.58	4.42	0.54	4.30	0.52	ดีมาก
การสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศและการรู้เท่าทันสื่อ	4.32	0.41	4.10	0.53	4.15	0.58	4.34	0.54	4.23	0.52	ดีมาก
คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	4.56	0.48	4.33	0.57	4.46	0.56	4.69	0.36	4.51	0.49	ดีมาก
อาชีพและทักษะการเรียนรู้	4.60	0.42	4.23	0.50	4.26	0.56	4.57	0.42	4.42	0.48	ดีมาก
โดยรวม	4.29	0.48	4.02	0.54	3.96	0.59	4.33	0.52	4.21	0.53	ดีมาก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลฯ (n=205)

ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	5.36	3	1.79	3.32	.02**
ภายในกลุ่ม	108.25	201	.539		

** $p < .05$

ตารางที่ 3 ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean different) ทักษะแห่งการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล
รายคู่ โดยวิธี Schaffer post hoc comparisons (n=205)

ชั้น ปี	Mean (SD)	ผลต่างของค่าเฉลี่ย			
		1	2	3	4
1	4.29 (.48)		0.07	0.02**	0.76
2	4.02 (.54)	0.07		0.70	0.04**
3	3.96 (.59)	0.02**	0.70		0.01**
4	4.33 (.52)	0.76	0.04**	0.01**	

** $p < .05$

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ในระดับดีมาก อาจเนื่องจากการเรียนการสอนในหลักสูตรนี้จะได้เรียนทั้งหมวดวิชาทั่วไปและหมวดวิชาเฉพาะ โดยหมวดวิชาเฉพาะจะเป็นกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพและกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งมีทั้งการเรียนการสอนภาคทฤษฎี วิชาฝึกในห้องปฏิบัติการและวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษามีความสามารถในการปรับตัวกับการเรียนการสอนได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังสามารถแสดงความรับผิดชอบในการทำงานให้สำเร็จตามที่ได้รับมอบหมาย ใฝ่รู้ใฝ่เรียน ยอมรับความเห็นที่แตกต่างและปรับวิธีคิด วิธีปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสมนันท ทัศนีย์สุวรรณ¹⁰ ศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกรายวิชาโภชนบำบัดตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลผลการศึกษาพบว่า การจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกมีส่วนช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลประยุกต์ใช้ในรายวิชาต่างๆ ในสาขาทางการพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน¹¹ ศึกษาทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ผลการศึกษาพบว่า ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ในระดับสูง นักศึกษามีความสามารถในการปรับตัวด้านการปฏิบัติงาน มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีทักษะด้านการเรียนรู้และมีคุณลักษณะใฝ่รู้

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนการทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร จัดให้มีการเรียนการสอนในรายวิชาแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล ซึ่งมีหัวข้อโมเดลและกระบวนการทัศนคติทางการพยาบาล รายวิชาการดูแลข้ามวัฒนธรรม รายวิชาการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีการสอดแทรกในรายวิชาอื่นๆ ทั้งในรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพและวิชาชีพเฉพาะ ทำให้นักศึกษาได้เกิดความเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรมต่างกระบวนการทัศนคติมากขึ้น อีกทั้งนักศึกษายังมาจากหลากหลายภูมิภาค ส่งผลให้เกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรมในหมู่นักศึกษาเอง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนการทัศนคติด้วย ซึ่งประเด็นที่กล่าวมานี้ล้วนส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะของการเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต สอดคล้องกับผลการศึกษาของปริญญ ชัยกองเกียรติและคณะ¹² ศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมของกลุ่มอาจารย์และนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบการ

คัดเลือกนักศึกษาจากการรับตรงจากพื้นที่ บางรายมาจากโรงเรียนสอนศาสนา การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรจัดให้เรียนวิชาศาสนาและปรัชญาเพื่อชีวิตตั้งแต่ปีแรก การจัดการเรียนการสอนตลอดหลักสูตรจะเน้นเรื่องความเข้าใจในความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งรวมไปถึงการเคารพและยอมรับในชนชาติ ความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนที่แตกต่างกันและหลากหลาย จึงมีความเข้าใจดีในความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่าการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรนักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติ การสร้างทีม การบริหารความขัดแย้ง ภาวะผู้นำ การประสานงาน การเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานกลุ่มหรือกิจกรรมกลุ่ม มีการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) ทำให้นักศึกษาได้ฝึกการทำงานเป็นทีม มีการเรียนการสอนแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional education: IPE) ทำให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของสมนันท ทัศนีย์สุวรรณ¹⁰ ศึกษาเกี่ยวกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกรายวิชาโภชนบำบัดตามการรับรู้ของนักศึกษายาบาล ผลการศึกษาพบว่า จากวิธีการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกตลอดทั้งรายวิชา ซึ่งแบ่งกิจกรรมเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองทั้งในชั้นเรียนและนอกชั้นเรียน และการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานกลุ่ม โดยกิจกรรมทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการทำกิจกรรมกลุ่มที่กระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ร่วมกับเพื่อน มีการระดมความคิดและเกิดความคิดอย่างเป็นระบบ

ทักษะด้านการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศและการรู้เท่าทันอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า นักศึกษามีความสามารถในการฟังและจับใจความสำคัญ ดีความ วิเคราะห์ แยกแยะ แสดงออกทั้งภาษาพูดและภาษากายได้ถูกต้องและชัดเจน อ่าน วิเคราะห์ และคัดกรองข่าวสาร ข้อมูลจากสื่อ หรือแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย รู้วิธีการค้นหาและจัดการข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้สารสนเทศที่ถูกต้อง อธิบายข้อมูลสารสนเทศแก่ผู้อื่นได้อย่างถูกต้องเข้าใจง่าย คัดสรรสารสนเทศอย่างมีเหตุผลเชื่อถือได้ก่อนการนำมาใช้หรือเผยแพร่ ความสามารถในการใช้สื่อดิจิทัลในห้วงเรียนได้อย่างคุ้นเคยผ่านการจัดการเรียนการสอนที่มีการนำสื่อเทคโนโลยีมาใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ สว่างเกตุ และคณะ¹³ ศึกษาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ผลการศึกษาพบว่า ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยีอยู่ในระดับสูง ซึ่งนักศึกษาในชั้นปีที่สูงกว่าจะได้ผ่านประสบการณ์ในด้านการใช้คอมพิวเตอร์ และสื่อเทคโนโลยีในการนำมาใช้ในการเรียนการสอนที่ผ่านมามีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ กลุ่มคนที่เกิดในยุค Generation Y มีความคุ้นเคยและสามารถใช้เครื่องมือในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหาอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า นักศึกษาได้มีการเรียนรู้ในรายวิชาชีพทางการพยาบาลทั้งแบบทฤษฎีและปฏิบัติ ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษาหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพและประเมินผล โดยใช้องค์ความรู้ เหตุผล มีการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาจากแหล่งข้อมูลน่าเชื่อถือ สามารถบอกความเชื่อมโยงเหตุและผลของสิ่งที่ศึกษา การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบและประเมินผลการปฏิบัติได้ การจัดการเรียนการสอนที่

จัดให้มีเวทีนำเสนอกรณีศึกษา ทำให้นักศึกษามีโอกาสร่วมกันระบุประเด็นและตั้งคำถามสำคัญที่ทำให้เกิดความกระจ่าง เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ¹⁴ พบว่า การจัดการเรียนสอนในชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 รายวิชาจะเป็นลักษณะก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลทำให้เกิดกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ต้องประยุกต์ความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการ ทำให้ต้องมีการเชื่อมโยงกระบวนการคิดให้สอดคล้องกับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม

ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า กิจกรรมงานพัฒนานักศึกษาทำให้นักศึกษาได้พัฒนาตนเองผ่านการเข้าร่วมและจัดกิจกรรม นักศึกษาได้มีการแสดงออกถึงความสามารถในด้านการคิดสร้างสรรค์ การพัฒนานวัตกรรม การทำกิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในคณะและในรั้วมหาวิทยาลัย อีกทั้งยังมีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้และลงมือทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรมตามความสนใจของตนเอง ได้ฝึกในการคิดหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ฝึกการแก้ปัญหา การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้มาคิดต่อยอดอย่างสร้างสรรค์ เพื่อนำมาซึ่งผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่มีความทันสมัย สอดคล้องกับโลกในยุคปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุดกัญญา ปานเจริญ และคณะ¹⁵ ศึกษาปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลผลการศึกษาพบว่า ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม มีปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้คือ พฤติกรรมการเรียน แรงจูงใจในการเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้แบบตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อน กิจกรรมนักศึกษา สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ และบรรยากาศการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

ทักษะ 3R อ่านออก เขียนได้ และคณิตศาสตร์อยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า ทักษะด้านการอ่านออกเขียนได้ นอกจากภาษาไทย ยังมีภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่สอง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลได้มีการฝึกทักษะโดยมีการจัดการเรียนการสอนในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป ทั้งรายวิชาภาษาอังกฤษเลือก และรายวิชาภาษาอังกฤษบังคับให้กับนักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ ฝึกการอ่าน และการเขียนอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อพิจารณารายชื่อแล้วพบว่า ทักษะการอ่านออกเสียงภาษาอังกฤษได้ใกล้เคียงกับเจ้าของภาษา การอ่านบทความหรือหนังสือภาษาอังกฤษแล้วจับใจความสำคัญได้ การอ่านภาษาอังกฤษแล้วถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจ ได้สาระตรงตามสิ่งที่อ่าน ยังอยู่ในระดับปานกลางทุกชั้นปี จึงทำให้มีทักษะด้านนี้อยู่ในระดับดี การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4 มีการสอดแทรกเนื้อหาให้เข้ากับในแต่ละรายวิชา เช่น ชั้นปีที่ 1 จะเป็นการพัฒนาทักษะด้านคณิตศาสตร์ผ่านรายวิชาทักษะชีวิตทางการเงิน ชั้นปีที่ 2 รายวิชาชีวสถิติและรายวิชาอื่นๆ รวมทั้งเริ่มมีการสอนการคำนวณ และการคำนวณอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำให้นักศึกษาพยาบาลฯ ถูกฝึกฝนคณิตศาสตร์อยู่เสมอ นักศึกษาพยาบาลจึงเกิดการเรียนรู้ การจดจำผ่านการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติซ้ำๆ ส่งผลให้ทักษะรายชื่อดังคณิตศาสตร์อยู่ระดับดี สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไค์ควรมีการจัดให้ผู้เรียนได้มีโอกาสในการฝึกฝนหรือทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การเรียนรู้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด¹⁶ และการฝึกหัดกระทำซ้ำบ่อยๆ ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้ได้นาน และเมื่อเกิดความเข้าใจหรือเรียนรู้แล้วนำสิ่งที่เรียนรู้นั้นไปใช้บ่อยๆ จะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร¹⁷

ผลการเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลฯ ในแต่ละชั้นปีพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีทักษะการเรียนรู้ อยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องจากนักศึกษาในชั้นปีสุดท้ายได้ผ่านการส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ผ่านการเรียนการสอนในหลากหลายหัวข้อ ซึ่งมีวิธีการเรียน การสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน ในวิชาชีพการพยาบาลควบคู่กันไป จึงทำให้มีการเพิ่มทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เกือบทุกด้าน สอดคล้องกับ การศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ¹⁴ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ แห่งศตวรรษที่ 21 สูงกว่าทุกชั้นปี นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีทักษะการเรียนรู้ อยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องจาก นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีการจัดการเรียนการสอนหมวดวิชาทั่วไป ซึ่งเป็นหมวดวิชาที่เน้นส่งเสริมและมีมุมมอง ที่กว้างไกลมากขึ้น เป็นวิชาที่มีความหลากหลาย และต่อจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษา ประกอบกับ นักศึกษาสามารถเลือกเรียนได้ตามความสนใจ จึงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของ บุคคล จึงทำให้มีการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 มีทักษะการเรียนรู้ อยู่ ในระดับดี อาจเนื่องจากอยู่ในช่วงแพร่ระบาดของสถานการณ์โควิด 19 ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนใน หลักสูตรมีรูปแบบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้ผสมผสานในรูปแบบ ออนไลน์ (online) และ ณ ที่ตั้ง (on-site) เป็นส่วนใหญ่ จึงอาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเรียนการสอนใน ประเด็นของจุดเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์การเรียน ความมีวินัยของนักศึกษาต่อการเรียน สอดคล้อง กับการศึกษาของธนภัสสร สนธิรักษ์ และคณะ¹⁸ พบว่า มิติรูปแบบการเรียนการสอนภาษาอังกฤษในยุควิถี ชีวิตใหม่ต้องอาศัยความมีวินัยในการเรียน และต้องมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่เหมาะสมระหว่างเรียน จุดเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร ซึ่งบางครอบครัวไม่สามารถสนับสนุนบุตรหลานของตนเองได้อย่าง เพียงพอ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาเกิดขึ้น และเมื่อพิจารณารายชื่อจะพบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการ เรียนรู้ทักษะด้านการอ่านออก เขียนได้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 น้อยกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 อธิบาย ได้ว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 อาจเพิ่มการเรียนการสอน ผ่านการทบทวนในรายวิชาภาษาอังกฤษใหม่ๆ จึงยัง สามารถจดจำสิ่งที่เพิ่งเรียนรู้ผ่านมาได้ ทำให้มีทักษะการเรียนรู้มากกว่า และอาจเนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 อยู่ในช่วงของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลัก อาจมีข้อจำกัดในการนำภาษาอังกฤษไปใช้อย่างต่อเนื่อง เป็นประจำจนเกิดทักษะ แต่อย่างไรก็ตามนักศึกษามีโอกาสได้ฝึกฝนการใช้ภาษาอังกฤษโดยการใช้ ศัพท์เทคนิคด้านการแพทย์ และมีโอกาสได้ให้บริการผู้รับบริการต่างชาติอยู่บ้าง สอดคล้องกับ Baddeley & Hitch¹⁹ กล่าวว่าทฤษฎีความจำขณะปฏิบัติการในส่วนของระบบเก็บจำด้านภาษา ข้อมูลเกี่ยวกับเสียง ความสามารถในการจดจำขึ้นอยู่กับกระบวนการชักซ้อม ทวนซ้ำข้อมูลนั้น หากขาดการทบทวนข้อมูลเหล่านี้ จะค่อย ๆ ลืมเลือน การจัดให้ผู้เรียนได้มีโอกาสในการฝึกฝนหรือทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด¹⁶ และการฝึกหัดกระทำซ้ำบ่อยๆ ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้ได้นานและเมื่อเกิดความเข้าใจ หรือเรียนรู้แล้วนำสิ่งที่เรียนรู้นั้นไปใช้บ่อยๆ จะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ไม่ได้แปรผันตรงตามชั้นปี จึงควรนำผลการวิจัยสู่การจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพนักศึกษาให้สอดคล้องกับการพัฒนาทักษะให้เหมาะสมกับนักศึกษาในแต่ละชั้นปี ทั้งกิจกรรมในหลักสูตรและเสริมหลักสูตร เพื่อส่งเสริมทักษะให้คงอยู่และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

2. ผลการวิจัยพบว่า ทักษะด้านการอ่านออก เขียนได้ ภาษาอังกฤษของนักศึกษาลดลงแปรผันตามรายวิชาที่เรียน และการใช้งานภาษาอังกฤษที่ลดลง ดังนั้นจึงควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพด้านภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็นทักษะที่มีความจำเป็นต่อการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลและการปฏิบัติงานในวิชาชีพในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ต้องขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือ ระเบียบวิธีวิจัย ขอบคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Noimala W. The essential work skills of the 21st century. Ratanabuth Journal. 2021;3(1):45-57. (in Thai)
2. Phaeno S. (2023). Factors influencing the 21st century learning skills among nursing students in Borommarajonani College of Nursing Suratthani. JHRI. 2023;6(1):1-14. (in Thai)
3. Onsri P. The instructor's role towards 21st century learning skills. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;16(3):8-13. (in Thai)
4. Kunaviktikul W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. Nursing J. 2015;42(2):152-156. (in Thai)
5. Trilling B, Fadel C. 21st century skills: Learning for life in our times. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2009.
6. Yamane T. Statistic an introductory analysis 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
7. Lemeshow S, Howmer Jr DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 1990.

8. Best J. Research in education. New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
9. Suwannakeeree W. Factors correlated with 21st century learning skills of nursing students, Naresuan University. JHNR. 2019;13(1):89-98. (in Thai)
10. Thasaneesuwan S. Twenty first century learning skills and satisfaction with active learning in the subject of nutrition therapy as perceived by nursing students, Prince of Songkla University. TRC Nurs J. 2022;15(1):235-249. (in Thai)
11. Chantra R. Learning skills in 21st century of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. SCNJ. 2017;4(1):180-190. (in Thai)
12. Chaikongkiat P. 21st century learning skills of nursing students: A survey research in Yala. SCNJ. 2019; 6(1):112-120. (in Thai)
13. Sawangket A. Twenty first century skills of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. TJN. 2020;69(4):31-39. (in Thai)
14. Turner K. Twenty first century skills of nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. NJPH. 2015;25(2):178-193. (in Thai)
15. Pancharern S. Learning factors affecting the development of 21st century skills of nursing students. J Hlth Sci Res. 2020;14(1):1-10. (in Thai)
16. Thorndike EL. Educational psychology. New York: Columbia University; 1913.
17. Wonganuroj P. Educational psychology. Bangkok. Bangkok Office of Learning Encouragement. 2021. (in Thai)
18. Sonthirak T. Dimension of English teaching and learning styles in the new normal. JMHR. 2022;8(1):413-432. (in Thai)
19. Baddeley, Hitch GJ. Working memory. In Bower GH (Eds.). The psychology of learning and motivation. New York: Academic Press; 1974.

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลด่านช้าง

สุพรรณษา รุ่งเรือง* พย.บ.

นันทา สุนทรวิภาต** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงการบรรยายแบบศึกษาไปข้างหน้า เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด่านช้าง จำนวน 96 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71, .83 และ .71 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.50) เจตคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.0) (Mean = 4.74, SD = 0.31) และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.65, SD = 0.34) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม มีการปฏิบัติมากที่สุด (Mean = 4.86, SD = 0.27) รองลงมาคือ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม และด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (Mean = 4.64, SD = 0.35; Mean = 4.57, SD = 0.35) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรู้, เจตคติ, การปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง, E-mail: maysupansa2736@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 ธันวาคม 2566 วันตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2566

Knowledge Attitudes and Practices of Standard Precaution among Registered Nurse in Danchang Hospital

Supansa Rungrueang* B.N.S.

Nunta Sunthonwipat** B.N.S.

Abstract:

The purposes of this descriptive cohort study were to study knowledge, attitude, and practice of standard precaution among registered nurses at Danchang Hospital. Data were collected from 96 registered nurses working at Danchang Hospital, using purposive selection method. The instruments were the demographic data, knowledge of standard precaution, attitude of standard precaution, and practice of standard precaution. The internal consistency reliability was tested by Cronbach's alpha and found as .71, .83, and .71 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. The results of this study revealed that the average score of knowledge of standard precaution was high level (62.50%). The attitude of standard precaution was high level (100%) and mean score was high (Mean = 4.74, SD = 0.31). In addition, the mean score of the practice of standard precaution was high level (Mean = 4.65, SD = 0.34). The aspect of the practice of standard precaution that had high mean score including sanitary and environmental management (Mean = 4.86, SD = 0.27), using appropriate protective equipment (Mean = 4.64, SD = 0.35), and personal hygiene (Mean = 4.57, SD = 0.35) respectively.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Practices of standard precaution

* Corresponding author, Expert Professional Nurse, Nursing Service Department, Danchang Hospital, E-mail: maysupansa2736@gmail.com

** Expert Professional Nurse, Nursing Service Department, Danchang hospital

Received October 19, 2023, Revised December 14, 2023, Accepted December 15, 2023

ความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากข้อมูลศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) พบว่า 1 ใน 25 ราย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลติดเชื้ออันเป็นผลมาจากการดูแลที่ได้รับ ผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 75,000 รายต่อปีจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 11 วัน ต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง¹ ในแต่ละปีประเทศไทยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมหาศาล การติดเชื้อในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดความพิการและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ในปัจจุบันปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อเกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ที่ดื้อต่อยาต้านจุลินทรีย์หลายชนิด รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ อุตุนิษฐ์² อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ก็มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคโดยไม่รู้ตัว ซึ่งผ่านการสัมผัสโรคกับผู้ป่วยโดยตรง^{3,4}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือได้รับการแพร่กระจายเชื้อโรคจากผู้ป่วยในขณะปฏิบัติงาน ขาดความรู้ และการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น จากการศึกษาของประภัสสร เดชศรีและคณะ⁵ พบว่า ความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลินทรีย์หลายขนานก่อนได้รับกลยุทธ์ส่งเสริมอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติงานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลินทรีย์หลายขนาน โดยเฉพาะเรื่องการทำความสะอาดมือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเพียงร้อยละ 31.10 และจากการศึกษาของอรุณี นาประดิษฐ์⁶ พบว่า ความรู้เรื่องหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.85) นอกจากนี้จากการศึกษาของ मुखพล ปุณภพ และคณะ⁷ พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการแยกผู้ป่วยแบบสัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสคัดหลังเพียง ร้อยละ 59.00 (เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การเจาะเลือด การฟอกไต การดูดเสมหะ การเช็ดตัว) ขณะที่เจตคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก เช่น จากการศึกษาของอรุณี นาประดิษฐ์⁶ พบว่า ทศนคติเรื่องหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 90.57) สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ชิดวิสัย⁸ พบว่า ทศนคติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลราชบุรีอยู่ในระดับดี ดังนั้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานที่ดี

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลด่านช้าง เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงทำการศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom et al.⁹ และได้รับการปรับปรุงจาก Anderson and Krathwohl¹⁰ ได้กล่าวถึงแบบจำลองความรู้ (knowledge) เจตคติ (attitude) และทักษะการปฏิบัติ (practice) หรือเรียกว่า แบบจำลอง “KAP” กล่าวว่าเป็นการให้ความรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติที่จะ

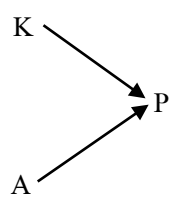
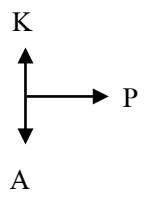
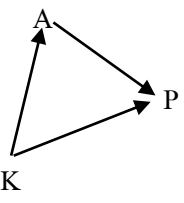
นำไปสู่การปฏิบัติของบุคคล การเปลี่ยนแปลง ความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เกิดความรู้ เมื่อความรู้เกิดขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อและเจตคติ จนเกิดการยอมรับและยินดีที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับส่งเสริม และป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลด่านช้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom et al.⁹ และได้รับการปรับปรุงจาก Anderson and Krathwohl¹⁰ ได้กล่าวถึงแบบจำลองความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติ หรือเรียกว่า แบบจำลอง “KAP” กล่าวว่าการให้ความรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติจะนำไปสู่การปฏิบัติของบุคคล การเปลี่ยนแปลง ความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง¹¹ แบบจำลองของ KAP มี 4 รูปแบบ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติ ดังนี้ (ภาพที่ 1)

รูปแบบ	คำอธิบาย	รูปแบบ	คำอธิบาย
รูปแบบที่ 1 $K \leftrightarrow A \leftrightarrow P$	ความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดเจตคติ (A) ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (P) โดยมีเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ คือ เจตคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามเจตคตินั้น	รูปแบบที่ 3 	ความรู้ (K) และเจตคติ (A) ต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติ (P) โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน
รูปแบบที่ 2 	ความรู้ (K) และเจตคติ (A) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและทำให้เกิดการปฏิบัติ (P) ตามมา	รูปแบบที่ 4 	ความรู้ (K) มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม มีเจตคติ (A) เป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้ นั้น หรือความรู้มีผลต่อเจตคติก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้น เป็นไปตามเจตคติ

ภาพที่ 1 รูปแบบจำลองของ KAP

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบที่ 1 โดยตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective study)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงทั้งหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด่านช้าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด่านช้าง ณ หอผู้ป่วยในชั้น 3 หอผู้ป่วยในชั้น 4 ตึกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ตึกพิเศษบรรเทาเจ็บปวด ตึกคลอด ตึกผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัดและวิสัญญี หน่วยไตเทียม และเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวนทั้งหมด 96 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ เพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงาน ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงทั้งหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ดูแลรักษาพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลกลุ่มงานประกันสุขภาพ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน หอผู้ป่วย ตำแหน่ง วิชาการ และประวัติการเข้ารับการอบรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อรุณี นาประดิษฐ์⁶ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ มีจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน แปลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 0-5 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ 6-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ 11-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง มีค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-richardson formula 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อรุณี นาประดิษฐ์⁶ เป็นข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating's scale) จากคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 15-35 คะแนน หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับต่ำ 36-55

คะแนน หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และ 56-75 คะแนน หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับสูง มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .83

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อรุณี นาประดิษฐ์⁶ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุที่จะนำไปสู่การติดเชื้อ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และด้านการจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating's scale) จากคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง แปลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 25-58 คะแนน หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับต่ำ 59-92 คะแนน หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และ 93-125 คะแนน หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับสูง มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 25/2566 COA No. 17/2566 กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการปฏิบัติงาน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์การส่งเสริมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานต่างๆ ตามที่ผู้วิจัยระบุไว้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลว่ามีกระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้ Study ID แทน การนำเสนอข้อมูลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อพยาบาลหน่วยต่างๆ ลงนามยินดีเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ตอบคำถามในแบบสอบถามได้อย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยใช้เวลา 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลด่านช้าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.83) อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 39.58) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31-40 ปี และช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 27.08, 22.92) ตามลำดับ มากกว่าครึ่งปฏิบัติงานใน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 55.21) รองลงมาคือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 44.79) โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในช่วง 10-39 ปี (ร้อยละ 55.21) รองลงมาคือ 1-2 ปี และ 5-7 ปี (ร้อยละ 13.54, 12.50) ตามลำดับ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในชั้น 3 มากที่สุด (ร้อยละ 19.78) รองลงมาคือ หอผู้ป่วยในชั้น 4 (ร้อยละ 15.62) และตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และตึกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 13.54, 13.54) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผ่านการเข้ารับการอบรม (ร้อยละ 94.79)

ระดับความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.50) และอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกราย (ร้อยละ 100.00) มีความรู้ในเรื่อง การเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อเป็นวิธีการที่ครอบคลุมทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม และภาชนะใส่ผ้าเปื้อนครบแข็งแรง ไม่มีการรั่วไหลของสารเหลวและมีป้ายติดชัดเจน (ร้อยละ 100.00, 100.00) ตามลำดับ รองลงมาคือ เมื่อถูกสารคัดหลั่ง กระเด็นเข้าตา สิ่งแรกที่ปฏิบัติคือ การล้างตาด้วยน้ำสะอาดและรายงานหัวหน้าเวรทราบ และการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการดูแลสุขภาพบุคลากร (ร้อยละ 98.96, 98.96) ตามลำดับ และการติดเชื้อในโรงพยาบาลสามารถเกิดได้กับทุกหน่วยงาน (ร้อยละ 93.75) และข้อที่มีคะแนนความรู้ต่ำสุดคือ การสวมผ้า กันเปื้อนอย่างเดียวสำหรับการล้างเครื่องมือที่ใช้แล้วก็เพียงพอ (ร้อยละ 19.79) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน (รายข้อ)
(n = 96)

ข้อที่	หัวข้อ	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1	หลักการของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือ ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน	81	84.38
2	การเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ เป็นวิธีการที่ครอบคลุมทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม	96	100.00
3	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือ alcohol hand rub ทำในกรณีก่อนและหลังใส่ถุงมือ และเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป	81	84.38
4	การล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ ทำในกรณีล้างสิ่งสกปรกและเชื้อโคลนบนมือออก	47	48.96
5	การสวมถุงมือเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยผ่านมือของบุคลากรสู่ผู้อื่น	61	63.54
6	การทำความสะอาดพื้นหอผู้ป่วย ควรกวาดด้วยไม้กวาดและถูเปียก	71	73.96
7	ขยะภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ และขยะรีไซเคิล	68	70.83
8	เมื่อเลือดปนบนพื้น ต้องใช้กระดาษเช็ดเลือดออก แล้วราดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ	69	71.88
9	การทำความสะอาดเตียง เสาเตียง รถเข็น ควรเช็ดด้วยน้ำผสมผงซักฟอก	67	69.79
10	เมื่อถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา สิ่งแรกที่ปฏิบัติคือ การล้างตาด้วยน้ำสะอาด และรายงานหัวหน้าเวรทราบ	95	98.96
11	การสวมผ้าเปื้อนอย่างเดียวสำหรับการล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว ก็เพียงพอแล้ว	19	19.79
12	เชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการแพร่กระจายทางอากาศมากที่สุด	62	64.58
13	ภาชนะใส่ผ้ากันเปื้อน ควรแข็งแรง ไม่มีการรั่วไหลของสารเหลวและมีป้ายติดชัดเจน	96	100.00
14	การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการดูแลสุขภาพบุคลากร	95	98.96
15	การติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถเกิดได้กับทุกหน่วยงาน	90	93.75

เจตคติต่อการป้องกันแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับเจตคติต่อการป้องกันแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.00) (Mean = 4.74, SD = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีความสำคัญและมีประโยชน์สูงสุด (Mean = 4.93, SD = 0.30) รองลงมาคือ บุคลากรทุกคนต้องมีความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นหน้าที่ของทุกคน (Mean = 4.83, SD = 0.43; Mean = 4.83, SD = 0.37) ตามลำดับ และเมื่อพบการติดเชื้อต้องรายงานและดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว และบุคลากรควรได้รับการพัฒนาความรู้เป็นประจำทุกปีและการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวัง (Mean = 4.81, SD = 0.39; Mean = 4.81, SD = 0.39) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่ำสุดคือ เรื่องหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้การทำงานสะดวกขึ้น (Mean = 4.47, SD = 0.07) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการป้องกันแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน (รายข้อ) (n = 96)

ข้อที่	หัวข้อ	M	SD	ระดับ
1	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีความสำคัญและมีประโยชน์	4.93	0.30	สูง
2	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อช่วยลดภาระงานในการดูแลผู้ป่วย	4.56	0.66	สูง
3	เมื่อพบการติดเชื้อ ต้องรายงานและดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว	4.81	0.39	สูง
4	บุคลากรทุกคนต้องมีความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.83	0.43	สูง
5	การอบรม ช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพยิ่งขึ้น	4.65	0.52	สูง
6	ความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้ หากท่านไม่ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ	4.76	0.43	สูง
7	บุคลากรควรได้รับการพัฒนาความรู้เป็นประจำทุกปี	4.81	0.39	สูง
8	หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้การทำงาน สะดวกขึ้น	4.47	0.70	สูง
9	ความรู้สึกรักภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.61	0.51	สูง
10	ระบบงานนี้สามารถนำไปใช้กับทุกคนในหน่วยงาน	4.71	0.48	สูง
11	การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวัง	4.81	0.39	สูง
12	บุคลากรใหม่ควรได้รับการปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงาน	4.79	0.41	สูง
13	การสนับสนุนจากผู้บริหาร มีความสำคัญต่อการดำเนินการ	4.80	0.47	สูง
14	การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นหน้าที่ของทุกคน	4.83	0.37	สูง
15	ท่านยินดีที่จะให้คำแนะนำเพื่อนร่วมงาน	4.77	0.42	สูง
โดยรวม		4.74	0.31	สูง

การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน

ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.65, SD = 0.34) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมมีการปฏิบัติมากที่สุด (Mean = 4.86, SD = 0.27) รองลงมาคือ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม (Mean = 4.64, SD = 0.35) และด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (Mean = 4.57, SD = 0.35) ตามลำดับ ขณะที่ด้านที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (Mean = 4.52, SD = 0.40) (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม พบว่า การปฏิบัติเมื่อสงสัยว่าถุงมือขาดหรือรั่วจะเปลี่ยนถุงมือทันที ปฏิบัติมากที่สุด (Mean = 4.92, SD = 0.31) รองลงมาคือ การสวมถุงมือเมื่อมือมีบาดแผล (Mean = 4.80, SD = 0.63) ขณะช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกัน (Mean = 4.74, SD = 0.46) ตามลำดับ ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การสวมแว่นตาหรือหน้ากากป้องกันทุกครั้ง (Mean = 4.14, SD = 0.80)

ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่า การปฏิบัติการทำความสะอาดมือทันทีหลังถอดถุงมือ ปฏิบัติมากที่สุด (Mean = 4.90, SD = 0.31) รองลงมาคือ การล้างมือก่อนและหลังจากการเข้าห้องน้ำ (Mean = 4.80, SD = 0.43) และการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย (Mean = 4.77, SD = 0.45) ตามลำดับ ขณะที่ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การทดสอบการรั่วของถุงมือสะอาดก่อนใช้ทุกครั้ง (Mean = 3.86, SD = 1.13)

ด้านการจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม พบว่า การแยกเครื่องมือที่มีคมออกจากเครื่องมืออื่นปฏิบัติมากที่สุด (Mean = 4.92, SD = 0.28) รองลงมาคือ การถอดถุงมือที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วลงในถังขยะติดเชื้อ และการทิ้งขยะติดเชื้อในภาชนะที่จัดไว้เฉพาะ (Mean = 4.91, SD = 0.46; Mean = 4.91, SD = 0.29) ตามลำดับ และการแยกผ้าเปื้อนเลือดก่อนทิ้งลงภาชนะรองรับ (Mean = 4.89, SD = 0.32) ตามลำดับ ขณะที่ที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติต่ำสุดคือ การแยกแช่เครื่องมือที่เปื้อนออกจากเครื่องมืออื่นๆ (Mean = 4.66, SD = 0.79)

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า การรายงานผู้บังคับบัญชาทราบทันทีเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อกับผู้ป่วยบริการทุกรายปฏิบัติมากที่สุด (Mean = 4.84, SD = 0.42; Mean = 4.84, SD = 0.39) ตามลำดับ รองลงมาคือ การระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลขณะปฏิบัติงาน (Mean = 4.80, SD = 0.55) การหลีกเลี่ยงการใช้มือเปล่าเก็บหลอดแก้วใส่เลือดที่ตกแตก (Mean = 4.75, SD = 0.71) ตามลำดับ ขณะที่ที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติต่ำสุด และอยู่ในระดับปานกลางคือ การไม่สวมปลอกเข็มกลับคืนหลังจากใช้งาน (Mean = 3.14, SD = 1.72)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน (n=96)

การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน		จำนวน (n=96)		
		M	SD	ระดับ
ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม		4.64	0.35	สูง
1	การสวมถุงมือสะอาดเมื่อทำกิจกรรมที่คาดว่าจะสัมผัสเลือด	4.61	0.65	สูง
2	การสวมผ้าปิดปากและจมูก เมื่อคาดว่าจะมีการกระเด็น	4.67	0.80	สูง
3	การสวมแว่นตาหรือหน้ากากป้องกันทุกครั้ง	4.14	0.80	สูง
4	ขณะช่วยเหลือผู้ป่วยช่วยหายใจ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกัน	4.74	0.46	สูง
5	การสวมถุงมือเมื่อมือมีบาดแผล	4.80	0.63	สูง
6	การสวมอุปกรณ์ป้องกันครบทุกอย่างเมื่อล้างเครื่องมือ	4.60	0.67	สูง
7	เมื่อสงสัยว่าถุงมือขาด หรือรั่วจะเปลี่ยนถุงมือทันที	4.92	0.31	สูง
ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล		4.57	0.35	สูง
8	การทดสอบการรั่วของถุงมือสะอาด ก่อนใช้ทุกครั้ง	3.86	1.13	สูง
9	การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย	4.77	0.45	สูง
10	การทำความสะอาดมือทันที หลังถอดถุงมือ	4.90	0.31	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน (n=96) (ต่อ)

การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน	จำนวน (n=96)		
	M	SD	ระดับ
11 การล้างมือก่อนและหลังจากการเข้าห้องน้ำ	4.80	0.43	สูง
12 การใช้ alcohol hand rub ถูมือแทนการล้างมือ	4.35	0.70	สูง
13 การได้รับการตรวจสอบภาพประจำ	4.76	0.45	สูง
ด้านการจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม	4.86	0.27	สูง
14 การแยกแยะเครื่องมือที่เปื้อนออกจากเครื่องมืออื่นๆ	4.66	0.79	สูง
15 การแนะนำญาติให้นำขยะที่เปื้อนสารคัดหลั่งทิ้งในถังขยะติดเชื้อ	4.86	0.34	สูง
16 การทิ้งขยะติดเชื้อในภาชนะที่จัดไว้เฉพาะ	4.91	0.29	สูง
17 การแยกผ้าเปื้อนเลือด ก่อนทิ้งลงภาชนะรองรับ	4.89	0.32	สูง
18 การถอดถุงมือที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วลงในถังขยะติดเชื้อ	4.91	0.46	สูง
19 การแยกเครื่องมือที่มีคม ออกจากเครื่องมืออื่น	4.92	0.28	สูง
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	4.52	0.40	สูง
20 การวางอุปกรณ์การแพทย์ที่มีคมบนภาชนะแทนการส่งให้โดยตรง	4.72	0.56	สูง
21 การหลีกเลี่ยงการใช้มือเปล่าเก็บหลอดแก้วใส่เลือดที่ตกแตก	4.75	0.71	สูง
22 การไม่สวมปลอกเข็มกลับคืนหลังจากใช้งาน	3.14	1.72	ปานกลาง
23 การระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลขณะปฏิบัติงาน	4.80	0.55	สูง
24 การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อกับผู้ป่วยบริการทุกราย	4.84	0.39	สูง
25 การรายงานผู้บังคับบัญชาทราบทันทีเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	4.84	0.42	สูง
โดยรวม	4.65	0.34	สูง

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. **ระดับความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน** พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลด่านช้าง มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.50) อาจเนื่องมาจากการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรงพยาบาลด่านช้าง ได้ดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีแผนการปฏิบัติงานประจำปี ได้แก่ การปฐมนิเทศ การอบรมฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการประจำปี การนิเทศงาน การส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกวดนัดตรวจงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กิจกรรมล้างมือ ICWN round ภายในหน่วยงานทุกเดือน และการเดินตรวจสอบ (walk round) โดยทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทุก 3 เดือน เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ เฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีป้ายสื่อสารและสื่อความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

ด้านข้างมีความตระหนักและตื่นตัวในการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์อยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ชิตวิสัย⁶ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับ ประภัศร เดชศรี และคณะ⁷ พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มสูงขึ้นหลังได้รับกลยุทธ์หลากหลายวิธีในการให้ความรู้ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลด้านข้างมีความรู้ที่น้อยที่สุดในเรื่อง การสวมผ้าเปื้อนอย่างเดียวยสำหรับการล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล ไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงในการล้างเครื่องมือ ทำให้ขาดความรู้ในเชิงลึก อย่างไรก็ตาม พยาบาลทุกคนมีหน้าที่เป็นทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้นิเทศ และสอนงานแก่เจ้าหน้าที่ระดับรอง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของตน จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้มีความรู้ที่ถูกต้อง

2. ระดับเจตคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลด้านข้างทุกรายมีระดับเจตคติระดับสูง (ร้อยละ 100.00) อาจเนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลด้านข้างมีความเชื่อและตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยหรือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเอาใจใส่ในหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของมยุพล ปุณภพ และคณะ⁷ พบว่า เจตคติของพยาบาลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิศ บุญร่วม และคณะ¹² พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ระดับเจตคติที่น้อยที่สุดคือ เรื่องหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้การทำงานสะดวกขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลยังขาดความตระหนักถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อตนเอง ในกลุ่มที่ปฏิบัติงานมานานๆ เกิดความเคยชิน ละเลยต่อมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งมีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป หรือมาจากภาระงานที่เร่งรีบจนขาดการปฏิบัติในบางขั้นตอน ขาดการพัฒนาความรู้จากการเข้ารับการอบรมที่ครบถ้วน การเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาลในหน่วยงานโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ยังไม่สามารถปฏิบัติได้

3. ระดับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลด้านข้าง มีระดับการปฏิบัติในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากตามแนวคิดของ Bloom et al.⁹ อธิบายว่าความรู้ส่งผลให้เกิดเจตคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ โดยมีเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติจากการศึกษาคั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลด้านข้าง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ชิตวิสัย⁶ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำเกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี และสอดคล้อง

กับการศึกษาของ อรุณี นาประคิษฐ์ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลการปฏิบัติตามหลักการป้องกันแพร่กระจายเชื้อในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลงานวิจัยไปใช้

1) ด้านความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงานพบว่า การสวมผ้ากันเปื้อนอย่างเดียวยังไม่เพียงพอสำหรับการล้างเครื่องมือที่ใช้แล้วเป็นข้อที่คะแนนน้อยที่สุด ควรมีการจัดอบรมในเรื่อง การใช้ อุปกรณ์ป้องกันสำหรับล้างเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือมีการนิเทศดูงาน บริเวณหน่วย central supply

2) ด้านการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน การปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือการไม่สวมปลอกเข็มกลับคืนหลังจากใช้งาน ควรมีการส่งเสริมความรู้ อธิบายถึงผลเสียหากเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ เพื่อให้เกิดเจตคติที่ดี ส่งผลถึงการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งการจัดหาภาชนะทิ้งเข็มให้เพียงพอ

3) ผู้บริหารควรกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรม การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกปี สม่ำเสมอ การเข้านิเทศหน้างานอย่างต่อเนื่อง และเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งเปรียบเทียบการปฏิบัติระหว่างผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสูงและการแพร่กระจายเชื้อต่ำ เพื่อทราบถึงความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เดชา พงษ์สุพรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ซึ่งสนับสนุนโครงการพัฒนาทักษะการนำเสนอผลงานทางวิชาการ กลุ่มงานการพยาบาล ปี 2566 และขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ วรอรุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และ ดร. ธิปัทสน์ ชินดาปัญญากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขข้อบกพร่องอันเป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic resistance threats in the United States. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2019.
2. Unalekhaka A. Surveillance and outbreak investigate of hospital associated infections. Chiangmai: Mingmuangnawarat Publishing; 2013. (in Thai)
3. Haque M, Sartelli M, McKimm J, Abu Bakar M. Health care-associated infections-An overview. *Infect Drug Resist* 2018;11:2321-33. doi:10.2147/IDR.S177247
4. Magill SS, O'Leary E, Janelle SJ, Thompson DL, Dumyati G, Nadle J, et al. Changes in prevalence of health care-associated infections in U.S. hospitals. *N Engl J Med* 2018;379(18):1732-44. doi:10.1056/NEJMoa1801550
5. Detsri P, Kasatpibal N, Viseskul N. Effects of multimodal strategies on knowledge and practices for prevention of multidrug-resistant organisms' transmission among nurses, semi-critical care unit, regional hospital. *Nursing Journal* 2021;48(3):154-66. (in Thai)
6. Napradit A. Knowledge attitudes and practices of standard precaution among personnel. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2016;47(2):133-42. (in Thai)
7. Punpop M, Malathum P, Malathum K. A comparison of adherence rates to guidelines for contact precautions between healthcare workers performing low-risk and high-risk activities for body fluid exposure to patients with multidrug-resistant organisms. *Rama Nurs J* 2022;28(3):385-99. (in Thai)
8. Chidvilay S. Knowledge attitudes and behaviors related to the prevention and control of infection in hospitals nursing profession Ratchaburi. [thesis]. Silpakorn University; 2013. (in Thai).
9. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. A taxonomy of educational objectives: Handbook I the cognitive domain. Longman, Green Co.: New York.; 1956.
10. Anderson LW, Krathwohl DR. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Addison Wesley Longman; 2001.
11. Schwartz DJ. Implications for personnel measurement. *Personal Psychology* 1976;29:521-6.
12. Bunruam C, Unahalekhaka A, Lertwatthanawilat W. Factors predicting practices in prevention of drug resistant organism transmission among registered nurses in regional hospitals. *Nursing Journal* 2020;47(2):133-42. (in Thai)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง:

การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่

สุวีพร สีนสุภาวงศ์* พย.บ.

สิริพร สรหงษ์** พย.บ.

สุพรรณิ นุชสงคี** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสืบย้อนแบบจับคู่ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูที่หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับ กลุ่มละ 33 คน มาทำการศึกษาโดยการเลือกตัวอย่างจับคู่ แบบ 1:1 เครื่องมือวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติทดสอบ Chi-square test ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนและคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดนมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ดัชนีมวลกายและระดับอัลบูมิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดนและจำนวนวันนอน สามารถร่วมกันทำนายการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญได้ร้อยละ 53.60 (Cox & Snell $R^2 = .54$) โดยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญได้ 0.54 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: แผลกดทับ, ปัจจัยที่ส่งผล, แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง,

E-mail: Mooksuree1969@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 ธันวาคม 2566 วันตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2566

Factors Affecting Pressure Injury in General Ward at Danchang Hospital: Retrospective Case Control Study

Sureeporn Sinsupang B.N.S.*

*Siriporn sorahong** B.N.S.*

*Supanee Nuchsongdee** B.N.S.*

Abstract:

This retrospective case control study aimed to investigate the factors affecting pressure injury among patients hospitalized in the general ward at Danchang Hospital from 1st January 2020 to 31st December 2022. The sample were purposive selected and divided into 2 groups (n = 33) including patients with and without pressure injury stage 2. Matched pair 1:1 approach was conducted. The research instruments were the personal data record form and Braden scale to assess the risk of pressure injury which its reliability was 0.77. Data were analyzed using descriptive and Chi-square test statistics. The results indicated that length of stay at hospital and the risk of pressure injury score were associated with the pressure injury at the level of .05 (p =.000). In addition, body mass index and albumin level were not statistically significant with pressure injury. Predicting factors of pressure injury risk were the Braden scale score and length of stay at hospital. These two factors explained 53.60% of total variances of pressure injury (Cox & Snell $R^2 = .54$). Furthermore, the Braden scale score predicted 0.54 time of having pressure injury among patients hospitalized in the general ward (p < .05).

Keywords: Pressure injury, Factors affecting, Braden Scale for predicting pressure injury risk

**Corresponding author, Expert Professional Nurse, Head Nurse of General Ward, Department of Nursing Service, Danchang Hospital,*

E-mail: Mooksuree1969@gmail.com

***Expert Professional Nurse, General Ward, Department of Nursing Service, Danchang Hospital*

Received October 19, 2023, Revised December 14, 2023, Accepted December 15, 2023

ความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับ (pressure injury: PI) เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ สถานการณ์การเกิดแผลกดทับของต่างประเทศเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 2.20-23.90 ในผู้ป่วยระยะวิกฤติ (acute care) ร้อยละ 0.40-38.0 แตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 10.80-11.18 หรือคิดเป็นอัตราการเกิดแผลกดทับ 0.58-3.64 ต่อ 1,000 วันนอน² โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเป็นผู้สูงอายุ และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง การเสียชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแล

แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่หรือเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง มักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มีรอยขีดข่วนบางครั้งอาจรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดที่รุนแรงและ/หรือระยะเวลาที่ถูกกดนานร่วมกับแรงเสียด ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงเสียดขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนเลือด โรคร่วมแผลกดทับเกิดจากการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อเนื่องจากการขาดเลือดอันเป็นผลจากการถูกกดทับเป็นเวลานาน³ แผลกดทับแบ่งออกเป็น 4 ระดับ^{4,5} ได้แก่ ระดับ 1 ผิวหนังยังสมบูรณ์แต่ผิวหนังมีรอยแดง เมื่อประเมินโดยใช้นิ้วกดเบาๆ บริเวณผิวหนังแล้วรอยแดงนั้นไม่จางลง มักพบตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ ระดับ 2 ผิวหนังมีการสูญเสียถึงชั้น dermis โดยพื้นแผลแดงไม่มีเนื้อตายสีเหลือง ไม่เป็นรอยข้ำ อาจเป็นตุ่มน้ำพอง น้ำใสๆ หรือปนเลือดจางๆ ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมดคือชั้น epidermis และ dermis ไปจนถึง subcutaneous fat แต่ยังไม่ถึงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และอาจมีเนื้อตาย และระดับ 4 การสูญเสียผิวหนังทั้งหมดไปถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก อาจพบเนื้อตายสีเหลืองและ/หรือเนื้อตายสีดำแข็ง มีโพรงใต้ผิวหนังและช่องใต้ หรือคลำพบกระดูกและมี 2 ลักษณะ 1) deep tissue injury (DTI) ผิวหนังยังไม่ขีดข่วนหรือขีดข่วนแล้ว สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้ม หรือมีสีเลือดนกปน และ 2) unstageable/unclassified มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด พื้นผิวแผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย ทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลได้ จะสามารถระบุได้เมื่อกำจัดเนื้อตายออก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้แก่ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน⁶ ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) เกินมาตรฐานมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับมากกว่าคนที่ดัชนีมวลกายปกติมากกว่า 1.37 เท่า⁷ braden scale < 13 คะแนน และการระคายเคืองของผิวหนัง^{8,9} ในผู้ป่วยวิกฤตทางสัลยกรรมระบบประสาท มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดแผลกดทับคือ โรคร่วมเช่นเบาหวาน โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด^{10,11} การสูบบุหรี่ ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะช็อค ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และได้การรับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด^{9,12} ปัจจัยร่วมทำนายการเกิดแผลกดทับได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ความเปื่อยชื้นของผิวหนัง การเคลื่อนไหวร่างกายและแรงเสียดทานหรือแรงดึงรั้ง⁷

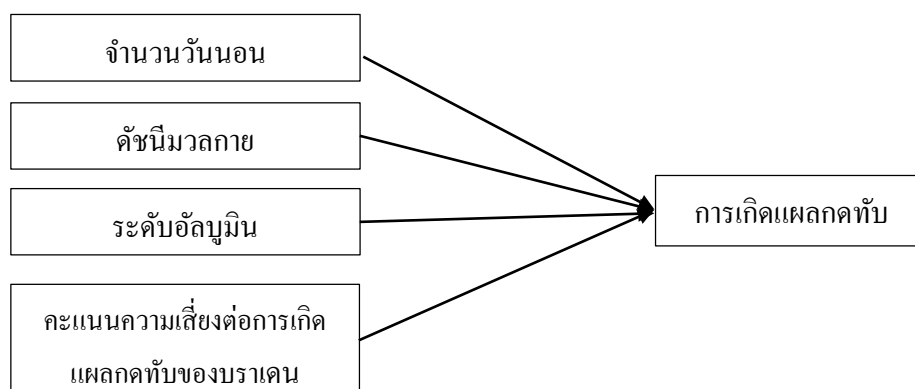
จากสถิติข้อมูลอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง ปีงบประมาณ 2563-2565 พบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับอัตรา 1.89, 0.78, 0.46 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการเกิดแผลกดทับยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดของหน่วยงาน (0 ต่อ 1,000 วันนอน) จากประเด็นการเกิดปัญหาของการเกิดแผลกดทับ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สบาย เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่และการติดเชื้อในกระแสเลือด การรักษายุ่งยากซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูงและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลร่วมด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน จำนวนวันนอน และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้แก่ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน⁶ ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับมากกว่าคนที่มีดัชนีมวลกายปกติ 1.37 เท่า⁷ braden scale < 13 คะแนน และการระคายเคืองของผิวหนัง^{8,9} ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดแผลกดทับคือ โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด^{10,11} การสูบบุหรี่ ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะช็อค ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และได้การรับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด^{9,12} ปัจจัยร่วมทำนายการเกิดแผลกดทับได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การเคลื่อนไหวร่างกายและแรงเสียดทานหรือแรงดึงรั้ง⁷ ดังนั้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย จำนวนวันนอน ดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสืบย้อนแบบจับคู่ (retrospective case control study)

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือที่หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือที่หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 มีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับ 2 จำนวนทั้งหมด 33 คน ดังนั้นผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 2 (มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนถึงชั้น dermis มีการฉีกขาดของผิวหนังเป็นแผลตื้นๆ สีแดงชมพู ไม่มีเนื้อตายสีเหลืองหรือสีขาว) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับ กลุ่มละ 33 คน มาทำการศึกษาโดยการเลือกตัวอย่างจับคู่ (matching) แบบ 1:1 โดยใช้ตัวแปรเพศ และอายุ (± 5 ปี) มีเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าและออกจากงานวิจัย ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าโครงการวิจัย

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เข้ารับการรักษาคือที่หอผู้ป่วยสามัญอย่างน้อย 2 วัน จนย้ายไปหอผู้ป่วยอื่นหรือกลับบ้าน
3. มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน (Braden Scale) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน กันไม่มีผื่นแดงหรือแผลกดทับก่อนเข้าร่วมวิจัย
4. ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับ 2 หลังนอนรักษาคืออย่างน้อย 2 วัน

เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1. ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับจากบ้าน
2. ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงต้องย้ายไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
3. ผู้ป่วยขอลอนตัวออกจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการเก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน และจำนวนวันนอน

ส่วนที่ 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึก ความเปียกชื้น กิจกรรม การเคลื่อนไหวโภชนาการ แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน ประเมินความเสี่ยงวันละครั้งโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .77⁶ ซึ่งมีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่

การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) 1 คะแนน คือ มีความจำกัดทั้งหมด ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เจ็บปวดเลยเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือได้รับยากล่อมประสาท 2 คะแนน คือ มีความจำกัดอย่างมาก ตอบสนองเฉพาะสิ่งกระตุ้นให้เจ็บปวดโดยแสดงอาการกระสับกระส่ายหรือร้องคราง แต่ไม่สามารถใช้คำพูดบอกได้ 3 คะแนน คือ มีความจำกัดเล็กน้อย ทำตามคำสั่งแต่ไม่สามารถบอกได้ทุกครั้ง

ถึงความไม่สุขสบายหรือความต้องการในการเปลี่ยนท่า 4 คะแนน คือ ไม่มีความบกพร่องทำตามคำสั่ง ระบบประสาทรับรู้สัมผัสไม่บกพร่อง บอกถึงความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายได้

ความเปียกชื้น (moisture) 1 คะแนน คือ เปียกชื้นตลอดเวลา ผิวหนังเปียกชื้นเกือบตลอดเวลาจากเหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ ฯลฯ 2 คะแนน คือ เปียกชื้นมาก ผิวหนัง มักจะเปียกชื้น ต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอนหรือเสื้อผ้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/วัน 3 คะแนน คือ เปียกชื้นเป็นบางครั้ง ผิวหนังเปียกชื้นเป็นบางครั้ง ต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอนหรือเสื้อผ้ามากกว่าปกติประมาณ 1 ครั้ง/วัน 4 คะแนน คือ เปียกชื้นน้อยมากโดยส่วนใหญ่ผิวหนังแห้ง เปลี่ยนผ้าปูที่นอนหรือเสื้อผ้าตามเวลาปกติ

กิจกรรม (activity) 1 คะแนน คือ นอนอยู่กับที่ตลอดเวลา นอนอยู่กับเตียงที่นอนตลอดเวลา 2 คะแนน คือ เดินไม่ได้ต้องนั่งเก้าอี้ ไม่สามารถทรงตัวขึ้นหรือเดินได้ ต้องมีคนช่วยเคลื่อนย้ายเพื่อนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น 3 คะแนน คือ เดินได้เป็นบางครั้ง เดินในระยะทางใกล้ๆ ได้เป็นครั้งคราวโดยมีหรือไม่มีคนช่วยก็ได้ ส่วนใหญ่นอนบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ 4 คะแนน คือ เดินได้บ่อยๆ ขณะตื่น เดินออกนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน และเดินในห้องทุก 2 ชั่วโมง

การเคลื่อนไหว (mobility) 1 คะแนน คือ เคลื่อนไหวไม่ได้เลย ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย หรือแขนขาและเปลี่ยนท่าได้เองเลย ถ้าไม่มีผู้ช่วย 2 คะแนน คือ มีความจำกัดอย่างมาก เคลื่อนไหวร่างกายหรือแขนขาได้เล็กน้อยและนานๆ ครั้ง แต่เปลี่ยนท่าเองไม่ได้ 3 คะแนน คือ มีความจำกัดเล็กน้อย เคลื่อนไหวร่างกายหรือแขนขาได้บ่อยขึ้นและเปลี่ยนท่าได้เล็กน้อย 4 คะแนน คือ ไม่มีความจำกัด เปลี่ยนท่าได้ดีและบ่อยครั้งโดยไม่ต้องช่วยเหลือ

โภชนาการ (nutrition) 1 คะแนน คือ ไม่เพียงพอ งดอาหารและน้ำดื่ม หรือได้รับอาหารน้ำใส หรือสารน้ำทางหลอดเลือด > 5 วัน 2 คะแนน คือ อาจจะไม่เพียงพอเกือบทุกมื้อ กินอาหารได้ประมาณ ½ ของอาหารที่จัดให้ หรือได้รับอาหารเหลวหรืออาหารทางสายน้ำน้อยกว่าปริมาณที่กำหนด 3 คะแนน คือ เพียงพอ กินอาหารได้ > ½ ของอาหารที่จัดให้หรือได้รับอาหารทางสายน้ำซึ่งเพียงพอตามที่ร่างกายต้องการ 4 คะแนน คือ ดีเยี่ยม ไม่เคยปฏิเสธอาหารกินอาหารที่จัดให้ได้เกือบหมดหรือหมดทุกมื้อ

แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน (friction & shear) 1 คะแนน คือ มีปัญหา ต้องการความช่วยเหลือในการยกหรือเลื่อนตัวปานกลางถึงมาก เมื่ออยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง มักจะเลื่อนไหลลงมาเสมอ ต้องจัดทำใหม่บ่อย มีอาการเกร็งหรือกระวนกระวายทำให้มีการเสียดสีเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา 2 คะแนน คือ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เคลื่อนไหวอย่างอ่อนแรง หรือต้องการความช่วยเหลือในการยกหรือเลื่อนตัวเล็กน้อย อาจจะมีการเลื่อนไหลลงบ้างเป็นบางครั้ง 3 คะแนน คือ มีปัญหา กล้ามเนื้อแข็งแรงพอที่จะเคลื่อนไหว ยกตัว หรือทรงตัว บนเตียงหรือเก้าอี้ได้เอง

คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 6-23 คะแนน คะแนนที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง 15-18 คะแนนจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ 13-14 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง 10-12 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการเกิดแผลกดทับ บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะการตอบว่า ไม่เกิดแผลกดทับและเกิดแผลกดทับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 33/2566 COA No. 25/2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้างจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความอนุญาติเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนในระบบการบันทึกทางเอกสาร การบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ จะได้รับการปกปิดรายชื่อผู้ป่วย และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกายระดับอัลบูมิน จำนวนวันนอน การรับรู้ความรู้สึก ความเปียกชื้น กิจกรรม การเคลื่อนไหวโภชนาการ แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน และคะแนนจากการบันทึกแบบรายงานประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบใช้ Chi-square test เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน ระยะเวลาที่นอนรักษาตัว และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน กับการเกิดแผลกดทับ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน ด้วยสถิติ multiple logistic regression analysis ด้วย ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI และค่า p-value โดยค่า p-value < .05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.80) มีอายุในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.90) รองลงมาคือ อายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 28.80) และช่วงอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 22.70) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 78.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า ผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 45.50) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 22.70) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 10.60) ตามลำดับ ดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 21.81 (SD = 6.12) kg/m² ถือว่าเป็นผู้ป่วยสมส่วน มีจำนวนนอนเฉลี่ย 12.73 (SD = 9.92) วัน มีระดับอัลบูมินเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 (SD = 1.73) g/dL ผู้ป่วยส่วนใหญ่การรับรู้ปกติ (ร้อยละ 51.50) รองลงมาคือผู้ป่วยมีภาวะสับสน (ร้อยละ 25.80) และผู้ป่วยซึมตอสนองต่อความเจ็บปวด (ร้อยละ 21.20) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคนแรกพบในหอผู้ป่วยพบว่า มีช่วงคะแนน 17-23 คะแนน มากที่สุด (ร้อยละ 39.40) รองลงมาคือ 13-16 คะแนน (ร้อยละ 33.0) และ 10-12 คะแนน (ร้อยละ 19.70) ตามลำดับ หากพิจารณาองค์ประกอบของคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคนแรกพบพบว่า ส่วนใหญ่มีความเปื่อยขึ้นบางครั้ง (ร้อยละ 54.50) เป็นผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 60.60) เคลื่อนไหวปกติ (ร้อยละ 34.80) มีภาวะโภชนาการรับประทานอาหารได้ ½ ถาด (ร้อยละ 69.70) ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแข็งแรงเคลื่อนย้ายปกติ (ร้อยละ 37.90) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	84.80
หญิง	10	15.20
อายุ		
ต่ำกว่า 50 ปี	7	10.60
50-60 ปี	15	22.70
61-70 ปี	25	37.90
มากกว่า 70 ปี	19	28.80
โรคร่วม		
เบาหวาน	15	22.70
ความดันโลหิตสูง	30	45.50
โรคหลอดเลือดสมอง	7	10.60
ไตวายเรื้อรัง	5	7.60
หัวใจและหลอดเลือด	4	6.00
มะเร็ง	5	7.60
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) (Mean = 21.81, SD = 6.12)		
ต่ำกว่า 18.50	19	28.80
18.50-22.90	24	36.40
23.00-24.90	12	18.20
25.00-29.90	7	10.60
มากกว่า 30.00	4	6.10
จำนวนวันนอน (วัน) (Mean = 12.73, SD = 9.92)		
2-7	28	42.40
8-14	17	25.80
15-21	7	10.60
22-28	9	13.60
29-45	5	7.60

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 66) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับอัลบูมิน (g/dL) (Mean = 2.07, SD = 1.73)		
ต่ำกว่า 3.50	49	74.20
3.50-5.00	16	24.20
มากกว่า 5.00	1	1.50
คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Mean = 15.83, SD = 4.39)		
7-9 คะแนน เสี่ยงสูงสุด	5	7.60
10-12 คะแนน เสี่ยงสูง	13	19.70
13-16 คะแนน เสี่ยงปานกลาง	22	33.30
17-23 คะแนน เสี่ยงต่ำ	26	39.40
การรับรู้ความรู้สึก (Mean = 3.27, SD = 0.85)		
ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	1	1.50
ตอบสนองต่อความเจ็บปวด	14	21.20
สับสน	17	25.80
รับรู้ปกติ	34	51.50
ความเปื่อยขึ้น (Mean = 2.88, SD = 0.73)		
เปื่อยขึ้นตลอดเวลา	2	3.0
เปื่อยขึ้นต้องเปลี่ยนผ้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/วัน	16	24.20
เปื่อยขึ้นบางครั้ง	36	54.50
ผิวหนังแห้ง	12	18.20
กิจกรรม (Mean = 1.95, SD = 1.27)		
ติดเตียงตลอด	40	60.60
ไม่สามารถทรงตัวขึ้น/เดินได้	3	4.50
เดินได้ในระยะทางสั้นๆ	9	13.60
เดินได้เองปกติ	14	21.20
การเคลื่อนไหว (Mean = 2.83, SD = 1.05)		
ไม่ได้เลย	8	12.10
เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย	18	27.30
เคลื่อนไหวได้บ่อย	17	25.80
เคลื่อนไหวได้ปกติ	23	34.80
โภชนาการ (Mean = 2.80, SD = 0.70)		
ไม่เพียงพอ NPO	5	7.60
รับประทานได้ ½ ถาด	9	13.60
รับประทานได้ > ½ ถาด	46	69.70
รับประทานได้ปกติ	6	9.10

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 66) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน (Mean = 2.09, SD = 0.82)		
เกร็งข้อติด ต้องช่วยยกตัว	19	28.80
ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	22	33.30
กล้ามเนื้อแข็งแรงเคลื่อนไหวปกติ	25	37.90

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ

ตัวแปร	การเกิดแผลกดทับ n (%)			χ^2	p-value
	ไม่เกิด	เกิด	รวม		
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)					
ต่ำกว่า 18.50	12 (36.40)	7 (21.20)	19 (28.80)	5.29	.26
18.50-22.90	9 (27.30)	15 (45.50)	24 (36.40)		
23.00- 24.90	8 (24.20)	4 (12.10)	12 (18.20)		
25.00-29.90	3 (9.10)	4 (12.10)	7 (10.60)		
มากกว่า 30	1 (3.00)	3 (9.10)	4 (6.10)		
จำนวนวันนอน (วัน)					
2-7	22 (66.70)	6 (18.20)	28 (42.40)	21.29	.00
8-14	8 (24.20)	9 (27.30)	17 (25.80)		
15-21	2 (6.10)	5 (15.20)	7 (10.60)		
22-28	0 (0.00)	9 (27.30)	9 (13.60)		
29-45	1 (3.00)	4 (12.10)	5 (7.60)		
ระดับอัลบูมิน (g/dL)					
ต่ำกว่า 3.50	27 (81.80)	22 (66.70)	49 (74.20)	2.51	.29
3.50-5.00	6 (18.20)	10 (30.30)	16 (24.20)		
มากกว่า 5.00	0 (0.00)	1 (3.00)	1 (1.50)		
คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ					
7-9 คะแนน เสี่ยงสูงสุด	0 (0.00)	5 (15.20)	5 (7.60)	32.76	.00
10-12 คะแนน เสี่ยงสูง	2 (6.10)	11 (33.30)	13 (19.70)		
13-16 คะแนน เสี่ยงปานกลาง	7 (21.20)	15 (45.50)	22 (33.30)		
17-23 คะแนน เสี่ยงต่ำ	24 (72.70)	2 (6.10)	26 (39.40)		

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญพบว่า จำนวนวันนอนและคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ดัชนีมวลกายและระดับอัลบูมินไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับ

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95%CI	
							Lower	Upper
คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคน	-0.61	0.16	13.90	1	.00	0.54	0.40	0.75
จำนวนวันนอน	0.06	0.05	1.63	1	.20	1.06	0.97	1.16
ค่าคงที่	8.71	2.62	11.03	1	.00	6055.45		
Cox & Snell $R^2 = .54$, Nagelkerke $R^2 = .72$								

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญพบว่า คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคน สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญได้ 0.54 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรอื่นๆ มีค่าคงที่ กล่าวคือเมื่อคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคนเพิ่มขึ้น (เสี่ยงต่ำ) จะลดการเกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 45.60 ขณะที่จำนวนวันนอนสามารถทำนายการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคน และจำนวนวันนอน สามารถร่วมกันทำนายการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญได้ ร้อยละ 53.60 (Cox & Snell $R^2 = .54$) (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ จำนวนวันนอนและคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนวันนอนที่นานสะท้อนให้เห็นถึงผู้ป่วยมีภาวะซับซ้อนของโรคหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องการรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.70) และมีภาวะพร่องโภชนาการ โดยจะเห็นได้จากระดับอัลบูมินของตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 74.20) ซึ่งทำให้ผู้ป่วย

อาจเกิดแผลกดทับได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตได้⁶

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึก ความเปียกชื้น กิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน สะท้อนให้เห็นว่า คะแนนของแบบประเมินที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ และสามารถทำนายการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญได้ ทั้งนี้เนื่องจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดนเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความไวและความจำเพาะในการทำนายการเกิดแผลกดทับได้ และได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งการประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกราย เมื่อเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน จะเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีคะแนนจากแบบประเมินต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดแผลกดทับ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนจากแบบประเมินอยู่ระหว่าง 7-16 คะแนน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับปานกลาง-สูงสุด และเกิดแผลกดทับประมาณร้อยละ 93.90 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้มีการเกิดแผลกดทับมากกว่า ผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดและมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมน้อย⁷

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลด่านช้าง ได้แก่ จำนวนวันนอน การรับรู้ความรู้สึก ความเปียกชื้น กิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ควรเน้นและส่งเสริมการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ในผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับและขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2017;71:97-114.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012
2. Khamnuan P, Chuayunan N, Deaupakarakul S. Efficacy of clinical practice guidelines for prevention pressure injury in risk patients, Phayao Hospital. *Hua Hin Medical Journal* 2018;3(2):89-101. (in Thai)
3. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The international guideline 2019. Emily Haesler: EPUAP/NPIAP/PPPIA;2019.

4. Krupp AE, Monfre J. Pressure ulcers in the ICU patient: An update on prevention and treatment. *Curr Infect Dis Rep* 2015;17(3):468. doi:10.1007/s11908-015-0468-7
5. Coyer F, Tayyib N. Risk factors for pressure injury development in critically ill patients in the intensive care unit: a systematic review protocol. *Syst Rev* 2017;6(1):58. doi:10.1186/s13643-017-0451-5
6. Bootthumpan O, Lavin W. Association between risk factors and pressure injury patients in cardiac care unit: A retrospective matched-paired case control study design. *Mahidol R2R e-Journal* 2019;7(1):140-8. (in Thai)
7. Chanchalerm K, Hamilton S, Arsaviset L, Chaimay B, Woradet S. Predictive and protective factors related to the occurrence of pressure injuries among critically-ill surgery patients: A retrospective, case-control study. *Journal of Health and Nursing Education* 2022;1(28):1-15e25789. (in Thai)
8. Alderden J, Cowan LJ, Dimas JB, Chen D, Zhang Y, Cummins M, et al. Risk factors for hospital-acquired pressure injury in surgical critical care patients. *Am J Crit Care* 2020;29(6):e128-e134. doi:10.4037/ajcc2020810
9. Ding L, Hu X, Wei L, Sun M, Sun G, Jiang G, et al. Risk factors for hospital-acquired and community-acquired pressure injuries: A multicentre mixed case-control study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e057624. doi:10.1136/bmjopen-2021-057624
10. Pukkaeraka W, Vibulchai H, Somgit W, Dejsiri S, Innok J, Praphatphong S. Factors associated with pressure ulcers among neurosurgical critical patients. *Maharakham Hospital Journal* 2022;19(2):140-153. (in Thai)
11. Cox J, Edsberg LE, Koloms K, VanGilder CA. Pressure injuries in critical care patients in US Hospitals: Results of the international pressure ulcer prevalence survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2022;49(1):21-8. doi:10.1097/WON.0000000000000834
12. Kim P, Aribindi VK, Shui AM, Deshpande SS, Rangarajan S, Schorger K, et al. Risk factors for hospital-acquired pressure injury in adult critical care patients. *Am J Crit Care* 2022;31(1):42-50. doi:10.4037/ajcc2022657

ความต้องการด้านข้อมูลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลด่านช้าง

จิราพร คำศรีจันทร์* พย.บ.

สุภัทรา นาพิมแสง** พย.บ.

ธนกร สิงหาพันธ์** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาไปข้างหน้าเพื่อศึกษาระดับความต้องการด้านข้อมูลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก ที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลด่านช้าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 168 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความต้องการด้านข้อมูล และแบบประเมินความเครียดจากการได้รับการผ่าตัดเล็ก มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการด้านข้อมูลของผู้ที่มารับบริการงานผ่าตัดเล็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.09, SD = 1.02) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความต้องการทราบถึงความปลอดภัยของการทำผ่าตัดมากที่สุด (Mean = 4.35, SD = 0.92) รองลงมาคือ ความต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด (Mean = 4.23, SD = 0.95) และความต้องการข้อมูลหรือคำอธิบายทุกครั้งที่แพทย์ พยาบาล มากระทำหัตถการใดๆ (Mean = 4.18, SD = 1.01) และความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเล็กอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 71.43)

คำสำคัญ: ความต้องการด้านข้อมูล, ความเครียด, การผ่าตัดเล็ก

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง,

E-mail: Jirapornkumsrichun@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 ธันวาคม 2566 วันตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2566

Informational Needs and Stress in Patients Receiving in Minor Surgery at Danchang Hospital

Jiraporn Kumsrichun B.N.S.*

*Supattra Napimsaeng ** B.N.S.*

*Thanakorn Singhaphan** B.N.S.*

Abstract:

This descriptive prospective study aimed to explore informational needs and stress of patients receiving minor operation at Danchang hospital. The samples were 168 patients attending outpatient department of medical – surgical units who receiving minor operation. They were recruited into the study by purposive selection technique. The instruments consisted of demographic data form, informational needs questionnaire, and stress questionnaire. The internal consistency reliability was tested by Cronbach's alpha and found as .77 and .80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the overall mean score of information needs was high level (Mean = 4.09, SD = 1.02). Considering each aspect ordered of information needs, the highest mean score was the safety of surgery (Mean = 4.35, SD = 0.92), followed by selfcare before-after surgery (Mean = 4.23, SD = 0.95), and information need by personnel (Mean = 4.18, SD = 1.01) respectively. In addition, the stress of patients receiving minor operation was low level (71.43%).

Keywords: Informational needs, Stress, Minor operation

*Corresponding author, Expert Professional Nurse, Operation Room Unit, Nursing Service Department, Danchang Hospital,
E-mail: Jirapornkumsrichun@gmail.com

**Practical Expert Professional Nurse, Nursing Service Department, Danchang hospital
Received October 19, 2023, Revised December 14, 2023, Accepted December 15, 2023

ความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดถือว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เป็นเหตุการณ์วิกฤตต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะระยะก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูงสุด สาเหตุของความเครียดเกิดจากความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วขณะ โดยเฉพาะสถานการณ์การผ่าตัด กลัวสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะของร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดความเครียดทำให้ต่อมหมวกไตชั้นในมีการหลั่งสารแคทีโคลามีน และต่อมหมวกไตชั้นนอกปล่อยคอร์ติโคสเตียรอยด์ เกิดการกั่งของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ อาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้นตามมา^{1,2}

สำหรับความเครียด เกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น เหงื่อออกที่มือ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดสูงทำให้หลังผ่าตัดอาจมีระดับความปวดสูงและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะปอดแฟบ ท้องอืด เป็นต้น^{3,4} ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความเครียด ผู้ป่วยจึงมีวิธีการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ทำให้เกิดความมั่นใจในผลการรักษา อีกทั้งช่วยลดความเครียด ผู้ป่วยจึงมีความต้องการด้านข้อมูลก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ความมั่นใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ความเครียดลดลงได้^{5,6}

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเครียดก่อนผ่าตัดใหญ่อยู่ในระดับสูง ทำให้มีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับสูง⁷ สอดคล้องกับวารุณี กุลราช และคณะ⁸ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดส่วนใหญ่มีความเครียดก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง มีความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลอยู่ในระดับมาก และจากงานวิจัยของ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ⁴ พบว่า ความต้องการข้อมูลและความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีประภา จันทรมิศรี³ พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลในระดับมากที่สุด แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับปานกลางเท่านั้น นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเศรษฐกิจต่ำและมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจต่ำและการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ สามารถทำนายการเกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ร้อยละ 13.60² แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความต้องการด้านข้อมูล มีความวิตกกังวลและความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างมาก

บทบาทหนึ่งของพยาบาลห้องผ่าตัดคือ การให้ข้อมูลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการผ่าตัด ส่งผลลัพธ์ที่ดีในระยะหลังผ่าตัด กล่าวคือ ผู้ป่วยมีระดับความเครียดลดลง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการใช้ยาระงับปวด และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ⁹ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ควรใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจ มีความเหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยตามเพศและวัย และมีการประเมินผลการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ ว่ามีความเหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ ดังนั้นในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ลำดับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด การส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายระหว่างผ่าตัด การเจ็บปวดที่เกิดจากแผลผ่าตัด รวมไปถึงการปฏิบัติตัวและการดูแลแผลที่ถูกต้อง หลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล และความเครียดในการเข้ารับการรักษาผ่าตัดลง¹⁰

สำหรับห้องผ่าตัด โรงพยาบาลด่านช้าง มีผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ ประมาณ 4-5 ราย โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยและผ่าตัดในวันเดียวกันแล้วกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด และมีความต้องการข้อมูลก่อนเข้าสูง โดยความรู้และการปฏิบัติตัว จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยมักซักถามพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บปวด อันตรายของยาระงับความรู้สึก รวมไปถึงการดูแลแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการด้านความรู้และความเครียดของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองได้อย่างครบถ้วนและนำไปปรับปรุงคุณภาพการให้บริการงานพยาบาลห้องผ่าตัดเล็กต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความต้องการด้านข้อมูล และความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาไปข้างหน้า (descriptive prospective study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม ที่ได้รับการผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก ที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลด่านช้าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรมการคำนวณขนาดตัวอย่างของ n4Studies โดยผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจนคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 635 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% สัดส่วนของประชากร เท่ากับ .82 ($p = .82$) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 168 คน มีเกณฑ์คัดตัวอย่างเข้าและออกดังนี้

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิง มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับหัตถการผ่าตัดตกแต่งแผลกดทับ (excisional debridement pressure injury) มีสัญญาณชีพไม่คงที่ จำเป็นต้องย้ายไปรักษาต่อในหอผู้ป่วย หรือปฏิเสธตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม 1 ฉบับ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การผ่าตัด ประวัติการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความต้องการด้านข้อมูล ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามความต้องการข้อมูลของ คณิงนิ พงศ์ถาวรกุล และคณะ¹¹ จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating's scale) คือ 1 หมายถึง น้อยที่สุด 2 หมายถึง น้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง มาก และ 5 หมายถึง มากที่สุด มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมโดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ความเครียดจากการได้รับการผ่าตัดเล็ก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ของอรรณพ ศิลปะกิจ¹² จำนวน 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนได้รับการผ่าตัด เป็นข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (rating's scale) คือ 0 หมายถึง แทบไม่มี 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 หมายถึง บ่อยครั้ง 3 หมายถึง เป็นประจำ คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้เครียดน้อย (0-4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) เครียดมาก (8-9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน) เมื่อมีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ให้สอบถามอาการและลักษณะความเครียดเพิ่มเติม มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 26/2566 COA No. 18/2566 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวมเพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างบริเวณพื้นที่ห้องผ่าตัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่มีกระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้ Study ID แทน การนำเสนอข้อมูลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินดียินดีเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบคำถามในแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ความต้องการด้านข้อมูลและความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.17) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 22.62) และรองลงมา อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 20.24) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.60) มีการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 41.07) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 36.90, 13.69) ตามลำดับ ประกอบอาชีพลูกจ้างหรือรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 26.19) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ประมง และค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.07, 14.88) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 80.36) และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 58.93)

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอกพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด (ร้อยละ 65.48) และไม่เคยมีประวัติการได้รับข้อมูล/คำแนะนำก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 56.55) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 89.29) ไม่เคยรับยาระงับความรู้สึก (ร้อยละ 69.64) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.71) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 168)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	45.83
หญิง	91	54.17
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	20	11.90
21-30 ปี	24	14.29
31-40 ปี	28	16.67
41-50 ปี	38	22.62
51-60 ปี	34	20.24
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	24	14.29
สถานภาพ		
โสด	69	41.10
สมรส	85	50.60
หม้าย	14	8.30
การศึกษา		
ประถมศึกษา	69	41.07
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	62	36.90
อนุปริญญา หรือ ปวส.	14	8.33
ปริญญาตรีและสูงกว่า	23	13.69
อาชีพ		
นักเรียน นักศึกษา	24	14.29
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	11	6.55
เกษตรกร ประมง	27	16.07
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	25	14.88
พ่อบ้าน แม่บ้าน	10	5.95
ลูกจ้าง รับจ้างทั่วไป	44	26.19
ไม่ได้ทำงาน	27	16.07
สิทธิการรักษา		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	135	80.36
ประกันสังคม	14	8.33
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	8.33
เงินสด	5	2.98

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 168) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	99	58.93
10,001-20,000 บาท	47	27.98
20,001-30,000 บาท	7	4.17
30,001-40,000 บาท	5	2.98
ตั้งแต่ 40,001 บาทขึ้นไป	10	5.96
ท่านเคยมีประสบการณ์การผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก		
ไม่มี	110	65.48
มี	58	34.52
ประวัติการได้รับข้อมูล/คำแนะนำก่อนผ่าตัด		
ไม่มี	95	56.55
มี	73	43.45
ประวัติการแพ้ยา		
ไม่มี	150	89.29
มี	18	10.71
ประวัติการได้รับयरะงับความรู้สึก		
ไม่มี	117	69.64
มี	51	30.36
โรคประจำตัว		
ไม่มี	102	60.71
มี	66	39.29

ความต้องการข้อมูลของผู้ที่มารับบริการงานผ่าตัดเล็ก ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลด่านช้าง

ผลการวิเคราะห์ความต้องการข้อมูลของผู้ที่มารับบริการงานผ่าตัดเล็กพบว่า ผู้ที่มารับบริการผ่าตัดเล็กมีความต้องการข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.09, SD = 1.02) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทุกข้อคำถามอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความต้องการทราบถึงความปลอดภัยของการทำผ่าตัดครั้งนี้ (Mean = 4.35, SD = 0.92) รองลงมาคือ ความต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด (Mean = 4.23, SD = 0.95) และความต้องการข้อมูลและคำอธิบายทุกครั้งแพทย์ พยาบาล มากระทำการใดๆ ต่อตัวท่าน (Mean = 4.18, SD = 1.01) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ อยากทราบถึงสภาพแวดล้อมหรือสิ่งที่ต้องเผชิญในห้องผ่าตัด (Mean = 3.77, SD = 1.13) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการด้านความรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอก (n = 168)

ความต้องการด้านข้อมูล	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	SD	แปลผล
1 ต้องการทราบถึงผลการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด	4.07	0.97	มาก
2 ต้องการทราบถึงความปลอดภัยของการทำผ่าตัดครั้งนี้	4.35	0.92	มาก
3 ต้องการทราบถึงการปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด	4.23	0.95	มาก
4 ต้องการซักถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	4.11	1.02	มาก
5 ต้องการข้อมูลและคำอธิบายทุกครั้งที่แพทย์ พยาบาล มากระทำการ ใดๆ ต่อตัวท่าน	4.18	1.01	มาก
6 ต้องการทราบถึงอาการข้างเคียง ความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดครั้งนี้	4.14	1.11	มาก
7 ต้องการทราบถึงขั้นตอนอย่างคร่าวๆเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้	3.98	1.07	มาก
8 ต้องการทราบระยะเวลาของการผ่าตัดครั้งนี้ว่าใช้เวลานานเท่าใด	3.96	1.04	มาก
9 อยากทราบถึงสภาพแวดล้อมหรือสิ่งที่ต้องเผชิญในห้องผ่าตัด	3.77	1.13	มาก
โดยรวม	4.09	1.02	มาก

ความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเล็ก แบบผู้ป่วยนอก

ผลการศึกษาจะแนบความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเล็ก แบบผู้ป่วยนอกพบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 71.43) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (ร้อยละ 28.57) เมื่อสอบถามอาการและลักษณะความเครียดเพิ่มเติมพบว่า ส่วนใหญ่กลัวการเจ็บปวดจากการผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 70.80) รองลงมาคือ กลัวผลการตรวจชิ้นเนื้อจะเป็นเนื้อร้าย และการดูแลแผลตนเองหลังการผ่าตัดซึ่งมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 58.33, 58.33) ตามลำดับ และกลัวการเจ็บปวดจากการฉีดยาชา (ร้อยละ 50.00) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเครียดและอาการเครียดรวมถึงลักษณะความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็ก แบบผู้ป่วยนอก (n = 168)

ความเครียดและอาการเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด		
0-4 คะแนน (เครียดน้อย)	120	71.43
5-15 คะแนน (เครียดปานกลาง-มากที่สุด)	48	28.57
อาการและลักษณะความเครียด		
กลัวผลการตรวจชิ้นเนื้อจะเป็นเนื้อร้าย		
ไม่ใช้	20	41.67
ใช่	28	58.33
กลัวการเจ็บปวดจากการผ่าตัด		
ไม่ใช้	14	29.20
ใช่	34	70.80
กลัวการเจ็บปวดจากการฉีดยาชา		
ไม่ใช้	24	50.00
ใช่	24	50.00
กลัวว่าจะมีเลือดออกมากกังวล		
ไม่ใช้	29	60.42
ใช่	19	39.58
กังวลเกี่ยวกับการเดินทางมาติดตามผลการรักษา		
ไม่ใช้	34	70.83
ใช่	14	29.17
กังวลว่าการผ่าตัดมีผลกระทบทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น		
ไม่ใช้	33	68.75
ใช่	15	31.25
กังวลว่าจะไม่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ		
ไม่ใช้	36	75.00
ใช่	12	25.00
เกี่ยวกับการดูแลแผลตนเองหลังการผ่าตัด		
ไม่ใช้	20	41.67
ใช่	28	58.33
กังวลเกี่ยวกับการเดินทางกลับบ้านคนเดียวหลังการผ่าตัด		
ไม่ใช้	32	66.67
ใช่	16	33.33

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอกถึงร้อยละ 65.48 ถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ผ่าตัดครั้งแรก ทำให้มีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเอง ความปลอดภัยในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำหัตถการต่าง ๆ ในระหว่างอยู่ห้องผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดและที่บ้านได้ถูกต้อง^{9,10,13} สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการทราบถึงความปลอดภัยของการทำผ่าตัดมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และความต้องการข้อมูลรวมถึงคำอธิบายต่างๆ ที่จะทำการผ่าตัดผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของศรีประภา จันทรมีศรี³ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลโดยรวมในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธิพร วชิรชนากร และปณณช จุลนวล พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลโดยรวมในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง แต่ได้รับข้อมูลจริงอยู่ในระดับต่ำ

2. ความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเล็กส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 71.43) ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดมีความเครียดหรือความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เศรษฐฐานะไม่ดี และมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ^{2,7,14} ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดห้องผ่าตัดเล็ก เป็นคนในพื้นที่ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลมีความคุ้นเคยและความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้แล้ว ในระหว่างรอการผ่าตัด พยาบาลมีการให้ข้อมูลและคอยตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการให้ข้อมูลที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความพร้อมมากที่สุดในการรับฟังอย่างตั้งใจ พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ลักษณะและชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างผ่าตัดเล็ก การจัดการกับความปวด วิธีการลดความปวดที่บ้าน เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดในระหว่างรอการผ่าตัด ส่วนใหญ่กลัวการเจ็บปวดจากการผ่าตัดมากที่สุด ดังนั้น การให้ข้อมูลจึงมีความสำคัญอย่างมาก หากไม่ให้ข้อมูลที่เพียงพอแล้วผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเครียด หากพยาบาลใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจและสอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยสามารถลดความเครียดได้อย่างมาก^{9,10,13}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลงานวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจำเป็นต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดอย่างมีแบบแผนและครบถ้วนครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลขั้นตอนการผ่าตัดกับผู้ป่วย และประมาณระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทราบ และคลายความเครียดได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรหาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการด้านข้อมูลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดเล็ก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่จะตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลและลดความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้
2. ควรพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนให้กับผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังผ่าตัดแบบเล็ก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลและลดระดับความเครียดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg 2014;14:67. doi:10.1186/1471-2482-14-67
2. Basak F, Hasbahceci M, Guner S, Sisik A, Acar A, Yucel M, et al. Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: A prospective cohort study of 200 consecutive patients. Int J Surg 2015;23:18-22. doi:10.1016/j.ijssu.2015.09.040
3. Chanmeesri S. Information needed and received in perioperative patients. [thesis]. Prince of Songkla University; 2007. (in Thai).
4. Pitukung A, Tanterothum J, Supharerx S, Waranukulsak O. The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. Siriraj Nursing Journal 2011;4(1):35-42. (in Thai).
5. Vajiratanakorn S, Chulnoul P. Information needs and received in preoperative patients for gynecologic surgery. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017;25(4):51-9. (in Thai).
6. Samakkan P, Kunsongkeit W, Duangpaeng S. Need and need responses from operating nurse's pre-visit among the patients undergo major surgery. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2014;22(4):24-34. (in Thai).

7. Lim S, Oh Y, Cho K, Kim MH, Moon S, Ki S. The question of preoperative anxiety and depression in older patients and family protectors. *Anesth Pain Med (Seoul)* 2020;15(2):217-25.
doi:10.17085/apm.2020.15.2.217
8. Gulrach V, Kunsongkeit W, Duangpaeng S. Factors related to preoperative anxiety among patients with eye surgery. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2017;9(1):1-12. (in Thai).
9. Asdornwised U. *Advances in perioperative nursing*. 2nd ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 2018. (in Thai).
10. Permpetch R, Butsripoom B. The role of perioperative nurse: Health education for pre- and postoperative visiting. *Rama Nurs J* 2016; 22(1):9-20. (in Thai).
11. Pongthavornkamol K, Chatchaisycha S, Somjitprasert P. Emotional concerns, anxiety, and informational needs in patients undergoing angiography. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2001;16(2):84-97. (in Thai).
12. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand* 2008;16,177-85. (in Thai)
13. Cheng JYJ, Wong BWZ, Chin YH, Ong ZH, Ng CH, Tham HY, et al. Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *Patient Educ Couns* 2021;104(6):1467-73.
doi:10.1016/j.pec.2020.11.010
14. Liddle C. Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times* 2012;108(48):12-3.

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ

วิมา สุทธิคี* พย.บ.

ทีปทัศน์ ชินดาปัญญากุล** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมการหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้),

ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

นพวรรณ สุนทรวิภาต*** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 19 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำนวน 14 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตเรื้อรัง มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตทั่วไปโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ($Mean_{HD} = 48.00$, $SD_{HD} = 18.00$; $Mean_{PD} = 44.91$, $SD_{PD} = 15.64$) และคุณภาพชีวิตโรคไตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_{HD} = 64.06$, $SD_{HD} = 8.90$; $Mean_{PD} = 64.53$, $SD_{PD} = 17.86$) ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องพบว่าคุณภาพชีวิตทั่วไป คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโรคไต แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์มิติต่างๆ ของคุณภาพชีวิตโรคไต พบว่าการให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ไตเทียม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .026$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

**Corresponding author, พยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: bigchin1986@gmail.com; teepatad.chi@mahidol.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 ธันวาคม 2566 วันตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2566

Quality of Life in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Dialysis: A Comparative Study

Weena Sutthidee * B.N.S.

Teepatad Chintapanyakun** M.N.S. (Adult Nursing), M.Ed. (Innovative Curriculum and Learning Management), Ph.D. (Educational Research Methodology)

Noppawan Soontonwipat *** B.N.S.

Abstract:

This descriptive-comparative research aimed to compare quality of life (QoL) between patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. The samples were 19 and 14 patients receiving hemodialysis and peritoneal dialysis respectively at Danchang Hospital and were recruited using a purposive selection technique. The research instruments consisted of personal data record form, and Kidney Disease Quality of life Short Form TM Questionnaire. Its internal consistency reliability was tested by Cronbach's alpha found as .90. Data were analyzed using descriptive and Mann-Whitney U test statistics. The results found that the mean score of the QoL in patients with hemodialysis and peritoneal dialysis was low level ($\text{Mean}_{\text{HD}} = 48.00$, $\text{SD}_{\text{HD}} = 18.00$; $\text{Mean}_{\text{PD}} = 44.91$, $\text{SD}_{\text{PD}} = 15.64$) and kidney disease QoL in patients with hemodialysis and peritoneal dialysis was moderate level ($\text{Mean}_{\text{HD}} = 64.06$, $\text{SD}_{\text{HD}} = 8.90$; $\text{Mean}_{\text{PD}} = 64.53$, $\text{SD}_{\text{PD}} = 17.86$). In comparison of QoL between patients receiving hemodialysis versus peritoneal dialysis were no statistically significant differences in general QoL, physical QoL, mental QoL, and kidney disease QoL. When considering each aspect, the dialysis staff encouragement was statistically significant differences between patients with hemodialysis versus peritoneal dialysis ($p = .026$)

Keywords: Kidney disease quality of life, Hemodialysis, Peritoneal dialysis

*Expert professional nurse, Peritoneal Dialysis Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital

**Corresponding author, Senior Professional Level at Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University,
E-mail: bigchin1986@gmail.com; teepatad.chi@mahidol.ac.th

*** Expert professional nurse, Peritoneal Dialysis Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital

Received October 19, 2023, Revised December 14, 2023, Accepted December 15, 2023

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากการสำรวจปี ค.ศ. 2018 พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องฟอกเลือด (hemodialysis: HD) ประมาณ 298.4 ต่อประชากรล้านคนทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 มีความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (prevalence of renal replacement therapy [RRT]) ประมาณ 170,774 คน หรือ 2,580 คนต่อหนึ่งล้านประชากร โดยมีผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 129,724 คน การล้างไตทางช่องท้อง 34,467 คน และปลูกถ่ายไต 6,583 คน² ซึ่งการบำบัดทดแทนไตมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยตรง

คุณภาพชีวิตถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นความรู้สึกลึกถึงความพอใจด้านสุขภาพที่ได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำถึงปานกลาง เช่น สมพร ชินโนรส และชุติมา ติปัญญา³ ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้ว และคณะ⁴ พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาการโรคไตเรื้อรัง (symptom/ problem list) อยู่ในระดับดี ด้านผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง (effects of kidney disease) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านอาการโรคไตเรื้อรังและด้านผลกระทบของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย (SF-12 physical health composite) อยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ (SF-12 mental health composite) อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน และการศึกษาของ กุมาลีพร ศรีสอน⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตในโรคไต (KDQOL-SFTM) เวอร์ชัน 1.3 พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน^{3,6} แต่มีบางการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁷ แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังมีผลการวิจัยที่ขัดแย้งกัน

สำหรับโรงพยาบาลด่านช้าง ให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 แต่ไม่มีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงขาดข้อมูลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องว่าควรได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านใดบ้าง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ผลการวิจัยสามารถช่วยนำไปออกแบบวิธีการช่วยเหลือ และให้การดูแลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตในแต่ละวิธีให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำถามงานวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับใด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคไตของ Kidney Disease Quality of Life working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา⁸ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ 1) คุณภาพชีวิตโรคไต เป็นระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากโรคไตโดยตรง (kidney disease component-KDCS) มี 11 มิติ ประกอบด้วย อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต สถานภาพในการทำงาน สมรรถภาพในการรับรู้ คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สมรรถภาพทางเพศ การนอนหลับ การได้รับความสนับสนุนจากสังคม การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ และความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง และ 2) คุณภาพชีวิตทั่วไป แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านกายภาพ (physical component summary-PCS) และด้านจิตใจ (mental component summary-MCS) มี 8 มิติ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกาย บทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด ความมีชีวิตชีวา การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และบทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบศึกษาเปรียบเทียบ (comparative study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมารับบริการ ณ โรงพยาบาลด่านช้างคัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 19 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 14 คน รวมทั้งหมด 33 คน ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการทั้งหมดในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้างจังหวัดสุพรรณบุรี มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้างานวิจัย คือ

- 1) เพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประวัติได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
- 3) รู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากงานวิจัย คือ ผู้ป่วยปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล วิธีการล้างไต โรคประจำตัว ระดับอัลบูมินในเลือด ค่าฮีมาโตคริต และความพึงพอใจในการฟอกเลือด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต ผู้วิจัยใช้ของชนิชฐา หอมจีน และพรพนทิพาสักดิ์ทอง^๑ แปลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไต (KDQOL-SFTM) ฉบับภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 (Kidney Disease Quality of Life Short Form TM: KDQOL-SFTM) ของ Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา^๘ แบบสอบถาม KDQOL-SFTM แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไต (kidney disease-specific instruments) วัดคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากโรคไตโดยตรง (kidney disease component-KDCS) ประกอบด้วย 11 มิติ ได้แก่ อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต สถานภาพในการทำงาน สมรรถภาพในการรับรู้ คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สมรรถภาพทางเพศ การนอนหลับ การได้รับความสนับสนุนจากสังคม การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ และความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง มีข้อคำถาม จำนวน 44 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป คือ แบบสอบถาม short form 36 (SF-36) วัดคุณภาพชีวิตทั่วไปประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning: PF) บทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (role limitation due to physical problems: RP) การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด (bodily pain: BP) ความมีชีวิตชีวา (vitality: VT) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health: GH) การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning: SF) ภาวะสุขภาพจิต (general mental health: MH) และบทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems: RE) สามารถรวมเป็น 2 ด้านคือ ด้านกายภาพ (physical component summary-PCS) และด้านจิตใจ (mental component summary-MCS) ทั้งมี 8 มิติ มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ

ทั้งนี้คำถามในแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตรประมาณค่า 2-7 ระดับ ผู้วิจัยแปลงคำตอบแต่ละข้อเป็น 0-100 คะแนน⁸ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก (น้อยกว่า 50 คะแนน) ระดับต่ำ (50-59 คะแนน) ระดับปานกลาง (60-69 คะแนน) ระดับสูง (70-79 คะแนน) และระดับสูงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน) เนื่องจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 39/2566 COA No. 31/2566 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวมเพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะมีกระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้ Study ID แทน การนำเสนอข้อมูลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินดียินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยตอบคำถามในแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล และข้อมูลทางสุขภาพ ประกอบด้วย วิธีการล้างไต โรคประจำตัว ระดับอัลบูมิน ในเลือด ค่าฮีมาโตคริต และความเพียงพอในการฟอกเลือด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution) หรือไม่¹⁰ ผลการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า $p < .05$ แสดงว่าข้อมูลการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.58) (Mean = 55.21, SD = 13.45) ปี และมีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 66.67) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปลายมากที่สุด (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 24.24, 21.22) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 63.64) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54.55) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนคือ 1-5,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 75.76) เมื่อพิจารณาผู้ดูแลหลักที่บ้านพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลหลัก เนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 75.76)

สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 51.52, 42.42) ตามลำดับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ระดับอัลบูมินในเลือดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Mean = 3.72, SD = 0.51) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 g/dL (ร้อยละ 69.70) ค่าเฉลี่ยของฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Mean = 30.09, SD = 5.68) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 30% (ร้อยละ 57.58) สำหรับความเพียงพอในการฟอกเลือด เมื่อจำแนกเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (PD) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเพียงพอในการฟอกเลือด (ร้อยละ 100.00) สูงกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 92.86) เล็กน้อย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	HD (n = 19)		PD (n = 14)		รวม (n = 33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	73.68	5	35.71	19	57.58
หญิง	5	26.32	9	64.29	14	42.42
อายุ (Mean = 55.21, SD = 13.45, Min-Max = 22-85 ปี)						
≤ 50 ปี	3	15.79	6	42.86	9	27.27
51-60 ปี	10	52.63	3	21.43	13	39.40
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	6	31.58	5	35.71	11	33.33
สถานภาพการสมรส						
สมรส	13	68.42	9	64.29	22	66.67
โสด	2	10.53	2	14.29	4	12.12
หม้าย/หย่า/แยก	4	21.05	3	21.42	7	21.21
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	10.53	0	0.00	2	6.06
ประถมศึกษาตอนต้น	2	10.53	5	35.71	7	21.22
ประถมศึกษาปลาย	5	26.31	6	42.86	11	33.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	31.58	2	14.29	8	24.24
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	15.79	0	0.00	3	9.09
อนุปริญญาและปริญญาตรี	1	5.26	0	0.00	1	3.03
ปริญญาตรี	0	0.00	1	7.14	1	3.03
สิทธิการรักษา						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	36.84	0	0.00	7	21.21
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7	36.84	14	100.00	21	63.64
ประกันสังคม	5	26.32	0	0.00	5	15.15
อาชีพ						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	10.53	0	0.00	2	6.06
เอกชน/รับจ้าง	6	31.57	0	0.00	6	18.18
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	2	10.53	5	35.71	7	21.21
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	47.37	9	64.29	18	54.55
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
1-5,000	12	63.16	13	92.86	25	75.76
5,001-10,000	1	5.26	0	0.00	1	3.03
10,001-15,000	4	21.05	1	7.14	5	15.15
20,001-25,000	2	10.53	0	0.00	2	6.06

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 33) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	HD (n = 19)		PD (n = 14)		รวม (n = 33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลักที่บ้าน						
ช่วยเหลือตัวเองได้	13	68.43	12	85.72	25	75.76
พ่อ/แม่	1	5.26	0	0.00	1	3.03
สามี/ภรรยา	4	21.05	0	0.00	4	12.12
บุตร	0	0.00	1	7.14	1	3.03
ญาติพี่น้อง	1	5.26	1	7.14	2	6.06
โรคประจำตัว						
เบาหวาน						
ไม่เป็น	12	63.16	5	35.71	16	48.48
เป็น	7	36.84	9	64.29	17	51.52
ไขมันในเลือดสูง						
ไม่เป็น	10	52.63	5	35.71	19	57.58
เป็น	9	47.37	9	64.29	14	42.42
ความดันโลหิตสูง						
ไม่เป็น	3	15.79	0	0.00	0	0.00
เป็น	16	84.21	14	100.00	33	100.00
โรคหัวใจและหลอดเลือด						
ไม่เป็น	15	78.95	12	85.71	27	81.82
เป็น	4	21.05	2	14.29	6	18.18
ระดับอัลบูมินในเลือด (Mean = 3.72, SD = 0.51, Min-Max = 2.60-4.60)						
< 3.5 g/dL (อาจมีภาวะพร่องโภชนาการ)	2	10.53	8	57.14	10	30.30
≥ 3.5 g/dL (ปกติ)	17	89.47	6	42.86	23	69.70
ค่าฮีมาโตคริต (Mean = 30.09, SD = 5.68, Min-Max = 20.00-44.00)						
< 30%	11	57.89	3	21.43	14	42.42
≥ 30%	8	42.11	11	78.57	19	57.58
ความเพียงพอในการฟอกเลือด						
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Mean = 2.32, SD = 0.39, Min-Max = 1.58-2.85)						
< 1.2 (ไม่มีความเพียงพอ)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
≥ 1.2 (มีความเพียงพอ)	19	100.00	0	0.00	19	100.00
ล้างไตทางช่องท้อง (Mean = 2.19, SD = 0.29, Min-Max = 1.66-2.73)						
< 1.7 (ไม่มีความเพียงพอ)	0	0.00	1	7.14	1	7.14
≥ 1.7 (มีความเพียงพอ)	0	0.00	13	92.86	13	92.86

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ทั้ง 2 ส่วนคือ คุณภาพชีวิตทั่วไปโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ($Mean_{HD} = 48.00$, $SD_{HD} = 18.97$) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ($Mean_{HD} = 43.92$, $SD_{HD} = 19.12$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($Mean_{HD} = 54.81$, $SD_{HD} = 20.42$) ส่วนคุณภาพชีวิตโรคไตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_{HD} = 64.06$, $SD_{HD} = 8.90$) สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (PD) ทั้ง 2 ส่วน คือ คุณภาพชีวิตทั่วไปโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ($Mean_{PD} = 44.91$, $SD_{PD} = 10.28$) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ($Mean_{PD} = 39.86$, $SD_{PD} = 12.28$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($Mean_{PD} = 53.33$, $SD_{PD} = 11.35$) ส่วนคุณภาพชีวิตโรคไตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_{PD} = 64.53$, $SD_{PD} = 9.81$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

คุณภาพชีวิต	HD (n=19)				PD (n=14)				p-value
	Mean	SD	Mean Rank	แปลผล	Mean	SD	Mean Rank	แปลผล	
คุณภาพชีวิตทั่วไป (SF-36)	48.00	18.97	18.00	ต่ำมาก	44.91	10.28	15.64	ต่ำมาก	.489
1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (PCS)	43.92	19.12	18.08	ต่ำมาก	39.86	12.28	15.54	ต่ำมาก	.455
การทำหน้าที่ของร่างกาย	45.79	27.85	18.76	ต่ำมาก	35.71	22.35	14.61	ต่ำมาก	.221
บทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย	22.37	21.88	19.32	ต่ำมาก	9.82	17.80	13.86	ต่ำมาก	.085
การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด	57.24	23.30	16.37	ต่ำ	61.25	23.53	17.86	ปานกลาง	.658
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	44.47	21.85	18.18	ต่ำมาก	40.36	18.13	15.39	ต่ำมาก	.410
ความมีชีวิตชีวา	49.74	21.37	16.45	ต่ำมาก	52.14	18.26	17.75	ต่ำ	.701
2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (MCS)	54.81	20.42	17.42	ต่ำ	53.33	11.35	16.43	ต่ำ	.771
การทำหน้าที่ทางสังคม	65.13	28.44	17.08	ปานกลาง	66.07	19.26	16.89	ปานกลาง	.956
บทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์	40.35	22.44	18.39	ต่ำมาก	33.33	18.49	15.11	ต่ำมาก	.310
ภาวะสุขภาพจิต	58.95	23.62	16.87	ต่ำ	60.57	14.28	17.18	ปานกลาง	.927
คุณภาพชีวิตโรคไต (KDCS)	64.06	8.90	16.37	ปานกลาง	64.53	9.81	17.86	ปานกลาง	.662
อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	66.45	13.01	16.63	ปานกลาง	66.82	17.69	17.50	ปานกลาง	.798
ผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย	69.57	18.86	18.03	ปานกลาง	66.29	14.77	15.61	ปานกลาง	.476
ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต	40.13	26.79	16.05	ต่ำมาก	46.88	28.77	18.29	ต่ำมาก	.507
สถานการณ์การทำงาน	32.89	34.41	17.26	ต่ำมาก	30.36	32.79	16.64	ต่ำมาก	.846
สมรรถภาพในการรับรู้	68.77	19.25	17.00	ปานกลาง	67.14	25.01	17.00	ปานกลาง	1.000
คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	72.28	15.28	17.76	สูง	68.10	20.28	15.96	ปานกลาง	.593
สมรรถภาพทางเพศ	49.34	2.87	18.13	ต่ำมาก	47.32	5.32	15.46	ต่ำมาก	.166
การนอนหลับ	55.66	15.27	18.63	ต่ำ	50.54	13.63	14.79	ต่ำ	.257
การได้รับความสนับสนุนจากสังคม	85.96	18.65	18.24	สูงมาก	82.14	15.28	15.32	สูงมาก	.357
การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่	85.53	18.76	14.18	สูงมาก	97.32	5.32	20.82	สูงมาก	.026*
ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง	78.06	20.08	15.26	สูง	86.90	16.26	19.36	สูงมาก	.203

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (PD) พบว่า คุณภาพชีวิตทั่วไป (SF-36) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (PCS) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (MCS) และคุณภาพชีวิตโรคไต (KDQOL) ระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (PD) แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์แยกตามมิติของคุณภาพชีวิตโรคไตพบว่า มิติด้านการให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ไตเทียมระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .026$) โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้รับการให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ไตเทียม ($\text{Mean}_{\text{PD}} = 97.32$, $\text{SD}_{\text{PD}} = 5.32$, $\text{Mean Rank} = 20.82$) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($\text{Mean}_{\text{HD}} = 85.53$, $\text{SD}_{\text{HD}} = 18.76$, $\text{Mean Rank} = 14.18$) ขณะที่มิติด้านอื่น ๆ แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตทั่วไป คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโรคไตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน มีส่วนการอยู่ดูแลตนเอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้น้อย ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีส่วนที่ใกล้เคียงกัน อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดทั้ง 2 วิธี ก่อนเข้ารับการรักษาแพทย์และพยาบาลวิชาชีพได้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการวางแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรักษา สามารถปรับตัวกับโรคที่เผชิญอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิตโรคไตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตทั่วไปโดยรวมและคุณภาพชีวิตโรคไตไม่แตกต่างกัน^{3,6,11}

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก ขณะที่คุณภาพชีวิตโรคไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 วิธี มีเศรษฐกิจฐานะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ประกอบกับการศึกษาไม่ค่อยสูงมากนัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น ทำให้การดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควร อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิตโรคไตไม่ดีมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของกุนาสีพร ตรีสอน⁷ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้ว และคณะ⁴ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์แยกตามมิติของคุณภาพชีวิตโรคไตพบว่า มิติด้านการให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ไตเทียมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อได้สูงกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลมีการเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และทางไลน์แอปพลิเคชันช่วงนอกเวลาราชการ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องให้ความรู้และเสริมทักษะต่าง ๆ เพื่อผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติอย่างถูกต้องตลอดเวลา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการคาท่อล้างไตทางหน้าท้องและการปนเปื้อนเชื้อในขณะทำการล้างไต พยาบาลจึงคอยให้กำลังใจและแรงเสริมทางบวกทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติที่สำคัญคือ การทำความสะอาดมือหรือล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ การป้องกันการปนเปื้อนขณะการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย เป็นต้น^{12,13}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิตโรคไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังไม่ดีมากนัก ทำให้แพทย์ พยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องควรให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมและรายมิติให้ดีขึ้น เช่น การจัดคลินิกให้คำปรึกษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทั้ง 2 วิธี การประเมินและติดตามผู้ป่วยผ่านกระบวนการรักษาของโรงพยาบาล และการเยี่ยมบ้านโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ไตเทียมเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นควรมีรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ข้อมูลและแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดคุณภาพชีวิตทั่วไปโดยรวมและคุณภาพชีวิตโรคไตสูงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนของสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคและโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนอย่างดียิ่งจากนายแพทย์เดชา พงษ์สุพรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ขอขอบพระคุณ ผศ. ดร.สุภาภรณ์ วรอรุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ปรับปรุง แก้ไข รวมถึงนายสมนึก อินทร์ใจเอื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการทำงานวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bello AK, Okpechi IG, Osman MA, Cho Y, Htay H, Jha V, et al. Epidemiology of haemodialysis outcomes. Nat Rev Nephrol 2022;18(6):378-95. <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00542-7>
2. The Nephrology Society of Thailand. Guideline of hemodialysis and plasma filtration for kidney disease patients. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2020. (in Thai)
3. Chinnoros S, Depanya C. Quality of life and effecting factors in patients undergoing dialysis: A comparative study. Journal of Health and Health Management 2020;5(2):54-67. (in Thai)
4. Yeesunkaew R, Na Nongkhai S, Shayakul C, Sujirarat D. Quality of life in end stage renal disease patients undergoing hemodialysis according to the different health benefit schemes. Vajira Nursing Journal 2016;18(1):79-90. (in Thai)
5. Treesorn K. Quality of life of patients with chronic kidney disease who had renal replacement therapy. Mahasarakham Hospital Journal 2018;15(1):13-20. (in Thai)

6. Rini IS, Rahmayani T, Sari EK, Lestari R. Differences in the quality of life of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Public Health Res* 2021;10(2):2209. doi:10.4081/jphr.2021.2209
7. Chuasuwan A, Pooripussarakul S, Thakkestian A, Ingsathit A, Pattanapruteep O. Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):191. doi:10.1186/s12955-020-01449-2
8. Hays R, Kallich J, Mapes D, Coons S, Amin N, Carter W, et al. Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM), version 1.3: A manual for use and scoring. Santa Monica: RAND; 1997.
9. Homjean K, Sakthong P. Translation and cognitive testing of the Thai version of the Kidney Disease Quality of Life short-form questionnaires version 1.3. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2010;2(1): 3-13. (in Thai)
10. Howell DC. Statistical methods for psychology. 8th ed. Belmont, California: Wadsworth Cengage Learning; 2013.
11. Laolam N, Kriyasin P, Palakul W, Chimpalee A, Halue G, Chandeying V. Quality of life assessment among patients on hemodialysis and peritoneal dialysis at Phayao Hospital. *Naresuan Phayao Journal* 2014;7(2):172-7. (in Thai)
12. Itarat P. Nursing care of end stage renal failure with infected continuous ambulatory peritoneal dialysis patient: Case study 2 case. *Maharakham Hospital Journal* 2018;15(2):95-110. (in Thai)
13. Noppakun K, Panyathong S, Dandecha P, Nochaiwong S, Koyratkoson K, Chaisai C, et al. Peritoneal dialysis patients care: Treatment, surveillance, and prevention of peritoneal dialysis related infection using evidence-based. Research Project of Health Systems Research Institute (HSRI) with National Research Council of Thailand (NRCT); 2017. (in Thai)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง

ดวงรัตน์ หาญพุ่ม* พย.บ.

นวลพรรณ ระโหฐาน** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงการบรรยายแบบศึกษาไปข้างหน้า เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง จำนวน 283 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติทดสอบ independent sample t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) เฉลี่ยเท่ากับ 7.32 (SD = 1.55) แสดงว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, SD = 0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.48, SD = 1.05) รองลงมาคือ ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง (Mean = 4.39, SD = 0.86) และด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 4.06, SD = 1.00) ตามลำดับ ขณะที่ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.21, SD = 1.41) และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7\%$) กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c > 7\%$) โดยรวมและรายด้านแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลในเลือด

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง,

E-mail: Duang2877@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 ธันวาคม 2566 วันตอบรับบทความ 26 ธันวาคม 2566

Self-Care Behaviors of Type 2 Diabetes Patients at Danchang Hospital

Duangrat Hanput* B.N.S.

Nuanphan Rahothan** B.N.S.

Abstract:

This descriptive cohort research aimed to study self-care behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus (DM) and to compare self-care behaviors of patients with controlled DM versus uncontrolled DM. The samples were 283 patients with type 2 DM attending DM clinic at Danchang hospital and were recruited from a purposive selection. The research instruments consisted of the personal data record form and self-care behaviors questionnaire which its internal consistency reliability was tested by Cronbach's alpha was found as 0.70. Data were analyzed using descriptive and independent sample t-test statistics. The results found that the mean score of the HbA1c for patients with type 2 DM was high (Mean = 7.32, SD = 1.55). The mean score of self-care behaviors of patients with type 2 DM was high level (Mean = 4.03, SD = 0.41). Considering each aspect ordered from the highest to the least, they were taking medication (Mean = 4.48, SD = 1.05), continuing care (Mean = 4.39, SD = 0.86), and stress management (Mean = 4.06, SD = 1.00) respectively. Exercise was the only one aspect that found lowest average score (Mean = 3.21, SD = 1.41). In comparison, the self-care behaviors of patients with controlled DM ($\text{HbA1c} \leq 7\%$) versus uncontrolled DM ($\text{HbA1c} > 7\%$) were no statistically significant differences.

Keywords: Self-care behaviors, Patients with type 2 diabetes mellitus, Hemoglobin A1c

*Corresponding author, Expert Professional Nurse, Head of Out-Patients Unit, Nursing Service Department, Danchang Hospital, E-mail: Duang2877@gmail.com

* Expert Professional Nurse, Out-Patients Unit, Nursing Service Department, Danchang Hospital

Received October 19, 2023, Revised December 23, 2023, Accepted December 26, 2023

ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี รวมถึงประเทศไทย ด้วย จากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน นอกจากนั้นโรคเบาหวานยังมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.10 ต่อประชากรแสนคน) และค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อ (non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ² ทั้งนี้โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ หากมีการควบคุมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาหรือการใช้ยาฉีดอินซูลินอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ ที่กล่าวมาข้างต้นคือ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พฤติกรรม การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพ มีความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุข³ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังเช่นงานวิจัยของนายชาติวรรณกุล⁴ พบว่า พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของอศนี ศักดิ์พรพงศ์⁵ พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานในด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สำหรับงานวิจัยของสุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ⁶ ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง แต่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ก่อนข้างสูง (HbA1c > 7%) ร้อยละ 61.64 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ดีเท่าที่ควร

สำหรับโรงพยาบาลด่านช้าง จากการเก็บข้อมูลของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด่านช้าง ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c น้อยกว่า 7) จากร้อยละ 13.93 เป็น 26.32 แม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 40.00 ซึ่งเป็นเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อได้กำหนดไว้ ทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเพื่อส่งเสริมแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงการบรรยายแบบศึกษาไปข้างหน้า (cohort study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4,694 คน ผู้วิจัยใช้โปรแกรม n4Studies ซึ่งพัฒนาโดยหน่วยระบาดวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจนคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 วันที่ 30 กันยายน 2565 มีจำนวน 6,316 คน เป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการหน่วยคลินิกเบาหวาน จำนวน 4,694 คน คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ .74 ($p = .74$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 (error = .05) ได้ขนาดตัวอย่าง คือ 283 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะน้ำตาลต่ำกว่า 60 mg% หรือน้ำตาลในเลือดมากกว่า 350 mg% และมีอาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวาน เช่น ปวดมึนศีรษะ ง่วง ซึมลง และไม่สามารถให้ข้อมูลตลอดการสอบถาม หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ฉบับ จำนวน 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลด่านช้าง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของสุปรียา เสียงดัง⁷ ประกอบด้วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง 5 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน 4 ข้อ และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's scale ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ แปลคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับ

น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 27/2566 COA No.19/2566 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์ทางด้านการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้าง ภายหลังได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในคลินิกเบาหวานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินดียินดีเข้าร่วมงานวิจัยแล้วผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้) และข้อมูลสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้สถิติ independent sample t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.30) มีอายุเฉลี่ย 60.60 ปี (SD = 11.46) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 60-70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 31.80) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี และช่วงอายุ 71-80 ปี

(ร้อยละ 30.70, 15.20) ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 69.26) มีอาชีพเกษตรกร/แม่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 36.00) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.40) และ ลูกจ้าง/รับจ้าง (ร้อยละ 16.60) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีช่วงรายได้ต่อเดือน 1-15,000 บาท (ร้อยละ 66.50) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 26.29 (SD = 5.51) kg/m^2 ซึ่งถือว่าเป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 8.05 (SD = 5.03) ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงระยะเวลาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นในช่วงระยะเวลา 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.10) รองลงมาคือ ช่วง 6-10 ปี และช่วง 11-15 ปี (ร้อยละ 30.70 24.40) ตามลำดับ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยเฉลี่ย 7.32% (SD = 1.55) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน (n=283)

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	23.70
หญิง	216	76.30
อายุ (ปี) (Mean = 60.60, SD = 11.46, min-max = 17-93)		
< 30 ปี	1	0.40
31-40 ปี	12	4.20
41-50 ปี	42	14.80
51-60 ปี	87	30.70
60-70 ปี	90	31.80
71-80 ปี	43	15.20
ตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป	8	2.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	42	14.84
ประถมศึกษา	196	69.26
มัธยมศึกษา	29	10.25
อนุปริญญา	6	2.12
ปริญญาตรีและสูงกว่า	10	3.53
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	86	30.40
ราชการ/ราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	9	3.20
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39	13.80
ลูกจ้าง/รับจ้าง	47	16.60
เกษตรกร/แม่บ้าน	102	36.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน (n=283) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (ต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	70	24.70
1-15,000 บาท	188	66.50
15,001-30,000 บาท	19	6.70
30,001-45,000 บาท	2	0.70
45,001-60,000 บาท	4	1.40
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) (Mean = 26.29, SD = 5.51, min-max = 15.82-49.58)		
< 18.49 (ผอม)	19	6.70
18.50-22.90 (ปกติ/สมส่วน)	64	22.60
23.00-24.90 (น้ำหนักเกิน)	48	17.00
25.00-29.90 (อ้วนระดับ 1)	90	31.80
≥ 30.00 ขึ้นไป (อ้วนระดับ 2)	62	21.90
ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (Mean = 8.05, SD = 5.03, min-max = 1.00-26.00)		
1-5 ปี	105	37.10
6-10 ปี	87	30.70
11-15 ปี	69	24.40
16-20 ปี	20	7.10
ตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป	2	0.70
ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) (Mean = 7.32, SD = 1.55, min-max = 4.00-13.90)		
$\leq 7\%$ (ควบคุมดี)	139	49.10
$> 7.1\%$ (ควบคุมไม่ดี)	144	50.90

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, SD = 0.41) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.48, SD = 1.05) รองลงมาคือ ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง (Mean = 4.39, SD = 0.86) และด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 4.06, SD = 1.00) ตามลำดับ ขณะที่ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.21, SD = 1.41) หากพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดมากที่สุด (Mean = 4.82, SD = 0.45) รองลงมาคือ ผู้ป่วยรับประทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์ (Mean = 4.78, SD = 0.55) และผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินหรือรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลา (Mean = 4.64, SD = 0.77) ตามลำดับ และมีพฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เลี่ยง ไขมันสูง หวานอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.30, SD = 1.32) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 283)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับการรับรู้		
	Mean	SD	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	3.67	1.07	มาก
1. การรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ ตรงเวลา	4.33	0.83	มาก
2. การรับประทานอาหารผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง กวางตุ้ง กะหล่ำปลี ผักโขม บล๊อคโคลี ชะอม	4.36	0.91	มาก
3. การไม่ดื่มน้ำอัดลม โอเลี้ยง ชา กาแฟ หรือนมข้นหวาน	2.30	1.32	น้อย
4. การรับประทานอาหารหลากหลายในปริมาณที่เหมาะสม ถูกสัดส่วนกับความ ต้องการของร่างกาย เน้นอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้จำพวก แอปเปิ้ล ฝรั่ง ชมพู	3.98	1.09	มาก
5. การรับประทานของขบเคี้ยว ทอดกรอบ ขนมหวานและผลไม้ที่มี รสหวาน เช่น ทุเรียน มะม่วง	3.41	1.22	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	4.48	1.05	มาก
1. การรับประทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์	4.78	0.55	มากที่สุด
2. การไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเบาหวานด้วยตนเอง	4.23	1.35	มาก
3. การรับประทานยาเบาหวานหรือฉีดยาอินซูลินตรงตามเวลา	4.64	0.77	มากที่สุด
4. การไม่ใช้ยาต้ม ยาสมุนไพร ในการรักษาโรคเบาหวาน	4.44	1.14	มาก
5. การขอซื้อยารักษาโรคเบาหวานของเพื่อนเมื่อยาของท่านหมด	4.34	1.43	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	3.21	1.41	ปานกลาง
1. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดิน การขี่จักรยาน แอโรบิคเบา ๆ รำมวยจีน ภายบริหาร	3.23	1.42	ปานกลาง
2. การออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายต่อเนื่องและการผ่อนคลาย	3.19	1.41	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	4.06	1.00	มาก
1. การจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิ ดูทีวี ฟังเพลง คุยกับเพื่อน เป็นต้น	4.03	0.98	มาก
2. การเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีสติ	4.17	0.95	มาก
3. การพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานคนอื่น ๆ ในคลินิกเบาหวานเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพตนเอง	3.92	1.16	มาก
4. การปรึกษาปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไปกับเพื่อน คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ	4.13	0.93	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 283) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับการรับรู้		
	Mean	SD	แปลผล
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง	4.39	0.86	มาก
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	4.55	0.67	มากที่สุด
2. การมาพบแพทย์ตามนัด	4.82	0.45	มากที่สุด
3. การมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ	3.79	1.48	มาก
โดยรวม	4.03	0.41	มาก

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7\%$) กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c > 7\%$) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง ระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n = 283)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ระดับน้ำตาลในเลือด				p-value
	HbA1c ≤ 7%		HbA1c > 7%		
	M	SD	M	SD	
ด้านการรับประทานอาหาร	3.64	0.56	3.71	0.47	.260
ด้านการรับประทานยา	4.48	0.52	4.49	0.56	.932
ด้านการออกกำลังกาย	3.16	1.37	3.26	1.37	.560
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.99	0.85	4.13	0.77	.146
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง	4.35	0.59	4.43	0.55	.248
รวม	4.00	0.42	4.06	0.40	.144

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก พิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง และด้านการจัดการกับความเครียด ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีการวินิจฉัยเป็นเบาหวานครั้งแรกมีการจัดชุดให้ความรู้โดยพยาบาล เรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคร่วม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติและการมาพบแพทย์ตามนัด ให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้โรคเบาหวานผ่านสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งกลุ่มไลน์และมีสมุดบันทึกผลการดูแลประจำตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยา และการดูแลรักษาต่อเนื่องที่ดี สำหรับด้านการจัดการความเครียด พยาบาลมีการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานทุกช่วงวัย มีการจัดกลุ่มการดูแลระหว่างเพื่อนช่วยเพื่อนที่สอดคล้องกับกลุ่มช่วงอายุ มีการให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตนเองกำลังประสบอยู่ สอดคล้องกับ เอกภพจันทร์สุคนธ์ และคณะ⁹ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกับสุวรรณิ สร้อยสงค์ และคณะ⁶ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแพร่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการจัดการความเครียด การมาตรวจตามนัด และการจัดการระดับน้ำตาลในเลือด และจากการศึกษาของอัสนี ศศิภัทรพงศ์⁵ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

ขณะที่ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีพฤติกรรมการไม่ดื่มน้ำอัดลม โอเลี้ยง ชา กาแฟ หรือนมข้นหวานอยู่ในระดับน้อย แสดงว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการดื่มน้ำหวานที่ไม่ดี เมื่อสอบถามเพิ่มเติมพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรรม ทำให้มีความรู้สึกลัว การดื่มน้ำหวานทำให้มีความสดชื่น มีแรงในการทำงาน การดื่มน้ำหวานเพียงเล็กน้อยไม่ได้ทำให้ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นมากเท่าใดนัก สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณิพงษ์¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับ วิสุทธิ์ โนจิตต์ และคณะ¹¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านรับประทานอาหาร และด้านออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของอัสนี ศศิภัทรพงศ์⁵ พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากทั้งในกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้และความคุมเบาหวานไม่ได้ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง แต่ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่ถูกต้องอยู่พอสมควร โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการบริโภคและการออกกำลังกาย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7\%$) กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c > 7\%$) โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก

พยาบาลมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานผ่านการประชาสัมพันธ์ทุกเช้า และมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม ทำให้พฤติกรรมการดูแลระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับไม่ได้ ไม่แตกต่างกันมากนัก สอดคล้องกับงานวิจัยของอัสนี ศศิภัทรพงศ์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลม ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ความรู้เรื่องอาหารทางเลือก ซึ่งเป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาลโดยไม่ให้พลังงานมีการกำหนดปริมาณปลอดภัยที่สามารถบริโภคต่อวัน เช่น ควรรับประทานข้าวกล้อง ขนมอบโฮลวีท ถั่วเมล็ดแห้ง ผักใบเขียวเช่น คื่นช่าย ตำลึง ผักกาดขาว รวมถึงผลไม้ที่มีรสชาติดหวาน เช่น ฝรั่ง 1 ผลเล็ก แก้วมังกรครึ่งผล ส้ม 1 ลูกเล็ก เป็นต้น ซึ่งเพียงพอต่อคุณค่าทางอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มอายุ รวมทั้งร่วมหาทางแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทของโรงพยาบาลด่านช้างต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เดชา พงษ์สุพรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ซึ่งสนับสนุนโครงการการพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัยของกลุ่มงานการพยาบาล ปี พ.ศ. 2566 และขอขอบคุณ ผศ. ดร.สุภาภรณ์ วรอรุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรธรรมบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และดร.ทีปทัศน์ ชินดาปัญญากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไขข้อบกพร่องอันเป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas (10th eds.); 2021. [cited 2023 March 30], Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics B.E. 2021. Bangkok: The War Veterans Affairs Office Printing; 2022.
3. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice (6th eds.). St. Louis: Mosby; 2001.
4. Peerawankul N. Self-care behavior of type 2 diabetes patients at Prankratai Hospital Kamphaeng Phet Province. Science and Technology Northern Journal 2022;3(3):39-55. (in Thai)
5. Sasipattarapong A. Knowledge and self-care behaviors among type 2 diabetes patients in Chumphae primary care cluster, Chumphae District, Khon Kaen. Nakhornphanom Hospital Journal 2022;9(1): e256081. (in Thai)
6. Sroisong S, Rueankon A, Ngaoratsame J, Janwijit S, Fuongtong P, Kaewtankham K. Self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Disease and Health Risk DPC.3 2020;14(1):35-47. (in Thai)
7. Siangdung S. Self-care behaviors of patients with uncontrolled DM. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):191-204. (in Thai)
8. Best JW, Kahn JV, Jha AK. Research in education (10th eds.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 2016.
9. Junsukon E, Srijaroen W, Samruayruen K. Factors predicting self-care behaviors in type II diabetes mellitus patients in Amphoe Mueang, Phitsanulok Province. Eau Heritage Journal Science and Technology 2017;11(3):229-39. (in Thai)
10. Khuneepong A. Factors influencing self-care behavior of type 2 diabetic mellitus patients in Phatthana Nikhom District, Lop Buri Province. Journal of the Department of Medical Services 2018;43(3):101-7. (in Thai)
11. Nochit W, Sa-nguansaj S, Kerdmuang S, Sooksom S, Dumkum B, Nawamawat J. Predictive factors of self-health care among patients with type 2 diabetes in Sapphaya district, Chainat Province. Journal of Kanchanaburi Rajabhat University 2019;8(2):200-12. (in Thai)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
85 ถนนสมเด็จฯ ตำบลเมืองศรีโค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
โทร. 045 – 353226 - 7
E-mail : nurseubujournal@gmail.com