



วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นสื่อกลางให้ทราบถึงข้อมูล สถานภาพและเกียรติศักดิ์ ศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมและเผยแพร่ความคิดของมวลสมาชิกเสริมสร้างความแข็งแกร่งแห่งวิชาชีพ
4. ก่อให้เกิดพลังสามัคคีสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างมวลสมาชิก เกิดความตระหนักถึงความสำคัญขององค์กรวิชาชีพพยาบาล

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

การสมัครสมาชิก

ให้กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com โดยมีอัตราค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม)
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม)
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม)
- (ท่านที่ประสงค์จะสั่งซื้อรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท)

เจ้าของ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ
สำนักงาน: อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213

ที่ปรึกษา:	อ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพทย์ นายกสมาคมฯ
บรรณาธิการ:	ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ:	ผศ.ดร.ปรารถนา ลังการ์พินธุ์ อ.พูนพิลาศ โรจน์สุพจน์	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
กองบรรณาธิการ:	ศ.ดร.ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา ผศ.ดร.อุษณีย์ จินตะเวช อ.ดร.พู่พญา โอซารส รศ.ดร.เดชา ทำดี ผศ.ดร.ศรินทร์ทิพย์ ขวพินธุ์ อ.ดร.อัศนี วันชัย อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ อ.ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพทย์

พิมพ์ที่: บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด
108 ซ. 7 ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทร. 053-216962
www.siampimnana.com

สารบัญ

การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการดึงท่อหายใจออกด้วยตนเอง
ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอด 1

The Research and Development for the Prevention of Self-extubation
among Patients with Coronavirus Diseases and Pulmonary Tuberculosis

อรัญญา พลที	Aranya Pontee
สุธิดา ดีจันทร์จ้อย	Sutida Deejunjoy
นันทกร แสนราชา	Nantakorn Sanracha
กนกวรรณ นีระพันธุ์	Kanokwan Neerapan
สายวสุน จันทคาม	Saiwalun Juntakam
สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง	Sukontip Pattitanung
อนุชา ไทวงษ์	Anucha Taiwong

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 16

Factors Related to Resilience Quotient of End Stage Renal Disease
(ESRD) Patients Receiving Hemodialysis

ศิริกาญจน์ จินาวิน	Sirikan Jinawin
จิระศักดิ์ วิชัยดี	Jeerasak Wichaita

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ:
กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 26

Factors Predicting of Health Behaviors of the Elderly:
A Case Study of a Semi-Urban Elderly Club, Chiang Mai Province

จิตนธิ ริชชี	Jitnatee Ritchie
สุภาภรณ์ จongsคำอาจ	Supaporn Chongkhamang

ผลของโปรแกรมการป้องกัน COVID-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา
สังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ในเด็กวัยก่อนเรียน 42

Effects of COVID – 19 Prevention Based on Social Cognitive Theory
Program on COVID – 19 Prevention Behaviors in Preschool Age

ชนรส อภิญาลังกร	Khanarot Apinyalungkorn
ศิมภรณ์ ฟั่นทอง	Simaporn Fanthong

ผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 55

ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืดและแนวทางการดูแล

The Impact of the COVID-19 Pandemic Situation on Quality of
Life Children with Asthma and Guidelines for Providing Care.

อรอนงค์ อุนจอร์พิพัฒน์

Onanong Anujornpipat

ชวิศา รัตนกมลกานต์

Chawisa Rattanakamolkan

จิราภรณ์ พรหมจักรแก้ว

Jiraporn Promjakkaew

หลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเล็กน้อย 65

ของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายไทยกับกฎหมายอังกฤษ

Professional Nurses and Torts by Negligence Criteria: A Comparison of Law
in Thailand and England

เขตไท ลังการ์พินธุ์

Khettai Langkarpint

บรรณาธิการแปล

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ ฉบับที่ 2 ปี 2565 นี้มีบทความที่น่าสนใจตีพิมพ์ทั้งสิ้นจำนวน 6 เรื่อง ประกอบไปด้วยบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืดและแนวทางการดูแล หลักเกณฑ์ความรับผิดชอบทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายไทยกับกฎหมายอังกฤษ และบทความวิจัย จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการดิ่งท่อหายใจออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปลั่งสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และผลของโปรแกรมการป้องกัน COVID-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ในเด็กวัยก่อนเรียน ทั้งนี้ทางวารสารฯ ได้จัดผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ จำนวน 3 ท่านต่อ 1 เรื่อง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการทุกท่านที่ช่วยพิจารณา ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงต้นฉบับให้เนื้อหามีความสมบูรณ์มากที่สุด คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากเนื้อหาสาระของวารสารนี้ หายที่สุดนี้ขอเชิญชวนพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย และสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ทุกท่านส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้พัฒนาวิชาชีพ และสมาคมฯ ของเราให้ก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
บรรณาธิการ

การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการดึงท่อหายใจออกด้วยตนเอง
ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอด
The Research and Development for the Prevention of Self-extubation
among Patients with Coronavirus Diseases and Pulmonary Tuberculosis

อรัญญา พลที พย.บ*	Aranya Pontee, B.N.S.*
สุธิดา ดีจันทร์จ้อย พย.บ*	Sutida Deejunjoy, B.N.S.*
นันทกร แสนราชา พย.บ*	Nantakorn Sanracha, B.N.S.*
กนกวรรณ นีระพันธุ์ พย.บ*	Kanokwan Neerapan, B.N.S.*
สายวสุน จันทคาม พย.บ**	Saiwalun Juntakam, B.N.S.**
สุนทรทิพย์ ปัตติทานัง พย.บ*	Sukontip Pattitanung, B.N.S.*
อนุชา ไทยวงษ์ พย.ม***	Anucha Taiwong, M.N.S***

Corresponding author Email: aranya.1801@gmail.com

Received: 2 Aug 2022, Revised: 25 Nov 2022, Accepted: 4 Dec 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนา นวัตกรรมสำหรับช่วยป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง 2) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรม และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการ ใช้นวัตกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรค ปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 146 ราย และพยาบาล วิชาชีพ จำนวน 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด และ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่านวัตกรรม “ผ้าผูกกรัก พิทักษ์ Tube” ที่พัฒนาขึ้น มีความคงทน แข็งแรง ทำความสะอาดง่าย ใช้งานง่าย สะดวก และมีต้นทุนต่ำ เนื่องจากประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ใน โรงพยาบาล ภายหลังจากการนำนวัตกรรมไปใช้พบว่า สามารถลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและลดอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดได้อย่างมีนัยสำคัญ

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม E-mail: aranya.1801@gmail.com, E-mail: sutida_nooksu@hotmail.com, E-mail: baifern.5551@gmail.com, E-mail: kanokwan581201102@gmail.com, E-mail: sukontip_med@hotmail.com

* Registered nurse, special disease unit Mahasarakam Hospital

**หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคามอาจารย์พยาบาล E-mail: pawfasun.gmail.com

**Head nurse, special disease unit Mahasarakam Hospital

***อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: anucha@smnc.ac.th

***Nursing Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Mahasarakam, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 91.67

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ อาจเป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่สามารถลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง และลดอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดได้ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ควรนำนวัตกรรมนี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน นวัตกรรม การผูกยึดท่อช่วยหายใจ

ABSTRACT

This research and development (R&D) study aimed to 1) develop an innovation to prevent unplanned extubation from self-extubation, 2) evaluate the effectiveness of the innovation, and 3) evaluate the satisfaction of registered nurses on the use of the innovation. The 146 purposive samples were 146 intubated patients with coronavirus disease 2019 and pulmonary tuberculosis in isolation ward, Mahasarakham Hospital, and 21 registered nurses. The research instruments consisted of in-depth interview questions, a data record form for unplanned extubation, a data record form for pressure sores through physical restraint, and questionnaires on the satisfaction of using the innovation. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The results revealed that the innovation of the “Pa pook rak pitak tube” or “Cloth of Love, a Safeguard for the Tube” that was developed showed durability, and strength, easy to clean, easy to use, convenient, and low cost. It was medical waste disposal. It was found that the innovation significantly helps reducing the rate of self-extubation and the incidence of pressure sore through physical restraints. Furthermore, the satisfaction of registered nurses in using this innovation was in a very high level (91.67%). These results suggest that the innovation could reduce the rate of self-extubation and the prevalence of pressure sores through physical restraints among intubated patients with coronavirus disease 2019 and pulmonary tuberculosis. This innovation should be a part of the nursing care for this groups of patients.

Keywords: unplanned extubations, innovation, self-extubation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned extubation: UE) เป็นการถอดท่อช่วยหายใจออกก่อนกำหนด ถือเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่พบได้บ่อยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ โดยพบอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนตั้งแต่ 1 ถึง 6.69 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ^{2,1} แบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุของการเลื่อนหลุด คือ 1) การเลื่อนหลุดจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง (Self-extubation) พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 84.2¹ เกิดขึ้นทั้งจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน มีระดับความรู้สึกตัวลดลง³ และการได้รับยาระงับความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม^{3,4} และ 2) การเลื่อนหลุดโดยไม่ตั้งใจขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย (Accidental extubation) เช่น การตรวจทางรังสี⁵ การพลิกตะแคงตัว⁴ การผูกยึดท่อช่วยหายใจ^{3,4} และการผูกยึดผู้ป่วย⁴ เป็นต้น การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะภาวะขาดออกซิเจนเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล่องเสียงและหลอดลม และจำเป็นต้องรับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ^{1,4} ทำให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจล่าช้า มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น^{1,2} ซึ่งเห็นว่าการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน โดยเฉพาะการเลื่อนหลุดจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย จำเป็นต้องมีการป้องกันและจัดการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา

การผูกยึดผู้ป่วย (Restrained patient) เป็นหนึ่งในกิจกรรมประกอบแผนการรักษาที่จำเป็นต้องปฏิบัติในโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและบุคคลอื่นทั้งในด้านความปลอดภัยและด้านการรักษา⁶ ในการผูกยึดนั้นจำเป็นต้องผูกยึดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของสภาพจิต ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมิน MAAS (Motor activity assess-

ment scale) มากกว่า 4 คะแนน รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ⁷ โดยการผูกยึดผู้ป่วยจะผูกยึดเท่าที่จำเป็น ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในขณะที่ผูกยึด และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด ซึ่งการผูกยึดผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง⁸⁻¹¹ โดยจะใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจตามมาตรฐาน⁸⁻¹¹ เพื่อให้สามารถลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการผูกยึดผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการผูกยึดที่คงทน แข็งแรง ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ร่วมกับการใช้ทักษะ ความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติอย่างรวดเร็ว คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและญาติ และมีการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการผูกยึดแก่ผู้ป่วยและญาติ

หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นหอผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส และผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเป้าหมายของโรงพยาบาลได้กำหนดให้อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนควรน้อยกว่า 7 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ และอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดควรน้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 วันนอนเสี่ยง¹² จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ในเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 พบอัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนยังสูงในกลุ่มที่ไม่มีกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome) ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) ร่วมกับการได้ยาทำให้สงบ (Sedative drug) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงรู้สึกตัวและมีภาวะกระสับกระส่าย (Agitation) บางครั้ง แม้ว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่ออัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดโดยเฉพาะบริเวณข้อมือ ข้อเท้า และใต้รักแร้ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยเช่น

กัน¹² จากการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน จากการศึกษาผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพบว่า 1) การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยทุกรายเกิดจากการที่ผู้ป่วยพยายามลุกนั่งบนเตียง และพยายามใช้มือดึงออกด้วยตนเอง 2) มีอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส และวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจค่อนข้างสูง แม้ว่าผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองแล้วก็ตาม 3) วิธีการผูกยึดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้บนเตียงแบบเดิมไม่เหมาะสม หากมีการผูกยึดที่แน่นจนเกินไปอาจทำให้เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บและเกิดแผลกดทับในตำแหน่งที่มีการผูกยึดได้ และ 4) มีข้อจำกัดในด้านเวลาขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องความดันลบภายใต้ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ซึ่งไม่ควรเกินครึ่งละ 45-30 นาที ในการปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยหลายกิจกรรมด้วยความรวดเร็วภายใต้ระยะเวลาอันจำกัด อาจทำให้การผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจอาจไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดเป็นปัญหาที่สำคัญ และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและป้องกันอย่างเหมาะสมด้วยการผูกยึดผู้ป่วยอย่างเหมาะสมร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่พัฒนาแนวปฏิบัติ⁸⁻¹¹ และนวัตกรรม¹³⁻¹⁶ ที่สามารถช่วยลดอัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแต่ละแนวปฏิบัติให้ความสำคัญเกี่ยวกับการยึดตรึงท่อช่วยหายใจ⁸⁻¹¹ การให้ยาระงับประสาทและยา

คลายกล้ามเนื้อ⁸ การจัดการอาการปวด^{9,11} การผูกยึดผู้ป่วย⁸⁻¹¹ ในขณะที่นวัตกรรมที่พบจะมีลักษณะเป็นถุงมือที่ประดิษฐ์จากขวดน้ำเกลือ¹³⁻¹⁶ ซึ่งแนวปฏิบัติและนวัตกรรมที่สืบค้นได้นั้นมีความแตกต่างกันตามบริบทของหอผู้ป่วยและประเภทของผู้ป่วย ไม่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องแยกโรคและรับการรักษาโดยจัดให้อยู่ในห้องความดันลบ

จากองค์ความรู้ที่ปรากฏและหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งจากแนวปฏิบัติการพยาบาลและนวัตกรรมทางการพยาบาลที่สืบค้นได้ อาจไม่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส และผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในด้านเวลาขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องความดันลบ รวมถึงแนวปฏิบัติและนวัตกรรมที่สืบค้นได้ ยังไม่ครอบคลุมการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด ดังนั้นคณะผู้วิจัย จึงได้จัดทำนวัตกรรม “ผ้าผูกกรักพิทักษ์ Tube” ขึ้น สำหรับผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด โดยมีหลักในการพัฒนานวัตกรรมที่สำคัญ คือ นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทในการดูแลผู้ป่วย (Situation; S) เกิดจากการปรับปรุงและพัฒนาจากสิ่งเดิมที่มีเพื่อให้สะดวกและเหมาะสมกับการใช้ (Modified; M) อาศัยศาสตร์และองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล (Nurse; N) และมีความคิดสร้างสรรค์และมุ่งผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ดี (Creative & clinical outcome; C)¹⁷ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง และการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) สร้างและพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 3) นำนวัตกรรมไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) จำนวน 146 ราย และ 4) ประเมินผลความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565 ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. เวชระเบียนจำนวน 15 ฉบับ เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 12 ฉบับ และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษา

ด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 3 ฉบับ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564-ธันวาคม 2565 เกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค จำนวน 10 ราย เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอด และเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง ตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ตามแนวทางของ Nastasi and Schensul¹⁸ ซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10 ราย หรือน้อยกว่าหากพบว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวเพียงพอ (Data saturation) ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 10 ราย และพบว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวเพียงพอ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษานำร่อง คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 25 ราย และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 12 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารวมทั้งสิ้น 37 ราย

ขั้นตอนที่ 3 การนำนวัตกรรมที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของนวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 120 ราย และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 26 ราย รวมทั้งสิ้น 146 ราย โดยผู้วิจัยเลือกทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ซึ่งประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก และใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีคะแนน MAAS (Motor Activity Assessment Scale) น้อยกว่า 5 คะแนน และมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยมี

อาการแสบหน้าทรวงอก และ 2) ไม่มีกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome) ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) ร่วมกับการได้ยาทำให้สงบ (Sedative drug) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 รายนี้ไม่เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 21 ราย โดยผู้วิจัยเลือกทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ดังนี้

1. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับสภาพปัญหาสาเหตุของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และความต้องการในการพัฒนานวัตกรรมสำหรับช่วยป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง

2. แบบบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติม ประกอบด้วยข้อมูลชนิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ วันและเวลาที่เกิดการเลื่อนหลุด การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหรือไม่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และการให้การพยาบาล ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

3. แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติม ประกอบด้วยข้อมูลตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับจากการผูกยึด ระดับความรุนแรงของแผลกดทับซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) วันและเวลาที่เกิดแผลกดทับจากการผูกยึด และการให้การพยาบาล ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย

ผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คำถาม ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) ความคงทน 2) ความแข็งแรง 3) ความสะดวกต่อการทำความสะอาด และ 4) ความสะดวกต่อการใช้งาน ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1) จนถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกแบบบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมไปตรวจสอบความเหมาะสมและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตระบบหายใจ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติ 1 ท่าน ผลการตรวจสอบพบว่า แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม มีความเหมาะสมและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษา

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา โดยผู้วิจัย 1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 15 ฉบับ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และแบบบันทึกการเกิดแผล

กตัทับจากการผูกยึด 2) สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรค จำนวน
10 ราย เกี่ยวกับสภาพปัญหา สาเหตุการเลื่อนหลุด
ของท่อช่วยหายใจ และความต้องการในการพัฒนา
นวัตกรรมสำหรับช่วยป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อ
ช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง โดยใช้
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กำหนดการสัมภาษณ์ จำนวน
1 ครั้งต่อคน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน โดย
ผู้วิจัยได้มีการนัดสัมภาษณ์ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ห้อง
ประชุมในหอผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่ถูกสัมภาษณ์
สะดวก และไม่เป็นเวลาที่กลุ่มตัวอย่างกำลังปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
โคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษา
ด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 15 ฉบับ พบว่าทุก
ราย (ร้อยละ 100) มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง และ 5 ราย
(ร้อยละ 33.33) พบผลกดทับในบริเวณที่มีการผูก
ยึดผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงและใช้
มือดึงท่อช่วยหายใจออก โดยผลกดทับมักพบใน
บริเวณข้อมือ ข้อเท้า และใต้รักแร้ นอกจากนี้จากการ
ทบทวนตัวชี้วัดทางคลินิกของหอผู้ป่วยในระหว่าง
เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 พบว่ามีอัตราการเลื่อน
หลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วย
ตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วย
วัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจในแต่ละเดือนค่อนข้าง
สูงกว่า และสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่โรงพยาบาลได้
กำหนด รวมถึงพบอัตราการเกิดผลกดทับจากการ
ผูกยึดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด
ด้วยเช่นกัน

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ
งาน จำนวน 10 ราย เกี่ยวกับสภาพปัญหา สาเหตุการ
เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และความต้องการใน
การพัฒนานวัตกรรมสำหรับช่วยป้องกันการเลื่อน
หลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วย
ตนเอง พบว่า 1) การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดย
ไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยทุกรายเกิดจากการที่ผู้ป่วย

พยายามลุกนั่งบนเตียง และพยายามใช้มือดึงออกด้วย
ตนเอง 2) มีอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
จากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
โคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
ค่อนข้างสูง แม้ว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลตาม
แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วย
หายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองแล้วก็ตาม 3)
วิธีการผูกยึดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้บน
เตียงแบบเดิมไม่เหมาะสม หากมีการผูกยึดที่แน่นจน
เกินไปอาจทำให้เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บและเกิด
แผลกดทับในตำแหน่งที่มีการผูกยึดได้ รวมถึงวิธีการ
ผูกยึดแบบเดิมยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน และใช้เวลา
ค่อนข้างนานในการผูกยึดแต่ละครั้ง และ 4) มีข้อ
จำกัดในด้านเวลาขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้อง
ความดันลบ กล่าวคือในการปฏิบัติการพยาบาลใน
ห้องความดันลบแต่ละครั้ง พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้
จะต้องสวมใส่ชุดอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล
(Personal Protective Equipment; PPE) ซึ่งค่อนข้าง
เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน อีกทั้งการปฏิบัติ
งานภายใต้ชุดนี้ไม่ควรเกินครั้งละ 30-45 นาที¹⁹
เนื่องจากการสวมหน้ากากชนิด N95 ที่แน่นกระชับ
ต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะทำให้รู้สึกอึดอัด มีภาวะขาด
ออกซิเจน และหมดสติได้²⁰ในการปฏิบัติการพยาบาล
จึงจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยหลาย
กิจกรรมด้วยความรวดเร็วภายใต้ระยะเวลาอันจำกัด
อาจทำให้การผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการการดึงท่อช่วย
หายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนาต้นแบบ
นวัตกรรม จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
ในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ
ในการพัฒนาได้นำสู่การการสร้างต้นแบบนวัตกรรม
ร่วมกับหลักหลักการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม
4 ประการ ได้แก่ นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นต้องสอดคล้อง
กับสภาพปัญหา บริบทในการดูแลผู้ป่วย (Situation: S)
เกิดจากการปรับปรุงและพัฒนาจากสิ่งเดิมที่มีเพื่อให้
สะดวกและเหมาะสมกับการใช้ (Modified: M) อาศัย
ศาสตร์และองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล (Nurse;

N) และมีความคิดสร้างสรรค์และมุ่งผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ดี (Creative & clinical outcome: C)¹⁷ แล้วสรุปแนวคิดหลักเพื่อสร้างต้นฉบับนวัตกรรมได้ 4 ประเด็นคือ 1) นวัตกรรมที่สร้างขึ้นต้องสามารถแก้ไขปัญหาที่พบได้ 2) ใช้วัสดุที่หาง่ายและราคาไม่แพงในการสร้างนวัตกรรม 3) ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหา และ 4) มุ่งประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

ดำเนินการสร้างและพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ในขั้นตอนนี้จะเป็นการนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างต้นแบบนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ โดยการสร้างต้นแบบนวัตกรรมจะประกอบด้วยหลักคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แล้วสรุปแนวคิดหลักและดำเนินการสร้างต้นแบบนวัตกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการสร้างต้นแบบนวัตกรรมครั้งที่ 1 โดยออกแบบนวัตกรรมให้มีลักษณะเป็นชุดที่ตัดเย็บด้วยผ้า และมีห่วงพลาสติกสำหรับสอดเชือกผ้าสำหรับยึดตรึง (ภาพที่ 1- ซ้าย) จากนั้น ผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง โดยให้ผู้วิจัยเป็นผู้ป่วยสมมติ และประเมินความเป็นไปได้ก่อนที่จะนำไปใช้งานจริง พบว่าต้นแบบนวัตกรรมครั้งที่ 1 ประดิษฐ์และตัดเย็บด้วยผ้าอาจจะทำความสะอาดได้ยากหากมีการเปื้อนคราบเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย รวมถึงนวัตกรรมนี้มีห่วงพลาสติกสำหรับสอดเชือก ซึ่งเป็นวัสดุที่ค่อนข้างแข็ง และอาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ในบริเวณที่มีการผูกยึดโดยเฉพาะบริเวณคอ และรักแร้ จึงได้พัฒนาเป็นต้นแบบนวัตกรรมครั้งที่ 2 (ภาพที่ 1- ขวา) ตั้งชื่อว่า “ผ้าผูกกรัก พิทักษ์ Tube” ประกอบด้วยต้นแบบนวัตกรรม 2 ชิ้นคือ 1) ชุดสำหรับผูกยึดผู้ป่วย ใช้สำหรับผูกยึดผู้ป่วยไม่ให้ลุกจากเตียงและไม่สามารถใช้มือดึงท่อช่วยหายใจออกได้ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วย ก้ามปูลือคขนาด 1.2 นิ้ว ตัวเลื่อน ขนาด 1.2 นิ้ว หนังเทียมซึ่งเป็นวัสดุเหลือใช้ในหอผู้ป่วย เชือกสายกระเป๋าคานขนาดกว้าง 1.2 นิ้ว ด้าย กรรไกร เข็มเย็บผ้า และผ้าสำหรับซับเลือดใน

ห้องผ่าตัด โดยมีวิธีในการทำคือ 1.1) นำหนังเทียมมาวัดบริเวณส่วนไหล่กว้าง 13 เซนติเมตร ส่วนคอกกว้าง 20 เซนติเมตร ช่วงไหล่ถึงรักแร้ยาว 25 เซนติเมตร ความยาวไหล่ถึงเอว 43 เซนติเมตร กว้าง 60 เซนติเมตร ดำเนินการตัดเย็บให้ได้ตามขนาดที่วัดไว้ (ภาพที่ 2) 1.2) นำแบบเสื้อที่ตัดไว้เย็บเข้ากับผ้าสวอปเพื่อเพิ่มความนุ่มให้ตัวชุด 1.3) นำเชือกสายกระเป๋ามาตัดให้ได้ความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 4 เส้น และความยาว 128 เซนติเมตร จำนวน 4 เส้น 1.4) นำเชือกสายกระเป๋าคความยาว 10 เซนติเมตรมาเย็บเข้ากับก้ามปูลือคตัวรับและขนาดเส้น 128 เซนติเมตรเย็บเข้ากับก้ามปูตัวเสียบและตัวเลื่อนสำหรับปรับเชือกสายกระเป๋าคให้แน่น และ 1.5) นำเชือกสายกระเป๋าคที่เย็บติดกับก้ามปูลือคตัวรับเย็บเข้ากับชุดบริเวณไหล่ทั้ง 2 ข้างและช่วงเอวทั้ง 2 ข้าง 2) ถูมือป้องกันการดิ่งท้อช่วยหายใจ ใช้สำหรับสวมที่มือของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดิ่งท้อช่วยหายใจ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วย ขวดน้ำเกลือชนิดใส และเชือกไหมพรมสำหรับถักคลุมขวดน้ำเกลือ ซึ่งต้นแบบนวัตกรรมครั้งที่ 2 นี้ ผู้วิจัยได้ประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ ช่วยรักษาสิ่งแวดล้อมและยังประหยัดช่วยลดต้นทุนการผลิต โดยมีต้นทุนการผลิตอยู่ที่ 95 บาท

จากนั้นนำต้นแบบนวัตกรรมครั้งที่ 2 ที่ได้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตระบบหายใจ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติ 1 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของนวัตกรรมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด พบว่า นวัตกรรมต้นแบบที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก นวัตกรรมมีความสอดคล้องและเหมาะสมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง รวมถึง

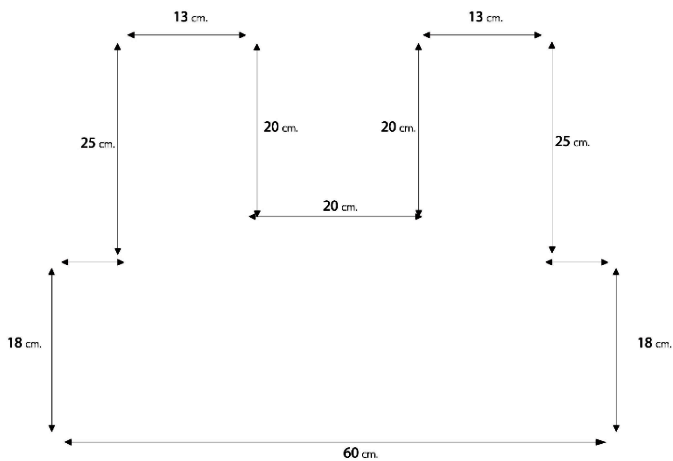
การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม ครั้งที่ 1



การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม ครั้งที่ 2



ภาพที่ 1 แสดงนวัตกรรม “ผ้าผูกกรัก พิทักษ์ Tube” ในการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมแต่ละครั้ง



ภาพที่ 2 แสดงแบบในการตัดเย็บต้นแบบนวัตกรรม

การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดจากนั้นนำไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 37 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา พบว่า มีอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดลดลง นวัตกรรมสามารถใช้งานได้ง่าย สะดวก และสามารถนำไปใช้งานได้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การนำนวัตกรรมที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของนวัตกรรม โดยนำนวัตกรรมต้นแบบนวัตกรรมครั้งที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 146 ราย ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรคโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยต้นแบบนวัตกรรมนี้ประกอบด้วย 1) ชุดสำหรับผูกยึดผู้ป่วย และ 2) ถุงมือป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ก่อนการใช้นวัตกรรมนี้พยาบาลผู้ให้การดูแลอนุญาตผู้ป่วยเพื่อผูกยึด และให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นในการผูกยึดและขั้นตอนในการผูกยึด รวมถึงขั้นตอนในการผูกยึดให้เวลาญาติในการตัดสินใจ หากญาติให้ความยินยอมจะให้ญาติผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผูกยึดด้วยนวัตกรรมนี้ วิธีการใช้งาน 1) ชุดสำหรับผูกยึดผู้ป่วย ใช้สำหรับผูกยึดผู้ป่วยไม่ให้ลุกจากเตียงและไม่สามารถใช้มือดึงท่อช่วยหายใจออกได้ ก่อนที่จะผูกยึดผู้ป่วย วิธีการใช้งานจะจัดให้ผู้ป่วยนอนราบกับเตียงผู้ป่วย สวมชุดนี้ไปจนตัวของผู้ป่วย ดำเนินสวมกัมพูถือคตัวรับที่ชุดให้เข้ากับกัมพูตัวเสียบที่เตียงผู้ป่วย จากนั้นปรับความยาวสายให้พอเหมาะไม่แน่นหรือหลวมเกินไป และ 2) ถุงมือป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ใช้สำหรับสวมที่มีมือของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด โดยมีการสรุปผลการทดลองใช้และวิเคราะห์อัตราการเกิดแผลกดทับของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้ออกแบบ และอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดเป็นรายเดือน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม โดยเป็นการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 65-01-046

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ผลการพัฒนานวัตกรรม พบว่า พัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้จำนวน 2 ชั้น (ภาพที่ 1- ขวา) ตั้งชื่อว่า “ผ้าผูกยึดพิทักษ์ Tube” ประกอบด้วย 1) ชุดสำหรับผูกยึดผู้ป่วย ใช้สำหรับผูกยึดผู้ป่วยไม่ให้ลุกจากเตียงและไม่สามารถใช้มือดึงท่อช่วยหายใจออกได้ สร้างและประดิษฐ์จากหนังเทียมจากเปลือกหมอนเก่าซึ่งเป็นวัสดุเหลือใช้ในหอผู้ป่วย มีความนิ่ม ยืดหยุ่นได้เล็กน้อย และทำความสะอาดได้ง่าย 2) ถุงมือป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ใช้สำหรับสวมที่มีมือของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ สร้างและประดิษฐ์จากขวดน้ำเกลือชนิดใสซึ่งเป็นวัสดุเหลือใช้ในหอผู้ป่วย และเชือกไหมพรมสำหรับถักคลุมขวดน้ำเกลือ

2. ประสิทธิภาพของนวัตกรรมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด

2.1 อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ผลการวิจัยพบว่า มีอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดลดลงและต่ำ

กว่าเกณฑ์เป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด คือมีอัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนน้อยกว่า 7 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดควรมีน้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 วันนอนเสี่ยง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและอัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ก่อนการใช้นวัตกรรม			หลังการใช้นวัตกรรม						
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	
		64	64	64	65	65	65	65	65	65	65
อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง	≤ 7 ต่อ 1000 vent	สูง	สูง	สูง	5.67	3.73	4.23	3.44	3.44	3.44	4.20
อัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด	≤ 5 ต่อ 1000 วันนอนเสี่ยง	สูง	สูง	สูง	1.22	2.31	0	0	0	0	0

3. ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ

3.1 ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับมากร้อยละ 91.67 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า นวัตกรรมมีความคงทน (Mean=0.12 ± 69.4) ความแข็งแรง (Mean=0.12 ± 69.4) ความสะดวกต่อการทำความสะอาด (Mean=0.19 ± 61.4) และความสะดวกต่อการใช้งาน (Mean=0.43 ± 69.4) อยู่ในระดับมากขึ้นไป

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

นวัตกรรมนี้สร้างขึ้นจากการค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริงในหน่วยงานสู่การ

สร้างต้นแบบนวัตกรรมร่วมกับหลักคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยตั้งชื่อว่า “ผ้าผูกกรัก พิทักษ์ Tube” ประกอบด้วยนวัตกรรม 2 ชิ้นคือ 1) ชุดสำหรับผูกยึดผู้ป่วย ประดิษฐ์และตัดเย็บมาจากหมอนหนังเทียมใบเก่าที่ชำรุด และเป็นวัสดุเหลือใช้ในโรงพยาบาล โดยนวัตกรรมนี้มีลักษณะคล้ายเสื้อ ใช้สำหรับผูกยึดผู้ป่วยไม่ให้ลุกจากเตียงและไม่สามารถใช้มือดึงท่อช่วยหายใจออกได้ และ 2) ถุงมือป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ประดิษฐ์จากขวดน้ำเกลือชนิดใสร่วมกับการถักด้วยเชือกไหมพรม เจาะรูเพื่อให้สามารถระบายอากาศได้ดี และสามารถมองเห็นนิ้วมือของผู้ป่วยได้ โดยถุงมือนี้นี้จะสวมใส่ที่มือทั้งสองข้างของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ โดยนวัตกรรม “ผ้าผูกกรัก พิทักษ์ Tube” นี้จะใช้สำหรับผูกยึดผู้ป่วยทุกรายในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ การผูกยึดผู้ป่วยจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นนั่งบนเตียงและดึงท่อช่วยหายใจได้ อย่างไรก็ตามหากมีการผูกยึดที่แน่นจนเกินไปหรือในรายที่มีอาการกระสับกระส่ายต่อต้านการผูกยึด อาจได้รับบาดเจ็บและเกิดแผลกดทับในตำแหน่งที่มีการผูกยึดได้ รวมถึงการมีข้อจำกัดในด้านเวลาขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องความดันลบภายใต้การสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่ไม่ควรเกินครั้งละ 30-45 นาที^{19,20} จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยหลายกิจกรรมด้วยความรวดเร็วภายใต้ระยะเวลาอันจำกัด อาจทำให้การผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจอาจไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นนวัตกรรมที่สร้างขึ้นนี้จึงเป็นนวัตกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยในการผูกยึดไม่ให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงและดึงท่อช่วยหายใจออกได้ รวมถึงช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เกิดจากการผูกยึดผู้ป่วย นอกจากนี้นวัตกรรมนี้ยังได้ประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ ช่วยรักษาสิ่งแวดล้อมและยังประหยัดช่วยลดต้นทุนการผลิต ซึ่งต้นทุนการผลิตอยู่ที่ชุดละ 95 บาท นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจในแต่ละครั้ง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณครั้งละ 1,850 บาท หรือประมาณ 18,500-27,750 บาทต่อเดือน

2. ประสิทธิภาพของนวัตกรรมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง และการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้นวัตกรรม 1) อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองลดลง และต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด คือ น้อยกว่า 7 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) อัตราการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึดลดลง และต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด คือ ครนน้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 วันนอนเสี่ยง แสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลมีการผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ชุดสำหรับผูกยึดแทนการผูกยึดผู้ป่วยแบบเดิม ซึ่งนวัตกรรมนี้มีลักษณะคล้ายเสื้อตัดเย็บด้วยหนังเทียมซึ่งเป็นวัสดุที่มีความแข็งแรง มีจุดสำหรับผูกยึดจำนวน 4 จุด และล๊อคด้วยก้ามปู ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลุกขึ้นนั่งบนเตียงนอนจากเตียงและไม่สามารถใช้มือดึงท่อช่วยหายใจออกได้ นอกจากนี้ยังมีการใช้ถุงมือป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ประดิษฐ์จากขวดน้ำเกลือชนิดใสร่วมกับการถักด้วยเชือกไหมพรม เจาะรูเพื่อให้สามารถระบายอากาศได้ดี และสามารถมองเห็นนิ้วมือของผู้ป่วยได้ โดยถุงมือนี้นี้จะสวมใส่ที่มือทั้งสองข้างของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ เมื่อใช้นวัตกรรมร่วมกับการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสและวัณโรคปอดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จึงทำให้สามารถอัตราเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง นอกจากนี้ชุดสำหรับผูกยึดนี้ได้ตัดเย็บมาจากหนังเทียมและผ้าสำหรับซับเลือดในห้องผ่าตัด จึงทำให้ชุดมีความนิ่ม ยืดหยุ่นได้เล็กน้อย ไม่เกิดแรงกดทับในจุดที่มีการผูกยึด ซึ่งอาจช่วยลดแรงกดทับในบริเวณข้อมือ และใต้รักแร้ ซึ่งเป็นจุดที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

3. ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นวัตกรรม มีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับมาก ร้อยละ 91.67 เนื่องจากเมื่อนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยพบว่านวัตกรรมมีความคงทน แข็งแรง ง่ายต่อการทำความสะอาด และความสะดวกต่อการใช้งาน รวมถึงมีประสิทธิผลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด ได้รับการแก้ไขด้วยนวัตกรรมที่สร้างขึ้นจากวัสดุเหลือใช้และมีต้นทุนไม่สูง ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ของโรงพยาบาล ยังก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและบรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย

จากผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การผูกยึดผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนได้จากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา⁸⁻¹¹ จะเห็นได้ว่านวัตกรรม “ผ้าผูกกรัก พัททช์ Tube” ที่พัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนาที่ระบบ

ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการแก้ไข ปัญหาของบุคลากรภายในหอผู้ป่วย สามารถนำมาใช้ทดแทนการผูกยึดผู้ป่วยในรูปแบบเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเองและการเกิดแผลกดทับจากการผูกยึด ได้รับการแก้ไขด้วยนวัตกรรมที่สร้างขึ้นจากวัสดุเหลือใช้และมีต้นทุนไม่สูง ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ของโรงพยาบาล ยังก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและบรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรมนี้อาจมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเพ้อคลั่ง สับสน และกระสับกระส่าย การผูกยึดผู้ป่วยด้วยนวัตกรรมนี้อาจยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาคลายกล้ามเนื้อร่วมด้วย ซึ่งการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง จำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้การผูกยึดมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย นอกจากนี้ควรพัฒนานวัตกรรมให้มีขนาดที่หลากหลาย เพื่อให้การผูกยึดผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Li P, Sun Z, Xu J. Unplanned extubation among critically ill adults: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit Care Nur.* 2022;103-219.
2. da Silva PSL, Fonseca MCM. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Anesth Analg.* 2012;114(5):1003-14.
3. Tanios M, Epstein S, Grzeskowiak M, Nguyen HM, Park H, Leo J. Influence of sedation strategies on unplanned extubation in a mixed intensive care unit. *Am J Crit Care.* 2014;23(4):306-14.
4. Cosentino C, Fama M, Foà C, Bromuri G, Giannini S, Saraceno M, et al. Unplanned Extubations in Intensive Care Unit: evidence for risk factors: A literature review. *Acta Biomed Ateneo Parm.* 2017;88(Suppl 5):55-65.
5. Menon K, Dundon B, Twolan B-L, AlShammari S. Approach to unplanned extubations in a pediatric intensive care unit. *Can J Crit Care Nurs.* 2015;26(3):25-9.
6. de Bruijn W, Daams JG, van Hunnik FJ, Arends AJ, Boelens A, Bosnak EM, et al. Physical and pharmacological restraints in hospital care: protocol for a systematic review. *Front Psychiatry.* 2020;10:921.
7. Sharifi A, Aرسالani N, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahbolaghi F. The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Syst Rev.* 2021;10(1):1-10.
8. บังอร นาคฤทธิ อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารเกื้อการุณย์.* 2015;22(1):129-43.
9. มณีนุช สุทธสนธิ์ ขนิษฐา แก้วกัลยา และวาสนา นัยพัฒน์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยอาการหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา.* 2017;10(2):58-70.
10. วิภารัตน์ นาวารัตน์ พนมพร พุทธิพงษ์พันธุ์ ปรีชาติ ศรีอนรรักษ์ ปทุมพร กานยะคามิน และสุวิณา เบาะเปลี่ยน. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผนต่ออัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2560;18(1):167-75.
11. กุสมาลย์ รัมศิริ นิตินา เพชรสิงห์ และจีระพรรณ วันหาภิจ. ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. *ชัยภูมิเวชสาร.* 2019;39(1):16-25.

12. หอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานสรุปตัวชี้วัด เกณฑ์ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี 2564. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2564.
13. วรนาฏ วุฒิเป็ก. การพัฒนาการพยาบาลในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด. ศรีสะเกษ, โรงพยาบาลชุมชน; 2560.
14. สว่าง ปานบัว และนายตา คำสว่าง. การป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากการที่ผู้ป่วยดึงออกเอง หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช; 2563.
15. ไพลิน ชินคำ ณิชฎีกานต์ อรรถอาภา และภัทรพร โตสาลี. การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต. นครสวรรค์: โรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ; 2560.
16. อ้อย เกิดมงคล และปิยภรณ์ หลีกมัน. ถูงมือมหัศจรรย์ลดการดึงท่อช่วยหายใจ (สาขาอายุรกรรม). แม่ฮ่องสอน: โรงพยาบาลศรีสังวาลย์; 2561.
17. อนุชา ไทยวงษ์ กัญญาพัชร เป้าทอง กานต์วี โบราณมูล มลฤดี แสนจันทร์ และวัชรภรณ์ ศรีโสภานวัตกรรมทางการแพทย์ในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2018;15(3):159-68.
18. Nastasi BK, Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. J Sch Psycho. 2005;43(3):177-95.
19. Doğan A, Karasu F, Yilmaz L. The effects of nurses' use of personal protective equipment on their vital signs during the COVID-19 pandemic. Work. 2022(Preprint):1-8.
20. Choudhury A, Singh M, Khurana DK, Mustafi SM, Ganapathy U, Kumar A, et al. Physiological effects of N95 FFP and PPE in healthcare workers in COVID intensive care unit: A prospective cohort study. Indian J Crit Care Med. 2020;24(12):1169.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
Factors Related to Resilience Quotient of End Stage Renal Disease
(ESRD) Patients Receiving Hemodialysis

ศิริกาญจน์ จินาวิน ปร.ด. (การพยาบาล)*

Sirikan Jinawin, Ph.D. (Nursing)*

จีระศักดิ์ วิชัยดีษ นศ. พยบ.**

Jeerasak Wichaita, N.S.**

Corresponding author Email: sirikan@bcnph.ac.th

Received: 13 Nov 2022, Revised: 10 Dec 2022, Accepted: 16 Dec 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ศูนย์ไตเทียม 3 โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 80 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามพลังสุขภาพจิต แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี และแบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคม ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ .71 .87 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับพลังสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 58.67, S.D. = 7.97) โดยการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง

คำสำคัญ : พลังสุขภาพจิต ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** นักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: Simaporn1325@gmail.com

** Nursing student, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the resilience quotient and factors related to resilience quotient of End Stage Renal Disease patients receiving hemodialysis. The participants comprised of 80 End Stage Renal Disease patients, receiving hemodialysis treatment at Hemodialysis clinic, Phrae Hospital, using a random sampling technique. The research instruments included the Resilience Quotient Questionnaires, the Optimism Questionnaires, and the Social Supports Questionnaires. Cronbach's Alpha Coefficient was used to find the reliability of three questionnaires which were .71, .87, and .82 respectively. The demographic data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. The correlation was tested by Pearson's Product Moment Correlation (r).

The results of the study showed that the End Stage Renal Disease patients receiving hemodialysis had a low level of resilience (M = 58.67, SD = 7.97). There were positively significant correlations between optimism and resilience ($p < .01$), However, there were no correlations between social supports and resilience.

Nurses who take care of patients receiving hemodialysis should promote positive thinking to enhance resilience quotient.

Key word: Resilience Quotient, End Stage Renal Disease, Optimism, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มที่จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2015 - 2016 พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 2,077 และ 2,161 คนต่อประชากรล้านคนตามลำดับ¹ เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มจำนวนมากถึง 1,200 คนต่อประชากรล้านคน² ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านอาการรบกวน ความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินของโรคและการรักษาที่ได้รับ³⁻⁵

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติหรือสูญเสียหน้าที่การทำงานติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน โดยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดฝอยในไตอักเสบ โรคไตปัสสาวะ รวมไปถึงการอุดกั้น และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลให้ไตขาดเลือด และถูกทำลาย อัตราการกรองของไตลดลงจนไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดการคั่งค้างของของเสียจำนวนมาก ซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis: PD) 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) 3) การผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือปลูกถ่ายไต (Kidney transplan-

tation: KT)^{3,4} การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายวิธีหนึ่ง แต่ก็อาจทำให้เกิดผลกระทบ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการรักษา เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว อ่อนเพลีย คันตามผิวหนัง นอนไม่หลับ เป็นต้น⁴ ผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรู้สึกหดหู่จากอาการรบกวน และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เช่น ผิวหนังแห้งแตก ขรุขระ สีดำคล้ำ มือเท้าหายากว้าง อีกทั้งต้องหาทางปกปิดร่องรอยจากการผ่าตัดเส้นเลือดแบบถาวรและรอยแผลเข็มจากสายตาคูคูลอื่น รวมไปถึงรู้สึกเครียด วิตกกังวลกับการมีชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น พึ่งพาเครื่องไตเทียม บางคนรู้สึกลำบากและเป็นภาระให้ครอบครัวจากการที่ต้องเผชิญกับภาวะของโรค³⁻⁶ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตเรื้อรังข้างต้นนี้ หากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับและปรับตัวไม่ได้จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมตามมา เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจลดลง ดังนั้นความสามารถในการปรับตัว และฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิตให้สามารถผ่านพ้นและเรียนรู้เหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยพลังใจที่เข้มแข็งซึ่งเรียกว่าพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตจำนวนมากยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป โดยปัจจัยส่งเสริมการเกิดพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ มุมมองที่มองตนเองมีคุณค่า มีความคาดหวังในอนาคต การมองโลกในแง่ดี รับรู้ความสามารถของตนเอง กล้า

แสดงออกและขอความช่วยเหลือ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดี การมีสมดุลทั้งเรื่องงาน และการสนับสนุนทางสังคม^{7,8}

จากการศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การมีสติ ความเข้มแข็งอดทนด้านสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความเข้มแข็งอดทน ความหวัง และการยอมรับต่อความเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม วิธีการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลและมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพลังสุขภาพจิตดีขึ้น ส่งเสริมการปรับตัวต่อสภาวะการเจ็บป่วยและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

การมองโลกในแง่ดี คือ การมีทัศนคติ ความเชื่อ ความหวังในทางบวกว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตจะต้องมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้น เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และตนเองยังมีโอกาสประสบความสำเร็จ มองเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ในด้านที่เป็นคุณ มีความคิดว่าสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และมีความหวังมาจากสภาพแวดล้อมภายนอกไม่ได้เกิดจากตนเอง⁹ จากการศึกษาของอิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล และคณะ⁵ พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยการมองโลกในแง่ดีจะช่วยพัฒนาพลังสุขภาพจิตให้มีสูงขึ้น มีความหวัง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการมองโลกในแง่ดี จะมองปัญหาและสิ่งที่เผชิญในทางบวกรวมถึงคาดหวังผลในอนาคตที่จะเกิดขึ้นในทางบวกด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการชีวิตได้และมีจุดหมายในชีวิตที่มีความหวัง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากภาวะของโรคได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความแข็งแกร่งของจิตใจหรือพลังสุขภาพจิต

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของพลังสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและปกป้องบุคคลจากสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตและเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยอิงอริลิมวัฒนาถาวรกุล⁵ และจากการศึกษาของฉัตรฤติภาระญาตี¹⁰ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย คลายทุกข์ใจ และมีพลังสุขภาพจิตที่ดี จากการศึกษาดังกล่าว ปัจจัยทางด้านการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้สูงขึ้น สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำถามการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นอย่างไร

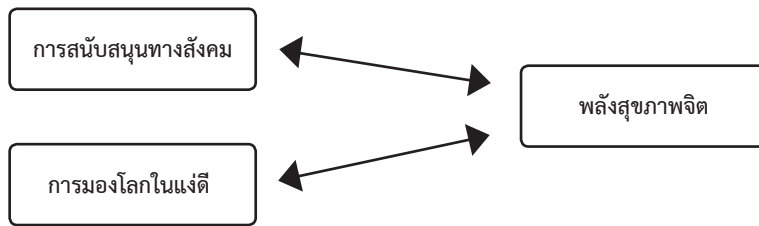
2. การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience quotient: RQ) ของกรมสุขภาพจิต⁷ ซึ่งกล่าวว่าพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต โดยมีปัจจัยมีที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ มุมมองที่มองตนเองมีคุณค่า มีความคาดหวังในอนาคตการมองโลกในแง่ดี รับรู้ความสามารถของตนเอง กล้าแสดงออกและขอความช่วยเหลือ และ 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี การมีสมดุลในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการมองโลกในแง่ดีช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมองชีวิตในทางบวกและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถฟื้นสภาพได้อย่างรวดเร็ว ส่วนการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังรู้สึกพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะการที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ เป็นห่วงเป็นใย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย คลายทุกข์ใจ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต โดยแสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม 3 โรงพยาบาลแพร่ อำเภอเมืองจังหวัดแพร่ จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารได้ดี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 กำหนดใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation bivariate normal model) ในการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบทางเดียว (One-tail) ระบุขนาดอิทธิพล (Effect size) เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยที่จะศึกษาพบว่า ค่า r อยู่ในช่วง .28 - .53 นำมาหาค่าเฉลี่ยได้เท่ากับ .28 และงานวิจัยทางการแพทย์บางส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลน้อยกว่า .30 ผู้วิจัยจึงเลือกขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ .30 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) ที่ .85 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน

77 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 10% รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นชุดคำถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วย ระยะเวลาการบำบัดทดแทนไต โรคประจำตัว และผู้ดูแล

2. แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (RQ)⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม จำนวน 19 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า

3. แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ใช้แบบประเมินการมองโลกในแง่ดีของขจรศรี แส่นปัญญา¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า

4. แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของณัทย วงศ์ปการิณย์¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) โดยค่าที่ได้เท่ากับ .78, .81, .87 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม 3 โรงพยาบาลแพร์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร์ ถึงมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เพื่อขอใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขอใช้แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ในการทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลแพร์ เพื่อดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2565
4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้กับผู้ร่วมวิจัย
5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก่อนเริ่มทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร์ เลขที่ 2/2565 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analytical statistics) ได้แก่ การหาค่าจำนวนความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลปกติ

ผลการวิจัย

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบลักษณะข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่ามีค่าผิดปกติ (Outliers) จำนวน 5 ราย ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คนที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.25 มีอายุเฉลี่ย 61.68 ปี (Min = 23, Max = 85) ร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 52.50 และมีรายได้เฉลี่ย 6,278.25 บาท/เดือน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.75 มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ย 6.60 ปี (Min=1, Max=29) ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ย 5.38 ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 96.25

2. พลังสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.75 มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 58.67 (Mean=58.67, S.D.=7.97) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.75 มีคะแนนการ

มองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 43.66 (Mean=43.66, S.D.=6.58) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.23 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 68.37 (Mean=68.37, S.D.=8.83)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=80)

ตัวแปร	พลังสุขภาพจิต	การมองโลกในแง่ดี	การสนับสนุนทางสังคม
พลังสุขภาพจิต	1		
การมองโลกในแง่ดี	.522**	1	
การสนับสนุนทางสังคม	.213	.156	1

**p < .01

จากตารางที่ 1 พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .522$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

1. พลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 61.68 ปี (Min=23, Max=85) มีโรคร่วมร้อยละ 88.75 (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ) ซึ่งในวัยสูงอายุจะมีความชุกของโรคและความบกพร่องทางกายเพิ่มขึ้นตามวัย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะเครียด

วิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดนั้นจะยิ่งยากลำบากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป เนื่องจากต้องมารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ถูกจำกัดการรับประทานอาหารร่วมด้วยจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีพลังสุขภาพจิตที่ได้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.75) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนยา พลสิงห์ชาญ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง¹³ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องฟอกไตเทียม นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.50) รายได้มาจากเบี้ยสวัสดิการจากรัฐ (เบี้ยผู้สูงอายุ) ซึ่งไม่เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและมีพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnlid and Young¹⁴ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้การศึกษาของ ศรีนยา พลสิงห์ชาญ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง¹³ ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องฟอกไตเทียมที่มีรายได้สูงจะมีคะแนน

พลังสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำเช่นกัน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำอาจเกิดเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีโรคร่วม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผลการศึกษาพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าการมองโลกในแง่ดีจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดเป้าหมาย มีความคาดหวังในชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความเข้มแข็ง จึงส่งผลให้เกิดพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ศรีแสนปัญญา¹¹ ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดีทำให้สามารถลดความเครียด และลดอาการกำเริบของผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคด้วยความเข้มแข็ง นอกจากนี้ สิบงกช ศรีวันทา¹⁵ พบว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ โดยบุคคลที่มีลักษณะภายในและพฤติกรรมที่แสดงถึงการมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้บุคคลนั้นมีความยืดหยุ่น

ที่ดี สามารถปรับตัวกับภาวะคุกคามของชีวิต ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีพลังสุขภาพจิตที่ดี

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยส่วนใหญ่ยังคงเป็นครอบครัวขยาย ผู้ป่วยมีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยกันภายในบ้านทำให้มีคนคอยดูแลช่วยเหลือ อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบเจอกับพยาบาลรวมถึงผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดด้วยกัน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยรวมแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง แต่ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น รายได้ การเกิดโรคร่วม และความเสื่อมตามวัย ดังนั้นถึงแม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากเพียงใด ก็ไม่สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตโดยเสริมสร้างการมองโลกในแง่ดีให้กับผู้ป่วยโดยคำนึงถึงรายได้และอายุของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Agodoa L, Bragg-Gresham J, Balkrishnan R, Shahinian V. US renal data system 2018 annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2019;73(3):1-7.
2. พัทธี สันต์สิ ยุพิน ถนัดวณิชย์ วัลภา คุณทรงเกียรติ และสายฝน ม่วงคุ้ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.* 2563;28(3):53-63.
3. กัณฑ์พร ยอดไชย. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ. *สงขลา: สงขลา พี ซี โปรสเปค;* 2562.
4. วาณิชชา พิงชมพู่. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด. *พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: เอสทีทูตีไซน์;* 2559.
5. อิงอร ลิมวัฒนาถาวรกุล พรชัย จูเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.* 2562; 20(38):24-36.
6. วรวิษา สำราญเนตร ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี และศุภรดา วงศ์จำปา. บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา.* 2563;21(2):3-6.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *มารู้จักกับ RQ (Resilience Quotient).* *ข่าวสารกรมสุขภาพจิต.* 2552;16(182):4-7.
8. American Psychological Association. *The Road to Resilience.* 2014. Available from <https://studentsuccess.unc.edu/files/2015/08/The-Road-to-Resiliency.pdf>
9. Peterson. C. The future of optimism. *Am Psychol.* 2010;51(1):44-55.
10. ฉัตรฤดี ภาระญาติ วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.* 2559;24(2):97-105.
11. ขจรศรี แสนปัญญา. ความวิตกกังวลต่อความตายการมองโลกในแง่ดีความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553.
12. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability, and validity of the Multi-dimension Scale of Social Support (MSPSS): Thai version. *Clin Pract Epidemiology Ment Health.* 2011;7:161-66.
13. ศรีนยา พลสิงห์ชาญ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.* 2561;10(1):129-40.

14. Wagnlid GM, Young HM. Resilience among older women. J Nurs Scholarsh. 2010;22(1):252-55.
15. สุนงกช ศรีวันทา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ:
กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่
Factors Predicting of Health Behaviors of the Elderly:
A Case Study of a Semi-Urban Elderly Club, Chiang Mai Province

จิตนธิ ริชชี ปร.ด. Jitnatee Ritchie, Ph.D*
สุภาภรณ์ จองคำอาจ ปร.ด. Supaporn Chongkhamang, Ph.D**

Corresponding author Email: jitnatee@gmail.com

Received: 23 Nov 2022, Revised: 14 Dec 2022, Accepted: 20 Dec 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 105 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา และ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของบราค ได้เท่ากับ 0.78 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุราโดยรวมในระดับดี (Mean=43.75, S.D.=5.69) พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับพอใช้ (Mean=16.33, S.D.=3.78) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง (Mean=124.39, S.D.=24.60) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เพศ และ อายุสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ได้ร้อยละ 25 ($R^2=0.25$) อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p<.05$) และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้ร้อยละ 15 ($R^2=0.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค

คำสำคัญ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ E-mail: sinthisang@hotmail.com

** Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

ABSTRACT

This predictive correlational research aimed to study the factors affecting health behaviors of members of an elderly club residing in a semi-urban context. Purposive sampling was used to select 105 individuals for study. The instrument was a self-report questionnaire which included 1) demographic data, 2) health literacy 3) health behaviors related to food consumption, exercise, smoking, and alcohol usage and 4) health behaviors related to tuberculosis prevention and rational drug use. The reliability of the questionnaire was determined using Cronbach's alpha coefficient and obtained values of 0.78, 0.82, and 0.83 respectively. The data was analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The results showed that the elderly had overall health behavior related to food consumption, exercise, smoking, and alcohol usage at a high level (Mean=43.75, S.D.=5.69), had tuberculosis prevention behaviors and rational drug use at a high level (Mean=16.33, S.D.=3.78) and had overall health literacy at a moderate level (Mean=124.39, S.D.=24.60). Overall health literacy, gender and age could predict 25% of health behavior related to food consumption, exercise, smoking, and alcohol usage ($p<.05$) and overall health literacy could predict 15% of tuberculosis prevention behavior and rational drug use ($p<.001$).

This research suggests that relevant agencies should organize health literacy programs among the elderly to enhance health behaviors in terms of health promotion and disease prevention.

Keywords: Health behavior, Health literacy, Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คาดประมาณในปี 2583 ประเทศไทยจะมีประชากรทั้งหมดประมาณ 65.4 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 20.42 ล้านคน (ร้อยละ 31.28)¹ รัฐบาลจึงได้กำหนดให้วาระผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (25-59 ปี) และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในการสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุได้มีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสมตามหลักการ 3 ประการคือ ผู้สูงอายุ

กับการพัฒนา สูงวัยอย่างมีสุขภาพดี และการมีสุขภาพะ²

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและสังคม มีความเสื่อมถอยของสุขภาพทางกาย มีความเฉื่อยชาทางปัญญา สมรรถนะ และโอกาสในการเข้าสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจตามวัย รวมไปถึงการยึดติดกับความคิดเหตุผลของตนเองและอารมณ์ที่ไม่มั่นคง³ การที่ชุมชนมีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับกลุ่มคนวัยต่าง ๆ ด้วยสมรรถนะที่ลดลง ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ส่งผลกระทบในเชิงลบ ดังนั้นการพัฒนาเพื่อ

แก้ไขปัญหที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ การพัฒนากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี² มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัย สิ่งหนึ่งที่สามารถพัฒนาได้คือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจ และมีการใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁴

ผลการสำรวจข้อมูลชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยพายัพ ในการฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ปีการศึกษา 2560-2562 พบว่า ผู้สูงอายุ และชุมชนมีจุดแข็งที่นำไปสู่การพัฒนาหลายประการ เช่น เป็นชุมชนที่ต้นทุนทางสังคมหลากหลาย ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ การทอผ้า การทำผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการเกษตร การทำชาสมุนไพร การทำฝีมือจักสาน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม เทศบาลตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาทิ การส่งเสริมสุขภาพ การจัดสวัสดิการสังคม การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณี เพื่อรองรับความต้องการผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามพบว่าสิ่งที่ควรพัฒนาสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับไม่เพียงพอ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา การมีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่เหมาะสมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อ และพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและวัณโรคในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเห็นร่วมกันในการร่วมกันค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในชุมชนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามพฤติกรรมสุขภาพและบริบทของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการใช้ยา^{5,6} ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาในระดับดี^{7,8} การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาทิ ระดับการศึกษา^{9,10} เพศอาชีพ และรายได้^{11,12} แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว^{9,10} ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในระดับสูง^{7,13} ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่บ่งชี้ความเข้มแข็งหรือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^{14,15} และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้¹⁶ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา^{17,18} พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในบางองค์ประกอบยังมีข้อจำกัด เช่น การสื่อสาร การรับรู้ข้อมูล ซึ่งอาจทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

จากข้อมูลดังกล่าวทีมวิจัยชุมชน จึงมีความสนใจในการค้นหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความตระหนักของผู้สูงอายุในการร่วมคิด วิเคราะห์ วางแผน และร่วมทำกิจกรรมสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

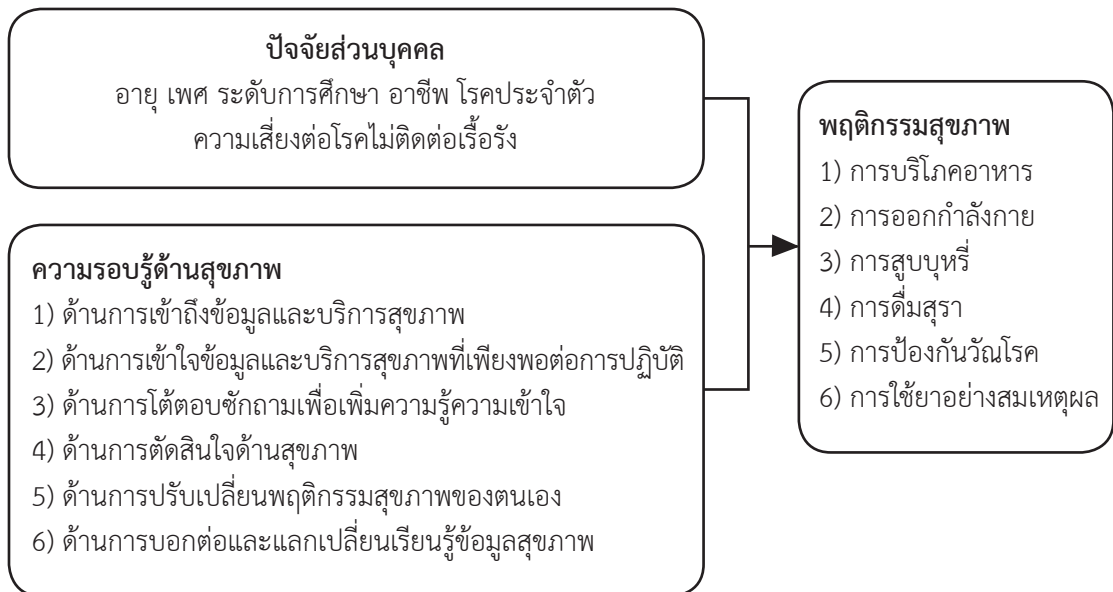
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง จ. เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง จ. เชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประยุกต์จากกรอบแนวคิดของ Pender & Murdaugh¹⁸ โดยศึกษาพฤติกรรม 6 ด้าน คือ 1) การบริโภคอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การสูบบุหรี่ 4) การดื่มสุรา 5) การป้องกันวัณโรคและ 6) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁹ ซึ่งจำแนกความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้านคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและ

บริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การโต้ตอบ ชักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 4) การตัดสินใจ ด้านสุขภาพ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และ 6) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ^{9,10,11} ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเป็นส่วนหนึ่งการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participa-

tory action research) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง ในจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมืองแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 134 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 114 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan²⁰ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกคือเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มาร่วมกิจกรรมสม่ำเสมออาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือไม่สามารถแบบสอบถามได้ครบทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประยุกต์จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของกองสสุขภาพ²¹ ปรับเนื้อหาตามความเห็นร่วมของทีมวิจัยในชุมชนประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

การสูบบุหรี่และการดื่มสุรารวม 11 ข้อ และตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจำนวน 6 ข้อ โดยแบบสอบถามตอนที่ 2-4 เป็นการให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด=5 และน้อยที่สุด=1 ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนโดยคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้น เป็น 3 ระดับ ดังนี้

แบบสอบถามตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม ระดับไม่เพียงพอ 36-83 คะแนน ระดับปานกลาง 84-131 ระดับสูง 132-180 คะแนน และคะแนนความรอบรู้สุขภาพรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี 6-13 คะแนน ระดับพอใช้ 14-21 คะแนน และระดับดี 22-30 คะแนน

แบบสอบถามตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุราโดยรวม แบ่งเป็น พฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดีหรือควรปรับปรุง 11-25 คะแนน ระดับพอใช้ 26-40 คะแนน และ ระดับดี 41-55 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านแบ่งได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับไม่ดี	ระดับพอใช้	ระดับดี
การบริโภคอาหาร	5-11 คะแนน	12-18 คะแนน	19-25 คะแนน
การออกกำลังกาย	2-4 คะแนน	5-7 คะแนน	8-10 คะแนน
การสูบบุหรี่	2-4 คะแนน	5-7 คะแนน	8-10 คะแนน
การดื่มสุรา	2-4 คะแนน	5-7 คะแนน	8-10 คะแนน

แบบสอบถามตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม แบ่งเป็น พฤติกรรมระดับ

ไม่ดีหรือควรปรับปรุง 2-9 คะแนน ระดับพอใช้ 10-17 คะแนน และ ระดับดี 18-24 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านแบ่งได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับไม่ดี	ระดับพอใช้	ระดับดี
ด้านการป้องกันโรค	1-4 คะแนน	5-8 คะแนน	9-12 คะแนน
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	1-4 คะแนน	5-8 คะแนน	9-12 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพที่ทำงานในชุมชน นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาล และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ในแบบสอบถามตอนที่ 2 - 4 มีค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยพายัพ รหัสโครงการ PYU_REC No 62/001, COA No. 62/002 วันที่ได้รับอนุมัติ 15 พฤศจิกายน 2562 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขั้นตอน การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อการรับบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน และในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถามที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจและมีสิทธิแจ้งขอถอนตัวได้ตลอดเวลา ซึ่งคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทีมวิจัยคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด 19

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยร่วมกับทีมวิจัยในชุมชนซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุแกนนำในชมรมผู้สูงอายุในชุมชน รวมจำนวน 12 คน ร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล มีการเตรียมทีมวิจัยเริ่มตั้งแต่การศึกษาข้อมูลและปัญหาชุมชนร่วมกัน การร่วมพัฒนาออกแบบโครงสร้างวิจัย การพัฒนาแบบสอบถามการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านกระบวนการ

วิจัยการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล การนำผลที่ได้มาประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน และนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์ผล

ผู้วิจัยและทีมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในบ้านกลุ่มตัวอย่างหรือในสถานที่ทำการของชมรมผู้สูงอายุตามเวลาที่นัดหมาย ในระหว่างเดือนมีนาคม 2563-ตุลาคม 2563 สำหรับผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ทีมวิจัยแจกแบบสอบถามให้ตอบและรอรับคืนพร้อมตอบข้อซักถามและอธิบายเพิ่มหากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ ในกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านแบบสอบถามไม่ได้ทีมวิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟังทีละข้อและให้ผู้สูงอายุตอบและมีการอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้สูงอายุสงสัยหรือไม่เข้าใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบทีละขั้นตอน (Step-wise multiple linear regression) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้โดยทดสอบการกระจายของข้อมูล ทดสอบความแปรปรวนและความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปร²² ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยวิธีแปลค่า Skewness และ Kurtosis coefficient ทดสอบความแปรปรวนโดยดูค่าจากกราฟ Scatter plot พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่รอบ ๆ เส้นตรงอย่างสมมาตร ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระ โดยมี ค่า VIF น้อยกว่า 10 และค่าTolerance อยู่ระหว่าง 0.86 ถึง 1.00

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 114 ชุด ได้รับแบบสอบถามที่มีคำตอบครบจำนวนกลับคืนมา 108 ชุด และมีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 3 ชุด แบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 105 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.30 ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40.00 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 34.29 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 84.76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.05 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 13.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 65.71 มีโรคประจำตัว คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และร้อยละ 68.57 มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง เช่น ร้อยละ 42.86 รูปร่างท้วมหรืออ้วน ร้อยละ 39.05 มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.48 มีภาวะไขมันในเลือดสูง และร้อยละ 25.71 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง (Mean=124.39, S.D.=24.60) เมื่อวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านในระดับดี ได้แก่ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (Mean=23.34, S.D.=4.40) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (Mean=21.16, S.D.=5.04) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Mean=21.33, S.D.=5.07) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=105)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนจริง	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	56-167	129.39	24.60	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน				
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (6-30 คะแนน)	7-30	20.46	4.82	พอใช้
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (6-30 คะแนน)	8-30	19.52	4.88	พอใช้
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (6-30 คะแนน)	12-30	23.34	4.40	ดี
การตัดสินใจด้านสุขภาพ (6-30 คะแนน)	9-30	21.16	5.04	ดี
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (6-30 คะแนน)	8-30	21.33	5.07	ดี
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ (6-30 คะแนน)	6-30	18.57	6.20	พอใช้

3. พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราโดยรวมในระดับดี (Mean=43.75,

S.D.=4.40) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ (Mean=6.23, S.D.=2.38) ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรามีอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของผู้สูงอายุ (n=105)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา	คะแนนจริง	Mean	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	22-54	43.75	5.69	ดี
พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน				
การบริโภคอาหาร (5-25 คะแนน)	10-25	19.25	3.11	ดี
การออกกำลังกาย (2-10 คะแนน)	2-10	6.23	2.38	พอใช้
การสูบบุหรี่ (2-10 คะแนน)	2-10	8.92	2.15	ดี
การดื่มสุรา (2-10 คะแนน)	2-10	9.35	1.60	ดี

4. พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยรวมในระดับพอใช้ (Mean=16.33, S.D.=3.78) เมื่อจำแนกพฤติกรรม

เหตุผลรายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้ (Mean=7.90, S.D.=2.49) และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับพอใช้ (Mean=8.43, S.D.=2.08) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการป้องกันโรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุ (n=105)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	คะแนนจริง	Mean	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	5-24	16.33	3.78	พอใช้
พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน				
การป้องกันโรค (1-12 คะแนน)	2-12	7.90	2.49	พอใช้
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (1-12 คะแนน)	3-12	8.43	2.08	พอใช้

5. ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ

5.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เพศหญิง และ อายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราโดยรวมของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุราได้ร้อยละ 25 ($R^2 = 0.25$) มีสมการทำนายดังนี้

$$\text{พฤติกรรมสุขภาพ} = 28.04 + 0.39(\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}) + 0.24(\text{เพศ}) - 0.22(\text{อายุ})$$

ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.9	0.02	0.39	4.56	<.001
เพศ	3.01	1.07	0.24	2.80	.006
อายุ	-2.89	1.12	-0.22	-2.57	.012

Constant = 28.04 R = 0.50 R² = 0.25 Adjusted R² = 0.23
F = 11.33 P < .05

วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุราในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ได้ร้อยละ 20 ($R^2 = 0.20$) การบอกต่อและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพรายด้านคือ การ

บริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายได้ร้อยละ 5 ($R^2 = 0.05$) และร้อยละ 13 ($R^2 = 0.13$) ตามลำดับ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองสามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 11 ($R^2 = 0.11$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาอำนาจทำนายของความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

พฤติกรรมสุขภาพ	ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
ภาพรวม*	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง	0.26	0.12	0.24	2.11	.03
	การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	0.43	0.10	0.26	2.38	.02
การบริโภคอาหาร**	การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	0.11	0.05	0.22	2.26	.026
การออกกำลังกาย***	การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	0.14	0.04	0.37	3.99	<.001
การสูบบุหรี่****	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง	0.14	0.04	0.33	3.58	<.001

* Constant=33.60 R=0.45 R²=0.20 Adjusted R²=0.19 F=12.90 P<.05

** Constant=17.22 R=2.17 R²=0.05 Adjusted R²=0.04 F=5.11 P=.026

***Constant=3.62 R=0.37 R²=0.13 Adjusted R²=0.13 F=15.98 P<.001

****Constant=5.91 R=0.33 R²=0.11 Adjusted R²=0.10 F=12.85 P<.001

5.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน
โรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยอธิบายการผันแปรของ

พฤติกรรมการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ร้อยละ 15 (R²=0.15) มีสมการทำนายดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล=8.80+0.39 (ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม)

ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการป้องกันโรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.6	0.14	0.39	3.13	<.001

Constant=8.80 R=0.39 R²=0.15 Adjusted R²=0.14 F=18.27 P<.001

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูล และบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมในภาพรวมและด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ ร้อยละ 14 ($R^2 = 0.14$) และร้อยละ 7 ($R^2 = 0.07$) ตามลำดับ และ

พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านคือ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ และด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ร้อยละ 17 ($R^2 = 0.17$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาอำนาจทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

พฤติกรรมป้องกันโรคและการใช้ยาสมเหตุผล	ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
ภาพรวม*	การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0.29	0.71	0.38	4.13	<.001
ด้านการป้องกันโรค**	การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0.13	0.05	0.25	2.40	.018
	การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพ	0.09	0.04	0.22	2.03	.045
ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล***	การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0.11	0.04	0.26	2.73	.007

*Constant=10.59 R=0.38 $R^2=0.14$ Adjusted $R^2=0.14$ F=17.05 P<.001

**Constant=3.79 R=0.41 $R^2=0.17$ Adjusted $R^2=0.15$ F=9.93 P<.05

*** Constant=6.26 R=0.26 $R^2=0.07$ Adjusted $R^2=0.06$ F=7.47 P=.007

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง (Mean=124.39, S.D.=24.60) และรายด้านพบว่า ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (Mean=

23.34, S.D.=4.40) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Mean=21.16, S.D.=5.04) และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Mean=21.33, S.D.=5.07) อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูล การบริการสุขภาพ (Mean=20.26, S.D.=4.82) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean=19.52, S.D.=4.88) และด้านการบอกต่อและการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ (Mean=18.57, S.D.=6.20) อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี¹⁶ และการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์การเรียนรู้ เขตกรุงเทพมหานคร⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้หรือระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการเข้าใจข้อมูลที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยหรือพอใช้ ทั้งนี้อาจเกิดได้อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การเรียนรู้ต่าง ๆ ลดลง หรืออาจมีความบกพร่องในการสื่อสารและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ส่งผลต่อการทำความเข้าใจ การบอกต่อ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ⁹

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุราโดยรวมในระดับดี (Mean=43.75, S.D.=4.40) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร (Mean=19.25, S.D.=3.11) การสูบบุหรี่ (Mean=8.92, S.D.=2.15) การดื่มสุรา (Mean=9.35, S.D.=1.60) อยู่ในระดับดี ยกเว้นการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ (Mean=6.23, S.D.=2.38) สอดคล้องการศึกษาของวารสารชาติพหุ และพรศิริ พันธสี^{10,11} ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ 2 ส อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ อาจเนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการทำกิจกรรม และความกลัวต่อการเกิดโรคโควิด 19 ทำให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายลดลง²³

นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=16.33,

S.D.=3.78) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=7.90, S.D.=2.49) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^{24,25} ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรค ทำให้มีความรู้และการป้องกันการติดเชื้อในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันดดา ดรณณอม²⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวจึงได้รับคำแนะนำในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการใช้ยาในการรักษาเป็นประจำ ทำให้เกิดความเคยชินและให้ความร่วมมือในการรักษา

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ และอายุสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยทำนายได้ร้อยละ 25 ($R^2 = 0.25$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าความรอบรู้สุขภาพด้านการบอกต่อและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ คำก้อนและคณะ²⁷ ซึ่งบ่งชี้ว่าหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะถ้าความรอบรู้นั้นมาจากการบอกต่อและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะช่วยนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา²⁸ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

สำหรับตนเองได้ และการที่ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มพูดคุย พบปะกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้พบว่า อายุที่น้อยกว่าและเพศเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้การเรียนรู้ช้าลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวิทยา และคณะ⁹ ที่พบว่า อายุมีอิทธิพลเชิงลบต่อความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และในการศึกษาคครั้งนี้ พบว่า เพศหญิงเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่ได้รับการฝึกอบรมและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2.2 พฤติกรรมด้านการป้องกันวินโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมด้านการป้องกันวินโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยทำนายได้ร้อยละ 15 ($R^2 = 0.15$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่พอเพียงต่อการปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวินโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพฤติกรรมการป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นพฤติกรรมที่ไม่ซับซ้อน เมื่อผู้สูงอายุมีความเข้าใจข้อมูลอย่างเพียงพอก็สามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ได้ดี นอกจากนี้ในการศึกษาคครั้งนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านการบอกต่อและการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันวินโรคในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลและมีการบอกต่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ทำให้ผู้สูงอายุทราบข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผลของการเกิดโรค และวิธีการป้องกันโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี อินทร์อักษร และคณะ²⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันวินโรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้ความรู้แรง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวินโรค

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพและด้านการเข้าใจข้อมูลและการบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

2. ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบท ผู้สูงอายุในเขตกิ่งเมือง และกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมือง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
3. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565/11/1]; 9(2):1-8. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/56547>
4. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. ธนวิษณุ แสนสองแคว. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. ปรินญาณินทร์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
6. กขกร ศิวปริยากุล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;3(1):1-4.
7. อารณย์ คำก้อน สุพัตรา บัวที อัจฉรา ชัยชาญ บุญญภัทร์ ภูมิภู และกัญจน์นิชา เรื่องชัยวิสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565;28(2):1-16.
8. อัจฉนา เจศรีชัย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563;1(1):24-34.
9. จิราพร เกศพิชญวัฒน์ สวิณี วิวัฒน์วานิช และชาตินัย หวานวาจา. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์. 2563;36(2):37-52.
10. วราภรณ์ ขาดิพพล. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร 9. 2564;27(2):71-9.
11. พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งนวดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2563;6(1):45-57.
12. Liu, E., Feng, Y., Yue, Z., Zhang, Q. & Han, T. Differences in the health behaviors of elderly individuals and influencing factors: Evidence from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. The International Journal of Health Planning and Management [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 5];34(4):1520-32. Available from: <https://doi.org/10.1002/hpm.2824>
13. สุภาพ ไทยแท้ ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และทิวา มหาพรหม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยนาวิ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565/12/5];48(20):393-406. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/247518/169872>

14. วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2020;2(1):1-9.
15. ประไพพิศ สิงเหเสม พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2562;11(1):37-51.
16. เกษดาพร ศรีสุวอ. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน บ้านแม่นนท์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุตรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2564;4(2)35-44.
17. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี:กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
18. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th edition. Boston, MA; 2011.
19. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
20. Krejci RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas [Internet]. 1970 [cited 2021 Dec,3];30(3):607-610. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
21. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี:กองสุขศึกษา; 2561.
22. Tranmer M, Murphy J, Elliot M, Pampaka M. Multiple linear regression [Internet]. 2nd edition. Cathie Marsh Institution Working Press; 2001 [cite 2022 Jan 18]. Available from: <https://hummedia.manchester.ac.uk/institutes/cmist/archive-publications/working-papers/2020/multiple-linear-regression.pdf>
23. กุลวดี กุลสุนทร เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2021;6(11):288-302.
24. ทศพร ชูศักดิ์ และนันทพร ภูมิแสนโคตร. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. VRU Research and Development Journal Science and Technology. 2021;16(2):15-25.
25. เกศินี อินทร์อักษร พิมกมล อินสุวรรณ ปริมประภา ก้อนแก้ว และกัญเกียรติ ก้อนแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. วารสารควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565/11/1];47(Suppl1):714-23. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/246426>
26. วินัดดา ดรณถนอม. พฤติกรรมการใช้ยาชนิดรับประทานในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในตำบลห้วงม อำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2019;14;11(1):19-27.

27. อภรณ์ คำก้อน สุพัตรา บัวที อัจฉรา ชัยชาญ บุญญภัทร์ ภูมิภู และกัญจน์ณิชา เรื่องชัยวิชิต. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2022;28(2):1-16.
28. อำนวย เนียมหมื่นไวย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2018;4(2):78-92.

พลของโปรแกรมป้องกัน COVID-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา
สังคมต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ในเด็กวัยก่อนเรียน
Effects of COVID – 19 Prevention Based on Social Cognitive Theory
Program on COVID – 19 Prevention Behaviors in Preschool Age

ชนรส อภิญญาสังกร พย.ม*
ศิมารณณ์ ฟันทอง นศ. พยบ.**

Khanarot Apinyalungkorn, M.N.S*
Simaporn Fanthong, N.S.**

Corresponding Author: E-mail: khanarot@bcnph.ac.th

Received: 4 Nov 2022, Revised: 13 Dec 2022, Accepted: 20 Dec 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม กลุ่มตัวอย่างคือเด็กวัยก่อนเรียน อายุระหว่าง 3-5 ปี ที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาล จังหวัดแพร่ จำนวน 14 คน ได้มาโดยสุ่มแบบกลุ่มชนิดสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายชั้นตอน โดยใช้อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านเป็นหน่วยการสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม 2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ทาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้ Rater Agreement Index (RAI) มีดัชนีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.71 (S.D.=4.78) เป็น 12.86 (S.D.=4.13) และด้านการดูแลตนเองและสังคมมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.36 (S.D.=2.63) เป็น 9.43 (S.D.=2.98) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ ส่วนพฤติกรรมด้านการลดการสัมผัสมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.43 (S.D.=2.9) เป็น 15.93 (S.D.=0.26) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** นักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: Simaporn1325@gmail.com

** Nursing student, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

จากผลการศึกษา ที่มีสุขภาพหรือครูผู้สอนในสถานศึกษา สามารถนำโปรแกรมการป้องกันโรค
โควิด19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมไปใช้พัฒนา/ปรับพฤติกรรมเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้
เด็กก่อนวัยเรียนสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น ป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน
และชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรคโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ทฤษฎีการเรียนรู้ทาง
ปัญญาสังคม เด็กวัยก่อนเรียน

ABSTRACT

This quasi-experimental research used one group pretest posttest design. The purpose of this research was to test the results of using the COVID–19 Prevention Program Based on Social Cognitive Theory on COVID–19 preventive behaviors. The sample were 14 preschool children between 3-5 who studying in the Child Development Center Municipality, Phrae Province. This sample was obtained by using cluster random sampling–multi-stage cluster sampling which has district, sub-district, and village as sampling unit. The instruments used were divided into 2 parts. The first one was the COVID–19 Prevention Program Based on Social Cognitive Theory, and the other was the COVID–19 Prevention Behavior Assessment Form. The Content Validity Index was verified by five experts with a result of 1. The Rater Agreement Index was 0.76. Data were analyzed using dependent t-test.

The results showed that the samples had higher scores of COVID–19 prevention behaviors after receiving the COVID-19 prevention program based on Social Cognitive Theory with statistically significance level of 0.01. The mean score of COVID–19 prevention behaviors in the area of avoiding risks increased from 8.71 (SD.=4.78) to 12.86 (SD.=4.13). The mean score of self-care and society increased from 6.36 (SD.=2.63) to 9.43 (SD.=2.98) with statistically significance level of 0.01. The mean score of the exposure reduction increased from 14.43 (S.D.=2.9) to 15.93 (S.D.=0.26), but there was not statistically significant.

Therefore, health team or teacher in an educational setting can bring the COVID-19 prevention program Based on cognitive-social learning theory to develop/adjust behavior of preschool children, so that preschoolers can take care of themselves initially prevent COVID-19 while performing various activities in schools and communities.

Keywords: COVID – 19 Prevention Program, COVID – 19 Prevention Behavior, Social Cognitive Theory, Preschool age children

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลายทศวรรษที่ผ่านมาการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่มีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส เป็นต้น โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ ด้าน ทั้งจากปัจจัยตามธรรมชาติ หรือจากการกระทำของมนุษย์โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ยิ่งทำให้ความเสี่ยงของการแพร่ระบาดข้ามทวีปเพิ่มสูงขึ้น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอีกหนึ่งโรคระบาดที่องค์การอนามัยโลกต้องประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก และเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติของไทยประกาศให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558¹ โดยทั่วโลกมียอดสะสมผู้ป่วยอยู่ที่ 79,192,735 คน และเสียชีวิต 1,740,436 คน ในประเทศไทยมียอดผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 5,829 คน และเสียชีวิต 60 คน² ในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคเท่ากับ 6 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคเท่ากับ 4.1 ต่อแสนประชากร ในประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3,076 คน เสียชีวิต 57 ราย เป็นเด็กอายุ 0-9 ปี จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9 เด็กอายุ 10-19 ปี จำนวน 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8³

โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ จากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย เมื่อผู้ป่วยไอ หรือจาม ละอองเหล่านี้จะตกลงสู่วัตถุหรือพื้นผิวรอบ ๆ จากนั้นเรารับเชื้อเข้าสู่ร่างกายด้วยการสัมผัสพื้นผิวเหล่านั้น แล้วมาสัมผัสใบหน้า หรือรับเชื้อโดยตรงจากการหายใจเอาละอองของผู้ป่วยเข้าไปเมื่อผู้ป่วยไอ หรือหายใจออก โดยเฉลี่ยผู้ป่วย 1 ราย สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นได้เฉลี่ย 2-4 คน จึงเกิดการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็ว ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประมาณร้อยละ 80 มีอาการเพียง

เล็กน้อยหรือไม่มีอาการ แต่บางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้² ระยะเวลาหลังมีรายงานผู้ป่วยเด็กมีอาการคล้ายโรคคาวาซากิ บางรายช็อคและเสียชีวิต เกิดขึ้นในเด็กที่มีสุขภาพดีมาก่อน³ และจากการระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบหลากหลายด้านต่อครอบครัวที่มีเด็กเล็กในสัดส่วนที่สูงกว่าครอบครัวที่ไม่มีเด็กเล็ก ในการดูแลสุขภาพเฝ้าระวังการระบาดมีการกักตัวเด็กทำให้เด็กต้องอยู่ในห้องแคบ ๆ อยู่ภายในบ้าน ไม่ได้ออกไปสถานที่อื่น ๆ บางบ้านที่มีอากาศร้อนเด็กบางคนเป็นผดผื่น มีผลต่ออารมณ์หงุดหงิดจากความไม่สุขสบาย ทำให้ไม่เชื่อฟัง ผู้ดูแลได้⁴ นอกจากนี้สถิติการให้บริการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการของกรมอนามัย พบว่าเด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยลดลงมากเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 โดยลดลงจากร้อยละ 91.2 เป็นร้อยละ 63.7 หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าก็จะเสียโอกาสการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม⁵ ขณะเดียวกันจากการศึกษาผลกระทบในประเทศอิตาลี โดยการแจกแบบสอบถามออนไลน์ ผู้ปกครองที่มีลูกอายุระหว่าง 4 ถึง 10 ปี พบว่าเด็กมีการแสดงพฤติกรรมถดถอย ได้แก่ ปัสสาวะรดที่นอน ร้อยละ 2.84 การสื่อสารทั่วไปแย่ง ร้อยละ 5.48 แสดงอาการกลัวที่ไม่เคยเป็นมาก่อนมากขึ้น และแสดงพฤติกรรมตรงข้ามจากการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันอย่างกะทันหัน ร้อยละ 18.1 เช่น มีความหงุดหงิดเพิ่มมากขึ้น ไม่ยอมรับกฎเกณฑ์ มีความต้องการมากเกินไป ร้อยละ 53.53 แสดงอารมณ์แปรปรวนอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 21.17 มีปัญหาการนอนหลับยาก ตื่นบ่อย ร้อยละ 19.99 มีความกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเมื่อดูรายการทีวีเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา ร้อยละ 34.26⁶ ซึ่งจะพบว่าเด็กนั้นมีปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อทั้งจากภายในบ้านและภายนอกบ้าน โดยสัมผัสกับผู้ใหญ่ที่เข้าและออกภายในบ้านของตนเองหรือจากผู้ที่มาอาศัยอยู่ด้วยกันในบ้านตนเอง และภายนอกบ้านจากการไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมป้องกัน COVID-19 พบว่า ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา-19 นั้น ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายของเชื้อเพียงร้อยละ 30.9 การล้างมืออย่างถูกวิธีร้อยละ 69.0 การไอและการจามที่ถูกวิธี ร้อยละ 55.2 การสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีร้อยละ 80.0 ข้อสรุปจากการวิจัยพบว่า ทุกคนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมือ การไอและการจาม การสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี ร่วมกันรณรงค์ให้ประชาชนรับทราบถึงขั้นตอน และหลักการปฏิบัติอย่างละเอียดและถูกต้อง โดยใช้ภาษา และการสื่อสารที่เข้าใจและจดจำได้ง่าย⁷ อีกทั้งจากการศึกษาความรู้และพฤติกรรมในป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁸ จึงควรเร่งสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายของเชื้อโคโรนา-19 เพื่อให้ทุกคนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองไม่ให้สัมผัสเชื้อดังกล่าว โดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนเรียนที่ต้องในชุมชนของโรงเรียนซึ่งมีผู้คนอาศัยอยู่ในจำนวนมาก

เด็กวัยก่อนเรียน มีพัฒนาการทางสติปัญญาตามช่วงวัยของเพียเจต์ ในขั้นเริ่มต้นที่จะเรียนรู้ในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เด็กมักทำอะไรซ้ำบ่อย ๆ ซึ่งเกิดจากการเลียนแบบ และเตรียมความคิดที่มีเหตุผล รู้จักนำความรู้สิ่งหนึ่งไปอธิบายหรือแก้ปัญหาอื่นแต่ไม่ได้วิเคราะห์อย่างถี่ถ้วน การคิดหาเหตุผลและการตัดสินใจของเด็กยังคงขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนรับรู้ การพัฒนาการหาปัญหาของเด็กวัยนี้จึงเน้นไปที่การเรียนรู้⁹ ซึ่งการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม¹⁰ มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้จากการสังเกตหรือการเลียนแบบ และมนุษย์จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ที่อยู่รอบ ๆ ตัวอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยก่อนเรียนดังกล่าวข้างต้น โดยมีกระบวนการที่สำคัญ คือ กระบวนการดึงดูความสนใจ กระบวนการจำ กระบวนการแสดงออก และกระบวนการจูงใจ¹¹ โดยตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อผู้สังเกต ช่วยลดพฤติกรรมในทางลบ และสร้างพฤติกรรมที่ดีได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมการสอนทักษะสุขภาพโดยใช้ตัวแบบตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมด้วยหนังสือการ์ตูนสำหรับเด็กวัยเรียน ที่ทำให้เด็กวัยเรียนมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹² และในเด็กก่อนวัยเรียนมีการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส พบว่า เด็กมีความรู้และการล้างมือที่ต้องเพิ่มขึ้น¹³ ซึ่งในเด็กวัยก่อนเรียนนั้นการศึกษาแนวทางการเรียนรู้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อยังมีน้อยและยังไม่มีการศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนา-19

ดังนั้นในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโคโรนา-19 ในเด็กวัยก่อนเรียน โดยออกแบบโปรแกรมให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิโอการ์ตูน สาธิต ให้ดู และทดลองปฏิบัติตาม กระตุ้นชมเชยให้รางวัลแก่เด็ก รวมถึงตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นการคิดและให้ทบทวนทำซ้ำๆ เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนา-19 ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในการส่งเสริมให้เด็กในวัยก่อนเรียนมีความรู้และพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโคโรนา-19 จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโคโรนา-19 จากทั้งเด็กวัยก่อนเรียนด้วยตนเอง และจากเด็กวัยก่อนเรียนไปสู่ผู้ปกครอง หรือผู้สูงอายุในครอบครัวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19

สมมุติฐานของการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กวัยก่อนเรียน อายุระหว่าง 3-5 ปี กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ในเขตเทศบาล จังหวัดแพร่ จำนวน 14 ศูนย์ จำนวน 628 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ เด็กวัยก่อนเรียน อายุระหว่าง 3-5 ปี กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลป่าเมต จังหวัดแพร่ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 16 คน โดยคำนวณขนาดอิทธิพลและขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*POWER 3.1.2 ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.98 และขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 13 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) แบบหลายขั้นตอน (Multi-

โปรแกรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Bandura's Social Learning Theory)

1. กระบวนการใส่ใจ (Attention)
ใช้ตัวแบบที่ดึงดูดใจเด็กให้จดจำง่าย
ได้แก่ ตัวละครในวิดีโอการ์ตูน
2. กระบวนการจำ (Retention)
ถาม-ตอบ ให้เด็กได้แสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับพฤติกรรมตัวแบบ
3. กระบวนการเลียนแบบ (Reproduction)
เด็กสาธิตย้อนกลับการใส่หน้ากากอนามัย
การล้างมือ การเว้นระยะห่าง
4. กระบวนการจูงใจ (Motivation)
มอบรางวัล ปรบมือ พุดชมเชยเมื่อเด็ก
ตอบคำถามและทำตามแบบที่สอนได้



พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

- ด้านลดการสัมผัส
- ด้านหลีกเลี่ยงความเสี่ยง
- ด้านดูแลตนเองและสังคม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

stage cluster sampling) โดยใช้อำเภอ ตำบล และ หมู่บ้านเป็นหน่วยในการสุ่ม (Sampling unit) เมื่อสิ้นสุดการทดลองมีการสุ่มหาของกลุ่มตัวอย่างคงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 14 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวคิด และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม¹⁰ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโควิด-19 โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยโปรแกรมมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) กระบวนการใส่ใจ 2) กระบวนการจำ 3) กระบวนการเลียนแบบ และ 4) กระบวนการจูงใจ ซึ่งเด็กจะได้ร่วมกิจกรรมตามแผนกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน จำนวน 3 วัน โดยมีการเลือกวีดิทัศน์การ์ตูนที่ได้รับการเผยแพร่มาจัดกิจกรรมวันละ 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาการจัดกิจกรรมครั้งละ 30 นาที ประกอบด้วยแผนการสอน และสื่อ ดังนี้

1.1 แผนการสอนของโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโควิด-19 มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการใส่ใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กสนใจตัวแบบ โดยจัดกิจกรรมที่มีการเตรียมความพร้อมหรือการละลายพฤติกรรมก่อนเข้าสู่เนื้อหาโดยการท่าประกอบกิจกรรมเข้าจังหวะ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการจำ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กสามารถสังเกตจดจำและบันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้ไว้ในความทรงจำได้ โดยผู้วิจัยเปิดวิดีโอสื่อการสอนที่เป็นการ์ตูนให้เด็กดู และมีการถามคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาในเรื่องเพื่อกระตุ้นการจดจำเนื้อหา วันละ 1 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการเลียนแบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กสามารถเลียนแบบพฤติกรรมจากสื่อการสอนที่เป็นการ์ตูนเพื่อให้เกิดประเมิณความ

เข้าใจและกระตุ้นความจำ โดยให้เด็กได้มีการสาธิตย้อนกลับการล้างมือ 7 ขั้นตอน วิธีการใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง และสาธิตการเว้นระยะห่าง

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการจูงใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อจูงใจให้เด็กคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และมีความรู้เกี่ยวกับโรค โดยหลังจากเด็กออกมาสาธิตย้อนกลับการล้างมือ 7 ขั้นตอน วิธีการใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง และสาธิตการเว้นระยะห่างเสร็จสิ้น กล่าวชมเชยและมอบของรางวัลที่เป็นขนมและอุปกรณ์การเรียนให้แก่เด็กเพื่อเสริมสร้างแรงทางบวก

1.2 สื่อประกอบแผนสอน จำนวน 3 เรื่อง โดยทุกสื่อการสอนได้ติดต่อเจ้าของสื่อและได้รับอนุญาตเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1) วิดิทัศน์การ์ตูนเรื่อง “หนูเพชรเดอะฮีโร่” ซึ่งเป็นสื่อการสอนป้องกันโควิด-19 สำหรับเด็กของกรมอนามัย ความยาว 6.03 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โดยจะช่วยสอนให้เด็กได้ทำความรู้จักกับโรคโควิด-19 และรับรู้ใส่ใจถึงพฤติกรรมป้องกันตนเอง

2) วิดิทัศน์การ์ตูน “เพลง คุณหนูล้างมือ” ซึ่งเป็นสื่อต้นประกอบเพลงของ Ban Kun Nu Kindergarten แต่งโดย ประติมา นพคุณวัฒนศักดิ์ ความยาววิดิทัศน์ 1.25 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับการล้างมือ 7 ขั้นตอน โดยจะช่วยสอนให้เด็กมีความเข้าใจในวิธีการล้างมือ และจำได้ง่าย

3) วิดิทัศน์การ์ตูน “เพลงใส่หน้ากากไว้ปลอดภัยจากโควิด” สื่อความรู้เป็นเพลงของ KidsOn-Cloud แต่งโดยรัฐพร ก้อนเชื้อรัตน์ ความยาววิดิทัศน์ 2.06 มีเนื้อหาเกี่ยวกับในเรื่องของการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่าง จะช่วยให้เด็กร้องเพลง และจำพฤติกรรมป้องกันตนเองได้ง่ายขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การพักอาศัย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

2. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยเรื่อง การลดการสัมผัส จำนวน 8 ข้อ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง จำนวน 9 ข้อและการดูแลตนเองและสังคม จำนวน 6 ข้อ รวมคะแนนทั้งหมด 46 คะแนน แบบประเมินพฤติกรรมเป็นแบบ Check list โดยการสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กจากบริบทจริงและประเมินให้คะแนน 3 ประเด็นคือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติไม่ครบถ้วน และปฏิบัติครบถ้วน โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) เมื่อกลุ่มตัวอย่าง “ปฏิบัติครบถ้วน” หรือ “ปฏิบัติไม่ครบถ้วน” หรือ “ไม่ปฏิบัติเลย” พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวทางปฏิบัติ 3 ประเด็นหลัก โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติครบถ้วน หมายถึง ปฏิบัติถูกต้องในกิจกรรมนั้น ๆ

ปฏิบัติไม่ครบถ้วน หมายถึง ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ครบตามขั้นตอน

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติครบถ้วน ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบถ้วน ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก ครูปฐมวัยผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนเด็กวัยก่อนเรียน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและ

ประเมินผล และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีทางการศึกษา พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 5 ท่าน มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ปรับปรุงภาษาและแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วน เมื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 1 และผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก โดยประเมินเด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน สังเกตพร้อมกันครั้งละ 1 รายจนครบ 10 ราย แล้วพิจารณาความสอดคล้องของผู้ประเมิน (Rater agreement) แล้วนำคะแนนของผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาความเชื่อมั่นจากสูตรการหา Rater Agreement Index (RAI) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นชนิดดัชนีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ 0.76 อยู่ในระดับค่อนข้างดี

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในการวิจัยในครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีหน้าที่ในการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีการประชุมชี้แจงหลักการประเมินพฤติกรรม สาธิต และให้นักศึกษาสาธิตย้อนกลับวิธีการประเมินพฤติกรรมเพื่อให้มีแนวทางการในการประเมินในทิศทางเดียวกัน

2. ผู้วิจัยพบผู้อำนวยการ ครูประจำชั้น ผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลป่าแมต จังหวัดแพร่ เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้ปกครองเข้าใจ แล้วจึงให้ตอบข้อคำถามก่อนการทดลอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียนและข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

4. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยยึดกระบวนการสำคัญในการเรียนรู้จากการสังเกตหรือเลียนแบบประกอบด้วยแผนกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ คือ 1) กระบวนการใส่ใจ ใช้ตัวแบบที่ดึงดูดใจของเด็กจดจำได้ง่ายได้แก่ ตัวละครในวิดีโอการ์ตูน 2) กระบวนการจำ สาธิตและถาม-ตอบ ให้เด็กได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของตัวแบบ 3) กระบวนการเลียนแบบ ให้เด็กสาธิตย้อนกลับวิธีการใส่หน้ากากอนามัย วิธีการล้างมือ และการเว้นระยะห่าง 4) กระบวนการจูงใจ โดยมอบรางวัล ปรบมือ พุดชมเชยเมื่อเด็กตอบคำถามและทำตามแบบที่สอนได้ ซึ่งเด็กทั้งห้องเรียนจะได้ร่วมกิจกรรมตามแผนกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน จำนวน 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ โดยจะเลือกวิดีโอที่สนใจในการจัดกิจกรรมวันละ 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมครั้งละ 30 นาที ก่อนเริ่มโปรแกรมได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยแบบประเมินพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด-19 แล้วจึงดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละวัน ดังนี้

กิจกรรมวันที่ 1 สอนเรื่องโรคโควิด-19 โดยใช้การ์ตูน เรื่อง หนูเพชรเดอะฮีโร่ ตอนข้อปฏิบัติสกัดโควิด 19 ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการเตรียมความพร้อม โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายเด็กและแนะนำตนเอง มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็ก และเตรียมความพร้อมก่อนเข้ากิจกรรมโดยมีการละลายพฤติกรรมก่อนเข้าสู่เนื้อหาโดยการท่าประกอบกิจกรรมเข้าจังหวะ เพื่อดึงดูดความสนใจเด็ก 2) ขั้นการสอน โดยผู้วิจัยเปิดการ์ตูนการให้ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และการหลีกเลี่ยงเว้นระยะห่างที่ถูกต้อง หลังจากนั้นสาธิตและถาม-ตอบ ให้เด็กแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมตัวแบบเพื่อประเมินความเข้าใจและเป็นการกระตุ้นความจำเนื้อหา 3) ขั้นทบทวน/สาธิตย้อนกลับ โดยให้เด็กเป็นผู้สาธิตย้อนกลับการหลีกเลี่ยงเว้นระยะห่างที่ถูกต้อง 4) ขั้นการสร้างแรงจูงใจ/ความมั่นใจ มอบรางวัลและปรบมือพุดชมเชย เมื่อเด็กสามารถตอบคำถามและทำตามแบบที่สอนได้ หลังจากนั้นผู้วิจัย

กล่าวสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับสื่อการสอน

กิจกรรมวันที่ 2 สอนการล้างมือ โดยใช้การ์ตูนเพลง หนูล้างมือ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) เตรียมความพร้อม ปฏิบัติกิจกรรมเหมือนวันที่ 1 และเพิ่มการทบทวนเนื้อหาในวันแรกพร้อมเกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหาของวันที่ 2 คือ สอนเรื่องการล้างมือ 2) ขั้นการสอน ผู้วิจัยเปิดวิดีโอเพลงวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน หลังจากดูวิดีโอ ผู้วิจัยสาธิตและถาม-ตอบ ให้เด็กแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของตัวแบบ 3) ขั้นทบทวน/สาธิตย้อนกลับ ให้เด็กสาธิตย้อนกลับการล้างมือ 7 ขั้นตอน 4) ขั้นการสร้างแรงจูงใจ/ความมั่นใจ หลังจากให้ดูวิดีโอและสอนเรื่องการล้างมือ ปฏิบัติกิจกรรมเหมือนวันที่ 1

กิจกรรมวันที่ 3 เป็นการสอนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้การ์ตูนเพลง ใส่หน้ากากไว้ปลอดภัยจากโควิด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) เตรียมความพร้อม ปฏิบัติกิจกรรมเหมือนวันที่ 1 เพิ่มการทบทวนเนื้อหาในวันที่ 2 พร้อมเกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหาของวันที่ 3 วิธีการใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง 2) ขั้นการสอน ผู้วิจัยเปิดวิดีโอเพลงใส่หน้ากากไว้ปลอดภัยจากโควิด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 หลังจากดูเสร็จผู้วิจัยสาธิตและถาม-ตอบเพื่อประเมินความเข้าใจและกระตุ้นความจำเนื้อหา 3) ขั้นทบทวน/สาธิตย้อนกลับ เด็กวัยก่อนเรียนสาธิตย้อนกลับวิธีใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง 4) ขั้นการสร้างแรงจูงใจ/ความมั่นใจ มอบรางวัลและปรบมือพุดชมเชย เมื่อเด็กตอบคำถามและทำตามแบบที่สอนได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับสื่อการสอน และเปิดประเด็นให้ผู้สงสัยมีโอกาสซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19

5. ทำการประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 และทำการประเมินเสร็จสิ้นภายใน 1 วัน

6. หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ COE No. 1/2564 โดยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดย อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอน และรายละเอียดในการวิจัยและเก็บข้อมูลรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง ชักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นความยินยอมสมัครใจของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะเก็บรวบรวมไว้และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.161 แสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และหาค่าสถิติสหสัมพันธ์ มีค่า Sig. เท่ากับ .000 แสดงว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 หลังจากนั้นจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เป็นเพศชายและเพศหญิง ทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับการสอนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโควิด-19 และไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการในระบบทางเดินหายใจ และผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.30 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.90 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้ระหว่าง 150,001-300,000 บาทต่อปี

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด - 19 โดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 29.14 (S.D.=7.54) เป็น 38.21 (S.D.=7.11) โดยเมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.71 (S.D.=4.78) เป็น 12.86 (S.D.=4.13) และด้านการดูแลตนเองและสังคมมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.36 (S.D.=2.63) เป็น 9.43 (S.D.=2.98) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ ส่วนพฤติกรรมด้านการลดการสัมผัสมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.43 (S.D.=2.9) เป็น 15.93 (S.D.=0.26) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม พบว่า สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.71 (S.D.=4.78) เป็น 12.86 (S.D.=4.13) และด้านการดูแลตนเองและสังคมมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.36 (S.D.=2.63) เป็น 9.43 (S.D.=2.98) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ ส่วนพฤติกรรมด้านการลดการสัมผัสมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.43 (S.D.=2.9) เป็น 15.93 (S.D.=0.26) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งเน้นพัฒนาการเรียนรู้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายด้านของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของเด็ก วัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (n=14)

พฤติกรรมการป้องกันโควิด – 19	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านการลดการสัมผัส	14.43	2.93	15.93	0.26	.780
ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง	8.71	4.78	12.86	4.13	.001
ด้านการดูแลตนเองและสังคม	6.36	2.64	9.43	2.98	.001
รวมพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19	29.14	7.54	38.21	7.11	<.001

ของมนุษย์โดยการเรียนรู้จากการสังเกต โดยใช้ขั้นตอนการเรียนรู้โดยการสังเกต 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย คือ 1) กระบวนการใส่ใจ 2) กระบวนการจำ 3) กระบวนการเลียนแบบ 4) กระบวนการจูงใจ ซึ่งกระบวนการใส่ใจนั้นมีปัจจัยขึ้นอยู่กับลักษณะตัวแบบและสภาวะอารมณ์ของผู้สังเกต¹³ ทั้งนี้ในโปรแกรมขั้นการเตรียมความพร้อม โดยผู้วิจัยได้เตรียมสภาวะอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็ก การกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และเตรียมความพร้อมก่อนเข้ากิจกรรมโดยมีการละลายพฤติกรรมก่อนเข้าสู่เนื้อหาด้วยการทำท่าประกอบกิจกรรมเข้าจังหวะ เพื่อดึงดูดความสนใจเด็ก อีกทั้งนี้ในโปรแกรมใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดิโอการ์ตูนสามมิติ ซึ่งเป็นการถ่ายทอดเรื่องราวให้เห็นจากตัวแบบที่น่าสนใจ มีการนำเสนอทั้งตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว วีดิโอ เสียงบรรยายประกอบที่มีการจัดโครงสร้างเนื้อหาอย่างเป็นระบบ เป็นการรับประสบการณ์เรื่องที่เรียนก่อนโดยผ่านการรับรู้ทางสายตาโดยการมองเห็น การรับรู้ทางโสตประสาทโดยการได้ยิน และการรับรู้ทางร่างกายโดยการเคลื่อนไหวและการรู้สึก ทำให้เด็กใส่ใจต่อการเรียนรู้ รับรู้และสร้างรหัสสัญลักษณ์จากตัวแบบวีดิโอเก็บไว้ในความจำระยะยาวและเรียกใช้ได้เมื่อต้องการแสดง

พฤติกรรมนั้น¹⁰ อีกทั้งการรับรู้เหล่านี้เป็นการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้¹⁵ สอดคล้องกับกระบวนการเกิดพฤติกรรมตามแนวชีววิทยาที่อาศัยการทำงานประสานสัมพันธ์ของสิ่งเร้า ตัวรับสิ่งเร้า การประมวลและประสานสัมพันธ์ เกิดเป็นพฤติกรรมตอบสนองที่เกิดขึ้น¹⁶ และการใช้ตัวแบบจากวีดิโอเป็นสิ่งเร้าที่เหมาะสมสอดคล้องกับพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนด้านพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจท์ ซึ่งอยู่ในขั้นการคิดแบบญาณหยั่งรู้ โดยเด็กสามารถประมวลและประสานสัมพันธ์ เกิดความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ รวมตัวตั้งขึ้น รู้จักนำความรู้ในสิ่งหนึ่งไปอธิบายหรือแก้ปัญหาอื่นและสามารถนำเหตุผลทั่ว ๆ ไปมาสรุปแก้ปัญหา การคิดหาเหตุผลของเด็กขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนรับรู้ หรือสัมผัสจากภายนอก¹⁷ เช่นเดียวกับวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านหนังสือการ์ตูนสามมิติต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโดยใช้หนังสือการ์ตูนสามมิติของเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับความรู้ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹⁸ ดังนั้นตัวแบบในกระบวนการใส่ใจของโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 จึงช่วยทำให้เด็กวัยก่อนเรียนสามารถเข้าใจได้ดีและ

กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีของพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 เช่น การล้างมือ การใส่หน้ากาก รวมทั้งก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 เด็กวัยก่อนเรียนหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นอกจากนี้ยังอธิบายได้จากกิจกรรมในกระบวนการใส่ใจและกระบวนการจำโปรแกรมแล้ว ยังอธิบายได้จากกิจกรรมในกระบวนการเลียนแบบ ของโปรแกรมที่มีกิจกรรมให้เด็กวัยก่อนเรียนได้สาธิตย้อนกลับหลังจากดูตัวแบบในวิดีโอ โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำชี้แนะ มอบรางวัลให้แก่เด็กและปรบมือพุดชมเชยเมื่อเด็กตอบคำถาม ล้างมือ ใส่หน้ากาก และหลีกเลี่ยงการสัมผัสตามแบบที่สอนได้ ทำให้เด็กได้มีโอกาสเกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เกิดความมั่นใจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง และการได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยด้านการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายหรือพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 ที่แบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพุทธิพิสัยของบุคคล กับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบบุคคล¹⁵ เช่นเดียวงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทานที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมต่อความฉลาดทางอารมณ์และพัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเด็กในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งคะแนนโดยรวม ($p < .001$) และคะแนนรายด้านทั้งสามด้าน คือ ดี เก่ง และสุข ($p < .001$)¹⁹ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทานเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ดังนั้นกระบวนการเลียนแบบและกระบวนการตั้งใจของโปรแกรม จึงช่วยทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดความมั่นใจก่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า

ได้รับโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมจะช่วยส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ครูผู้สอนในสถานศึกษาเด็กวัยก่อนเรียนสามารถนำโปรแกรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมไปใช้พัฒนา/ปรับพฤติกรรมเด็กวัยก่อนเรียนให้เกิดการดูแลตนเองเบื้องต้น ด้านการลดการสัมผัส ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง และด้านการดูแลตนเองและสังคม เพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้เมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน

2. กิจกรรมที่ 4 ชั้นสร้างแรงจูงใจ/ความมั่นใจควรให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมสร้างแรงจูงใจที่บ้านทำให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เช่น การให้คำชมเชยเมื่อบุตรมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และการร่วมทำกิจกรรมลดการสัมผัส หลีกเลี่ยงความเสี่ยง ร่วมกับบุตรขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในบ้านและนอกบ้าน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมที่มีการติดตามประเมินผลลัพธ์เป็นระยะและต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาความต่อเนื่องของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กก่อนวัยเรียนหลังจากปรับเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมสร้างแรงจูงใจที่บ้านของผู้ปกครองในโปรแกรม

3. ควรมีการขยายขอบเขตของประชากรในการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อศึกษาประชากรในกลุ่มที่กว้างขึ้นและมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อการอ้างอิงที่กว้างขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563/12/08]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048 /T_0001.PD
2. กรมควบคุมโรค. COVID-19 (EOC-DDC Thailand) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563/12/24]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/Index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>.
3. สราวุฒิ บุญสุข, บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. นนทบุรี: คิว แอดเวอร์ไทซิง จำกัด; 2563.
4. ชาคร เลิศนิททัศน์ และสมชัย จิตสุชน. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563/12/25]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2020/08/covid19-impact-early-child>.
5. Unicef. รายงานรวบรวมผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการระบาดโรคโควิด-19 ต่อเด็กและเยาวชนในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564/10/12]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/8786/file/COVID19%20Impact%20on%20Children.pdf>
6. Pisano L, Galimi D, Cerniglia L. A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in 4-10 years children in Italy. [ออนไลน์]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 2563/12/27]. เข้าถึงได้จาก: <https://psyarxiv.com/stwbn/>
7. อวาทิพย์ แว. COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ. 2563;35(1):24-107.
8. ชานี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชรรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2563;21(2):29-39.
9. จิตติมา ชูใหม่. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2559;1(2):18-33.
10. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New York: Prentice–Hall; 1986.
11. สุรางค์ ไคว้ตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
12. ญัฐติพร อันด้วง รุจา ภูไพบูลย์ และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. ผลของโปรแกรมการสอนทักษะสุขภาพโดยใช้หนังสือการ์ตูนต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. Graduate Research Conference [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2564/01/31]. เข้าถึงได้จาก: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo10.pdf>.

13. ภัทร ไวพูนทะ จิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ และวราภรณ์ บุญเชียง. ผลการส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสต่อความรู้และการล้างมือของเด็กวัยก่อนเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2565/12/05]. เข้าถึงได้จาก: <https://dric.nrct.go.th/Search/ShowFull-text/2/216834>.
14. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาบุคลิกภาพร่วมสมัยและจิตบำบัด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2557.
15. รวีพร จรูญพันธ์เกษม และ มนต์ชัย เทียนทอง. กรอบแนวคิดการเรียนรู้ แบบปัญหาเป็นฐานออนไลน์แบบคู่ที่มีระบบจัดการความรู้ ตามประสบการณ์ที่จำแนกผู้เรียนตามความถนัดด้วยวิธี VARK [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563/12/30]. เข้าถึงได้จาก: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/sdp6.pdf>.
16. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2561.
17. พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา. การพยาบาลเด็ก 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2556.
18. จารุวรรณ สอนงญาติ วิลาวณิชย์ ธนวรรณ และยุคนธ์ เมืองช้าง. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านหนังสือการ์ตูนสามมิติต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;26(2):34-42.
19. กัญญาพัชร พงษ์ช้างอยู่. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทานต่อความฉลาดทางอารมณ์และพัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564/01/7]. เข้าถึงได้จาก: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/57910068.pdf.

ผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืดและแนวทางการดูแล
The Impact of the COVID-19 Pandemic Situation on Quality of
Life Children with Asthma and Guidelines for Providing Care.

อรอนงค์ อนุจรพิพัฒน์ พย.ม* Onanong Anujornpipat, M.N.S*
ชวิศา รัตนกมลกานต์ พย.ม* Chawisa Rattanakamolkan, M.N.S*
จิราภรณ์ พรหมจักรแก้ว พย.ม** Jiraporn Promjakkaew, M.N.S**

Corresponding author: E-mail: Onanong.chawsarn@gmail.com

Received: 13 May 2022, Revised: 20 Sep 2022, Accepted: 27 Oct 2022

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID -19) ในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 พบว่า การแพร่ระบาดระลอกนี้ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงมากขึ้นในกลุ่มเด็กโรคหอบหืดทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โรคหอบหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก เมื่อเด็กที่เป็นโรคหอบหืดติดเชื้อโควิด-19 มักจะมีอาการและอาการแสดงของโรครุนแรงมากกว่าเด็กโรคอื่น ๆ อีกทั้งยังพบว่า การติดเชื้อจะส่งผลให้อาการหอบกำเริบ และกระตุ้นระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน หรืออาจเกิดภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันได้ จากผลกระทบที่เกิดขึ้น หากเด็กโรคหอบหืดไม่ได้รับการดูแลจากสถานบริการหรือผู้ดูแล (พ่อ แม่หรือญาติ) ที่มีประสิทธิภาพ และไม่ได้รับยาที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากเด็กโรคหอบหืดได้รับการจัดการดูแลที่เหมาะสมจากผู้ดูแล ก็จะสามารถควบคุมอาการรุนแรงของโรค และลดอัตราการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ การจัดการผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันและลดระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท แนวทางการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดติดเชื้อโควิด-19 และวิธีการลดระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เด็กโรคหอบหืด และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ผลกระทบสถานการณ์โควิด - 19 เด็กโรคหอบหืด คุณภาพชีวิต แนวทางการดูแล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

* Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

** พยาบาล โรงพยาบาลแมคคอร์มิค j_jiraporn15@hotmail.com, tubtim.goldenfish@gmail.com

** Nurse, McCormick Hospital

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic situation increasingly spread in Thailand from April to November. This pandemic has severely affected children with asthma regarding to their physical, mental, emotional, and social aspects. Asthma is a chronic respiratory tract disease in children. If they became COVID-19 infected, the symptoms of asthma would be more serious than children with other diseases. Furthermore, The COVID-19 infection impacts on asthmatic attack which stimulates the respiratory system exacerbations of asthma and pneumonia. Regarding these impacts, if asthmatic children received insufficient healthcare providers from the health services or caregivers and incorrect medical treatment, the severity of the disease would increase. However, if children with asthma received appropriate care from the caregivers, they could control the severe symptoms and reduce the emergency hospitalization rate. Hence, caregiver management of children with asthma is a major priority to prevent and decrease the severity of the disease during the COVID-19 pandemic situation. Therefore, healthcare providers should understand their roles and use appropriate guidelines in order to prevent COVID-19 infection. This help reducing the severity of asthma and promote quality of life of children with asthma.

Keywords: Impact of the COVID-19 pandemic situation, Children with asthma, quality of life, Guidelines for providing care

บทนำ

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นภาวะฉุกเฉินที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 10.5¹ และในประเทศไทยพบอุบัติการณ์เด็กโรคหอบหืดมากเป็นอันดับ 1 ของโรคเรื้อรัง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 10-12 และพบอัตราการเสียชีวิต 1,000 คนต่อปี²

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน พบว่ามีอัตราการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และพบมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 3.8 ล้านคน และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 15,000 รายใน 235 ประเทศทั่วโลก³ โดยประเทศไทย พบว่า การติดเชื้อกระจายตัวในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ถึงร้อยละ 21 ของผู้ติดเชื้อในช่วงอายุอื่น⁴ โดยการแพร่กระจายเชื้อไวรัสจะติดต่อผ่านทางละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อปะปนอยู่จากการสัมผัสโดยตรงเข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไข้ ไอ เสมหะ แต่ผู้ติดเชื้อบางรายจะมี

อาการแสดงที่รุนแรงโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ เช่น เด็กโรคหอบหืด หากเกิดติดเชื้อจะส่งผลให้หายใจลำบาก และมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้⁵ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ระบบสุขภาพ สังคมอย่างมากมายเช่นกัน โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังการระบาดเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ (New normal) เกิดการปรับระบบสาธารณสุขต่างไปจากเดิม ทำให้การบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกที่ไม่เร่งด่วนงดการให้บริการชั่วคราวเพื่อลดการมาสัมผัสเชื้อโควิด-19 จากภายนอกเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การติดตามอาการในผู้ป่วยต้องขยายระยะเวลายาวนานขึ้น การเปลี่ยนแปลงระบบบริการเหล่านี้ถึงแม้จะเป็นวิธีการป้องกันการระบาดโรคโควิด-19 ที่ได้ผล แต่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการแบบเร่งด่วนในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเด็กโรคหอบหืด ซึ่งหากเกิดการติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการหอบกำเริบแบบเฉียบพลันทำให้ผู้ดูแลต้องบริหารยาเองที่บ้าน หากบริหารยาไม่เหมาะสมหรือล่าช้า อาจทำให้เกิดความรุนแรงของโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหอบหืดและผู้ดูแลเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และเศรษฐกิจ เมื่อเด็กโรคหอบหืดเกิดการติดเชื้อเกิดขึ้นมักมีอาการและอาการแสดงของโรครุนแรงมากกว่าเด็กปกติ โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของการเกิดอาการหอบกำเริบจะไปกระตุ้นระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการหอบหืดและอาจเกิดภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันได้⁶ อีกทั้งยังพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ คือ ไม่ได้พินยาป้องกันหอบอย่างต่อเนื่อง และเวลามีอาการกำเริบก็จะพินยาไม่ทันหรือพินไม่ถูกวิธี⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อเด็กโรคหอบหืดติดเชื้อโควิด-19 จากละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อปนเปื้อนผ่านการสัมผัสโดยตรงหรือการสูดดมละอองฝอย

เข้าไปจะเกิดอาการไข้ ไอ มีเสมหะ อ่อนเพลียแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันร่างกาย เด็กบางรายอาจมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงเกิดขึ้น เช่น หายใจลำบาก แน่นอก รวมทั้งภาวะปอดอักเสบเฉียบพลัน และภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว อาการรุนแรงดังกล่าวส่วนใหญ่มักพบในเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงหรือโรคเรื้อรังต่างๆ^{8,9} ซึ่งการติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อโรคที่รุนแรงมากกว่าเด็กปกติและทำให้คุณภาพชีวิตเด็กแย่ลง อีกทั้งยังพบว่า ความรุนแรงและการควบคุมโรคหอบหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสุขภาพจิตของเด็กโรคหอบหืดและผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ดังนั้นหากเด็กโรคหอบหืดเกิดการติดเชื้อโควิด-19 และไม่ได้รับการดูแลหรือการใช้ยาที่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น อีกทั้งยังพบว่า การควบคุมอาการโดยวิธีการใช้ยาที่ไม่ดีเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อติดเชื้อโควิด-19 มากขึ้น¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย พบเพียงการเขียนถึงผลกระทบของการระบาดต่อเด็กโรคเรื้อรังเท่านั้น ยังไม่พบการเขียนถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืดและแนวทางการดูแลเด็กโรคหอบหืดที่ชัดเจน ดังนั้นผู้เขียนจึงเห็นความสำคัญขอการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคหอบหืด จึงมีความสนใจในการศึกษาบทบาทพยาบาลและแนวทางการดูแลเด็กโรคหอบหืดเพื่อช่วยในการป้องกันการสัมผัสเชื้อโควิด-19 หรือหากเกิดการสัมผัสเชื้อโควิด-19 สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นส่งผลให้เด็กโรคหอบหืดและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปโรงเรียนได้อย่างปลอดภัยและเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจและสังคมให้เหมาะสมตามวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคหอบหืดหลายด้าน ได้แก่

1) ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าเด็กโรคหอบหืดหากเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานๆ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไข้มากขึ้น หากเกิดอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบเฉียบพลัน และภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

2) ผลกระทบด้านสติปัญญาและภาษา พบว่าอาการหอบแบบเฉียบพลันทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งส่งผลให้เด็กต้องขาดเรียนบ่อย เรียนไม่ทันเพื่อน ส่งผลให้เกิดปัญหาพัฒนาการเรียนรู้ที่ช้า¹²

3) ผลกระทบทางด้านสังคม พบว่าเด็กโรคหอบหืดมักจะถูกจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกาย จากสถานการณ์เจ็บป่วยส่งผลให้เด็กเกิดความรู้สึกแตกต่างไปจากเพื่อน ไม่กระตือรือร้น ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในสังคมของเด็กโรคหอบหืดลดลง การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนในวัยเดียวกันลดลง¹³ อีกทั้งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โรงเรียนถูกปิดเด็กต้องหยุดเรียนเป็นเวลานานทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาด้านภาษาตามวัยลดลง ผู้ดูแลบางรายไม่มีประสบการณ์มากพอต่อการเล่นเรียนรู้ร่วมกับเด็ก ทำให้เด็กติดหน้าจอ เล่นมือถือ จนเด็กขาดความต่อเนื่องจากการพัฒนาการตามวัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปิดโรงเรียนเป็นเวลานานและการกักตัวอยู่บ้านเป็นเวลานานส่งผลเสียต่อสภาพจิตใจของเด็กก่อให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและเพิ่มความเครียดในเด็กโดยพบว่า มีอัตราความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในเด็กสูงเนื่องจากการแพร่ระบาด การแยกทางสังคม¹⁴

ผลกระทบเหล่านี้หากไม่ได้รับแนวทางการดูแลที่ต้องอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคหอบหืดในระยะยาว

ผลกระทบโรคโควิด-19 ในเด็กโรคหอบหืดต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล

จากสถานการณ์การระบาดของโรคที่เกิดขึ้น ทำให้ระบบสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ (New normal) ผู้ดูแลจึงต้องปรับบทบาทใหม่ในการดูแลเพิ่มมากขึ้นจากมาตรการลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ต้องปรับระบบการสื่อสารรับ-ส่งข้อมูลอาการของเด็กหรือการบริหารยาผ่านระบบการสื่อสารทางโทรศัพท์ ก่อให้เกิดสื่อสารขาดเคลื่อนหรือรายงานอาการไม่ชัดเจน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่

1) ผลกระทบด้านร่างกาย เด็กโรคหอบหืดเป็นโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กเกิดการติดเชื้อโควิด-19 จะส่งผลให้ผู้ดูแลนอนหลับไม่เพียงพอเกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากต้องสังเกตอาการโรคหอบหืดในเด็กที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และต้องคอยเฝ้าระวังเพื่อจัดการดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเมื่อมีอาการหอบกำเริบ อีกทั้งต้องคอยดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กเพื่อลดการติดเชื้อทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การติดเชื้อโควิด-19 ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ความเครียด ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความวิตกกังวลกลัวว่าตนเองจะดูแลบริหารยาได้ไม่ถูกต้อง ทำให้เด็กโรคหอบหืดมีอาการแย่ลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดทำให้มารดา รู้สึกกลัวว่าเด็กจะตาย เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และรู้สึกว่าโรคหอบหืดเป็นโรคที่คุกคามชีวิต ทำให้เกิดความพิการ¹⁵ อีกทั้งในสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ร้อยละ 27 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในเด็กโรคหอบหืดและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเช่นกัน¹⁰

3) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โรคหอบหืดเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในการรักษา อีกทั้งหาก

เด็กเกิดติดเชื้อ ผู้ดูแลต้องดูแลด้านร่างกายและจิตใจ เด็ก เพราะเด็กต้องแยกจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานบ่อยๆ จึงกระทบต่อการทำงานทำให้ขาดรายได้ในการหาเลี้ยงครอบครัว

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหอบหืด

โรคหอบหืดเป็นโรคเกิดจากการหดเกร็งของหลอดลมในร่างกายนที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้มากกว่าคนปกติ ส่งผลให้เกิดการบวมของเยื่อบุผนังหลอดลม มีการสร้างสารคัดหลั่งมากขึ้นทำให้หลอดลมเกิดการตีบแคบและเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้มีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด (Wheezing) แน่นหน้าอก หรือหายใจหอบเหนื่อย โดยกลไกการเกิดโรคหอบหืด แบ่งเป็น 3 ระยะ³ คือ

1. การอักเสบของหลอดลมแบบเฉียบพลัน เมื่อเด็กโรคหอบหืดสัมผัสสารก่อภูมิแพ้จะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยสารก่อภูมิแพ้ที่ปรากฏในเซลล์เยื่อบุทำให้ T lymphocytes ถูกกระตุ้นเกิดการสร้าง Antigen specific IgE ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้มากกว่าปกติ เกิดการหลั่ง Histamine, Eicosanoid และ Reactive oxygen ทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมมีการหดเกร็ง หลังมูกและหลอดเลือดขยายตัวเพิ่มขึ้น
2. การอักเสบของหลอดลมเรื้อรัง เกิดจากการหลั่ง Mediator เช่น Th-2 like cytokine, Eicosanoids และโปรตีนที่เป็นพิษหลายชนิดออกมาส่งผลให้เลือดมีรูรั่ว มูกถูกหลั่งมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็งตัว และเซลล์บุหลอดลมหลุดร่วง จนทำให้เกิดหลอดลมไวเกิน (Bronchial hyperreactivity) ส่งผลทำให้หลอดลมอักเสบเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
3. การซ่อมสร้างหลอดลม (Airway remodeling) เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรังจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม ผนังหลอดลมจะถูกทดแทนโดยเนื้อเยื่อชนิดใหม่กลายเป็นพังผืด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหลอดลมหนาตัวขึ้น และ Mucous glands เพิ่มจำนวนมากขึ้นเพื่อซ่อมสร้างหลอดลม อีกทั้งเซลล์บุหลอดลมจะหลั่งสารก่อให้เกิดการซ่อมสร้าง และเกิดพังผืดที่ผนังหลอดลม

พร้อมทั้งยังหลั่ง Cytokines กระตุ้นให้เซลล์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบรวมตัวกันที่ผนังหลอดลมอย่างต่อเนื่อง และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

กลไกที่เกิดขึ้นหากร่างกายเกิดอักเสบเรื้อรังหรือปัจจัยกระตุ้นการอักเสบจากการติดเชื้อโควิดแล้วไม่ได้รับการบริหารยาอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมกลไกระยะซ่อมสร้างหลอดลม เด็กโรคหอบหืดก็จะเกิดภาวะรุนแรงและส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตได้

การรักษาของโรคหอบหืด เป้าหมายสำคัญ คือ ควบคุมอาการของโรคหอบหืด (Asthma control) เป็นการควบคุมอาการในปัจจุบัน ไม่ให้มีอาการหอบทั้งกลางวันและกลางคืน สามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้และช่วยให้เด็กโรคหอบหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้²

1. การให้ความรู้ทั่วไปและอาการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดแนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพต่อแผนการรักษา เนื่องจากเด็กโรคหอบหืดเป็นวัยที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด สาเหตุ อาการและอาการแสดง และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กโรคหอบหืดและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษาและลดปัจจัยเสี่ยงได้
2. การป้องกันสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบแบบเฉียบพลัน ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะหวัด ไข้หวัดใหญ่ โดยไม่คลุกคลีหรือใกล้ชิดอยู่ในระยะแพร่เชื้อ หลีกเลี่ยงการพาเด็กไปในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น
3. การดูแลตามแผนการรักษาของเด็กโรคหอบหืดต่ออาการหอบกำเริบเฉียบพลัน (Asthma exacerbation) ดูแลให้เด็กได้รับยาที่ใช้ในการป้องกันหรือรักษาอาการหอบตามแผนการรักษาของแพทย์ประสานงานกับทีมพยาบาลตามนัดทุกครั้ง และสังเกตอาการหายใจผิดปกติของเด็ก เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หายใจเสียงหวีด และหายใจหน้าอกบวม
4. การจัดสถานบริการสาธารณสุขที่บ้าน โดยการจัดให้มีคลินิกเฉพาะสำหรับเด็กโรคหืด เพื่อให้ได้

รับการรักษาที่มีมาตรฐาน รวมทั้งสอดแทรกการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด วิธีการใช้ยา วิธีการประเมินการควบคุมโรคหอบหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19¹⁶

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมแพร่ระบาดและลดการกระจายเชื้อเพิ่มขึ้น ได้แก่ มาตรการ DMHTT ซึ่งมีแนวปฏิบัติดังนี้

D: Social Distancing เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด

M: Mask wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

H: Hand Washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์

T: Testing การตรวจอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย

T: Thai Cha Na สแกนไทยชนะก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง

จากนโยบายมาตรการดังกล่าวจะสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเด็กโรคหอบหืดได้ พยาบาลจึงควรนำมาตรการ DMHTT มาเป็นแนวทางการดูแลเด็กโรคหอบหืดเพื่อส่งผลให้เด็กโรคหอบหืดและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางการดูแลเด็กโรคหอบหืดในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับพยาบาล

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันเพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่จะสัมผัสเชื้อโควิด-19 หรือการดูแลหากเด็กโรคหอบหืดเกิดการติดเชื้อโควิดขึ้น พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดขณะเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในการป้องกันการสัมผัสเชื้อโควิด-19 ที่บ้านเพื่อให้เด็กโรคหอบหืดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิต

ที่ดี ได้แก่ การบริหารยา การเว้นระยะห่าง การสวมใส่หน้ากากอนามัย การดูแลและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ และการทำความสะอาดและการฆ่าเชื้อภายในบ้าน จึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบหืดขณะอยู่บ้าน มีดังนี้^{16,17}

การบริหารยา

1. ควรพ่นยาสตีรอยด์เป็นประจำเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 แบบรุนแรง และควบคุมอาการตามแผนการรักษาของแพทย์และควรมีการสำรองยาไว้อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หากเกิดการติดเชื้อขึ้นอาจส่งผลให้เด็กโรคหอบหืดเสียชีวิตค่อนข้างสูง หรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กต้องใช้เวลารักษาเป็นระยะเวลานานกว่าเด็กปกติ สิ่งสำคัญเน้นย้ำผู้ดูแลเด็กไม่แนะนำให้หยุดยาหรือลดยาที่ใช้เอง เพราะเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ควรพ่นยาอย่างสม่ำเสมอ

2. หากถึงกำหนดตรวจตามแพทย์นัดแนะนำให้ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลหรือแนะนำให้ผู้ดูแลไปรับยาแทนเด็ก และผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดควรมีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของสถานพยาบาลที่รักษาประจำเพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ

การเว้นระยะห่าง

1. ให้เว้นระยะ 6 ฟุตหรือ 1 เมตร เมื่อเจอบุคคลอื่นที่ไม่ได้อยู่ในบ้านตนเอง ในกรณีเด็กติดเชื้อโควิด-19 ควรแยกตัวรักษาในห้องแยกต่างจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ด้วยอยู่ภายใต้ความดูแลของผู้ดูแลหลัก 1 คน

2. หลีกเลี่ยงไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกันระหว่างเด็กและผู้ดูแล เช่น จานชาม ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

3. งดหอมแก้มหรือสัมผัสใกล้ชิดกับเด็กโดยไม่จำเป็น

4. กรณีเด็กคนอื่นมาที่บ้าน ควรจัดให้เด็กมีกิจกรรมร่วมกันโดยเว้นระยะห่าง 6 ฟุต

5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้มือสัมผัสของเล่นหรืออุปกรณ์ร่วมกัน เช่น ลูกฟุตบอล ตุ๊กตา เป็นต้น

6. หลีกเลี่ยงการเดินทางในสถานที่แออัด รักษา ระยะห่างกับผู้อื่นเมื่อออกจากบ้าน และไม่ไปสัมผัสกับผู้ที่มีอาการป่วย

7. กรณีที่ต้องใช้สนามเด็กเล่นให้เลือกสนามเด็กเล่นที่มีการจำกัดจำนวนผู้เล่น เครื่องเล่น ระยะเวลา การระบบคิวการเล่นเพื่อให้มีการเว้นระยะห่างที่เหมาะสม และมีการทำความสะอาดเครื่องเล่นอย่างสม่ำเสมอ

การสวมใส่หน้ากากอนามัย

1. แนะนำให้เด็กโรคหอบหืดสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน หรือไปในที่สาธารณะ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดบุคคลอื่น โดยหน้ากากอนามัยจะต้องพอดีกับหน้าและครอบทั้งจมูกและปาก และสามารถถอดหน้ากากได้เมื่ออยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร

2. แนะนำให้เด็กสวมหน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ท่ามกลางบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว

การดูแลและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

1. สอนเด็กปฏิบัติตัวให้ถูกสุขลักษณะ ไอ/จาม ต้องปิดปากและจมูกด้วยการงอศอก หรือใช้กระดาษชำระปิด จากนั้นนำไปทิ้งในที่ที่เหมาะสม และล้างมืออีกครั้งเพื่อทำความสะอาด

2. บอกให้เด็กหมั่นล้างมือให้สะอาดก่อนสัมผัสใบหน้าหรือรับประทานอาหาร

3. ให้เด็กโรคหืดล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทันทีที่กลับเข้าบ้าน หลังใช้ห้องสุขา

4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูก และปาก หากยังไม่ได้ล้างมือ

5. หลีกเลี่ยงสิ่งของส่วนตัวไม่ปะปนกับผู้อื่น เป็นการป้องกันการติดเชื้อโควิด -19 ที่จำเป็นสำหรับเด็ก

6. ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กไม่ควรออกไปนอกบ้าน ถ้าจำเป็นต้องออกไปเมื่อกลับมาถึงบ้าน ต้องอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ก่อนมาเล่นกับเด็กทุกครั้ง

การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อภายในบ้าน

1. แนะนำให้ผู้ดูแลใช้สบู่กับน้ำสะอาด หรือ แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70% หรือน้ำยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อได้ เช็ดทำความสะอาดบริเวณ ดังนี้

1.1. พื้นผิวบริเวณที่มีการใช้ร่วมกันทุกวัน และบริเวณที่มีการสัมผัสบ่อย เช่น ผ้าปูโต๊ะ ลูกบิด ประตู มือจับประตู แก้ว สวิตช์ไฟ รีโมทคอนโทรล เครื่องใช้ไฟฟ้า หน้าต่าง โต๊ะ ห้องน้ำ อ่างล้างมือ เป็นต้น บริเวณที่สกปรกได้ง่าย เช่น ห้องน้ำ โต๊ะอาหาร โต๊ะวางของเล่น หรือของเล่นต่างๆ โดยเฉพาะของเล่นเด็กชนิดที่เด็กอาจหยิบใส่ปากได้ ให้ทำความสะอาดโดยใช้สบู่และน้ำสะอาด และระวังอย่าให้มีคราบสบู่ตกค้าง

2. ในกรณีเด็กโรคหอบหืดเกิดการติดเชื้อ COVID-19 ขึ้น แนะนำผู้ดูแลเด็กใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard precaution) และการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) อย่างเคร่งครัด ล้างมือทุกครั้งหลังจับต้องสิ่งของและของเล่นที่เด็กใช้ รวมถึงหลังเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือผ้าปูเตียงเด็ก เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อ และควรรักษา ระยะห่าง ใส่หน้ากากอนามัย อยู่เสมอ และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต

3. เปิดหน้าต่างหรือประตูในบ้านเพื่อให้มีการระบายอากาศที่เพียงพอ

บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญมีบทบาทในการทำงานหลายบทบาท บทบาทที่สำคัญคือ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ในสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นทำให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จึงภารกิจที่สำคัญเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และลดระดับความรุนแรงของโรคได้ มีดังนี้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดในการประเมินอาการและระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด พร้อมทั้งการดูแลที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบระยะยาว ได้แก่ อาการไอ ตื่นมาไอตอนกลางคืนหายใจลำบาก มีเสียงหวีดแน่นหน้าอก ใช้กลัมน้ำเพื่อช่วยหายใจ ให้รีบใช้พ่นยาสเตียรอยด์หรือยาประจำตัวทันที ทุก 1-2 ชั่วโมง หากอาการไม่ดีขึ้นรีบไปแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลทันทีเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรค

2. สอนวิธีการพ่นยาและการเลือกชนิดของยาพ่นเมื่อเด็กเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการสังเกตผลข้างเคียงที่ได้รับจากยา

3. ให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดเกี่ยวกับอาการผิดปกติของผู้ดูแล หากมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ หรือรู้สึกมีไข้ ควรงดการให้การดูแลหรืออยู่ใกล้ชิด ควรมอบหมายผู้อื่นทำหน้าที่แทน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือโรงพยาบาลในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือติดตามอาการทางโทรศัพท์หรือ Video conference และนัดพบในรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้หรือมีอาการรุนแรง เพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องทันเวลา

5. สอนเด็กโรคหอบหืดให้รู้จักล้างมืออย่างถูกต้องตามมาตรฐาน 7 ขั้นตอน ล้างมือถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70% ผ่านทางระบบออนไลน์ของโรงพยาบาลหรือคลิปวิดีโอ

6. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดในการจัดกิจกรรมสันทนาการที่สามารถทำที่บ้านอย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับช่วงวัยเด็ก

7. จัดหาและเสนอแหล่งสนับสนุนหรือสถานบริการที่เด็กโรคหอบหืดสามารถใช้บริการในภาวะฉุกเฉินใกล้เคียงได้

สรุป

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และมีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดและผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคหอบหืดต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน ทำให้ขาดเรียนบ่อย ถูกจำกัดกิจกรรมในการเรียนรู้ และขาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถตามวัย ส่งต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็ก ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดที่เด็กโรคหอบหืดจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย หรืออาจเกิดความรุนแรงของโรคมกกว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่น อีกทั้งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ปรับรูปแบบบริการเป็นความปกติใหม่ การเข้าบริการสุขภาพเป็นไปได้ยาก ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือหยุดชะงัก เมื่อเด็กโรคหอบหืดเกิดการสัมผัสเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ผู้ดูแลไม่สามารถบริหารยาให้เพียงพอต่ออาการของโรคได้ ส่งผลทำให้อาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น ดังนั้นหัวใจสำคัญที่สุดของการดูแลเด็กโรคหอบหืดในสถานการณ์โควิด-19 จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแล เพื่อให้เด็กโรคหอบหืดกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำกิจกรรมได้ปกติ ไม่มีอาการหอบหืดกำเริบ พยาบาลจึงควรจัดแนวทางการดูแลที่เหมาะสม พร้อมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การบริหารการเข้ายา การสังเกตประเมินความรุนแรงของโรคและการเข้าถึงบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้เด็กโรคหอบหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. National vital statistics survey 2015–2018. [online]. 2022 [cited 2022/6/8]. Available from: https://wwwn.cdc.gov/NHISDataQueryTool/SHS_child/index.html
2. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุตราไวโอเร็ด; 2560.
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation. [Internet]. 2022 [cited 2022/4/15]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2565] เข้าถึงจาก<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
5. วรวิฑูมิ เกรียงบุรพา. การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในเด็ก. *บูรพาเวชสาร*. 2563;7(1):96-102.
6. Moeller A, Thanikkel L, Duijts L, et al. COVID-19 in children with underlying chronic respiratory diseases: survey results from 174 centres. *ERJ Open Research* [Internet]. 2020 [cited 2022/4/15];6(4):1-8. Available from: DOI: 10.1183/23120541.00409-2020
7. อรพรรณ โพนขุนกุล. โรคหืด ภัยเงียบใกล้ตัว คนไทยเสียชีวิตกว่า 3 พันรายต่อปี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 08 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.thansettakij.com/business/478920>
8. ประภาศรี กุลาเลิศ. โรคหืดในเด็ก. ใน *สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ์, ยุวลักษณ์ ธรรมเกษร, ศรียาประจักษ์ธรรม, พรทิพา อิงคกุล, พรรณพัชร พิริยะนนท์, และประภาศรี กุลาเลิศ (บรรณาธิการ), Textbook of pediatrics ตำรากุมารเวชศาสตร์ และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2559.
9. Chatziparasidis, G., Kanta, r A. COVID-19 in children with asthma. *Lung* [Internet]. 2021 [cited 2022/4/20];199(1):7-12. Available from: DOI: 10.1007/s00408-021-00419-9
10. Fard AS, Bakhtiari M, Eslami N, Arani AM. Quality of life in pediatric with asthma during the COVID-19 pandemic: Moderating role of coronavirus-related anxiety in children and mothers [Internet]. 2021 [cited 2022/6/8];25(113):1691-98. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/354842521>
11. Shi T, Pan J, Katikireddi VS, et al. Risk of COVID-19 hospital admission among children aged 5-17 year with asthma in Scotland: a national incident cohort study. *Respir Med* [Internet]. 2021 [cited 2022/4/20];20(2):191-98. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00491-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00491-4)
12. Ferrante G, Mollicone D, Cazzato S, Lombardi E, Pifferi M. et al. COVID-19 Pandemic and Reduced Physical Activity: Is There an Impact on Healthy and Asthmatic Children?. *Front Pediatr* [Internet]. 2021 [cited 2022/4/20];9:1-9. Available from: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.695703>

13. Fitzpatrick AM, Kir T, Naeher LP, Fuhrman SC, Hahn K, Teague WG. Tablet, and inhaled controller medication refill frequencies in children with asthma. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2022/4/20];24(2):81-9. Available from: doi:10.1016/j.pedn.2008.02.027
14. สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืดและวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. โรคหืดรุนแรงถึงตาย แต่ป้องกันได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก: http://allergy.or.th/2016/resources_expert_detail.php?id=118
15. Yawn BP. The impact of children's asthma on daily life of the family qualitative study using recurrent thematic analysis. *Prim Care Respir J* [Internet]. 2003 [cited 2022/4/20];12(3):82-85. Available from: DOI: 10.1038/pcrj.2003.52.
16. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับเด็กและผู้ปกครองเมื่อมีการระบาดของโควิด-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.pidst.or.th/A1048.html>
17. ชัยศิริ ศรีเจริญวิจิตร. 10 ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.sikarin.com/doctorarticles/10>

หลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ
ของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายไทยกับกฎหมายอังกฤษ
Professional Nurses and Torts by Negligence Criteria: A Comparison
of Law in Thailand and England

เขตไท่ ลังการ์พินธุ์ Ph.D.* Khettaï Langkarpint, Ph.D.*

Corresponding author: Kesaraporn@bcnc.ac.th

Received: 8 Sep 2022, Revised: 26 Nov 2022, Accepted: 1 Dec 2022

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มุ่งศึกษาเปรียบเทียบหลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกฎหมายไทยกับกฎหมายอังกฤษ พบว่าหลักเกณฑ์คำพิพากษาศาลอังกฤษและองค์ประกอบมาตรา 420 ของกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของไทยเรื่องการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อนั้นมีความเหมือนกันคือ การปรับข้อเท็จจริงที่ว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อหรือไม่ ต้องพิจารณาจากหลักหน้าที่ใช้ความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ตามมาตรฐานของการดูแลและความชำนาญของวิชาชีพการพยาบาล ส่วนที่แตกต่างกันคือ ค่าเสียหาย กฎหมายไทยกำหนดให้ขึ้นอยู่กับการพิสูจน์ความเสียหายแล้วแต่กรณี โดยศาลจะเป็นผู้กำหนดให้ตามความเหมาะสมและไม่มีค่าเสียหายเชิงลงโทษ ซึ่งเป็นค่าเสียหายเพิ่มเติมจากค่าเสียหายธรรมดาที่มีวัตถุประสงค์ลงโทษผู้กระทำละเมิดเพื่อให้เช็ดหลาบที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความเสียหายมาก ส่วนกฎหมายอังกฤษได้วางกฎเกณฑ์ไว้ว่าค่าเสียหายเชิงลงโทษต้องเป็นกรณีกฎหมายกำหนดไว้โดยชัดแจ้ง หรือเจ้าหน้าที่รัฐกระทำตามอำเภอใจ หรือศาลพิจารณาว่าจำเลยได้ประโยชน์จากการกระทำละเมิดเกินกว่าจะต้องจ่ายค่าเสียหายแก่โจทก์ โดยมีข้อเสนอแนะว่า ในอนาคตอาจนำเรื่องค่าเสียหายเชิงลงโทษมาปรับใช้ในประเทศไทยตามความเหมาะสม ควรจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัด ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาล และการเขียนบันทึกทางการแพทย์เพื่อเป็นหลักฐานทางการแพทย์

คำสำคัญ: หลักเกณฑ์ การละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ พยาบาลวิชาชีพ ประเทศไทย ประเทศอังกฤษ

* รองศาสตราจารย์, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ Email: khettaï@payap.ac.th

* Associates Professor, Faculty of Law, Payap University.

ABSTRACT

This academic article focuses on comparing torts by negligence criteria of registered nurses between Thai law and English law. It was found that the rules of the judgment of the English courts and Article. 420 of the Thai Civil and Commercial Law on tort by negligence were the same. It is adjusting the fact that the act was a negligent offence or without consideration of the principles of caution whom a person in such a situation must meet the standards of care and skill of the nursing profession. The difference is that damages are required by Thai law to be based on proof of damages, as the case may be, determined by the court as appropriate and without punitive damages. This is an additional damage from ordinary damages intended to punish the offender for causing significant damage to the offender for violent behavior. English law provides that punitive damages must be expressly required by law, or that a government official acts arbitrarily or the court determines that the defendant has benefited from the offence beyond paying damages to the plaintiff. It is suggested that in the future, punitive damages may be applied in Thailand as appropriate. There should be trainings for professional nurses about strict compliance with nursing standards, tort by negligence liability and writing nursing records as nursing evidence.

Keywords: Criteria, Torts by Negligence, Professional Nurse, Thailand, England

บทนำ

การศึกษาเปรียบเทียบหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคดีความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกฎหมายไทยกับกฎหมายอังกฤษพบว่า มีความเหมือนกันแต่มีที่มาของกฎหมายที่ต่างกัน สำหรับประเทศไทย ความรับผิดทางละเมิดโดยความประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพนับเป็นเรื่องที่สำคัญมากทั้งทางกฎหมายและทางวิชาชีพพยาบาล ปัจจุบันนี้มีเรื่องความประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้นเช่น พยาบาลประมาทหยอดน้ำกรดใส่ปากเด็ก 2 ขวบ¹ พยาบาลปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย² เป็นต้น ปัญหาการกระทำหรือการ

ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยความประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวนี้ หากพิจารณาตามหลักกฎหมายแพ่งแล้วอาจต้องรับผิดในเรื่องเกี่ยวกับความรับผิดตามสัญญาหรือความรับผิดตามกฎหมายลักษณะละเมิด ดังนั้นหากการกระทำตามตัวอย่างนี้เป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่อและผลจากการกระทำนั้นก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย อนามัย สิทธิหรือเสรีภาพ ตลอดจนทรัพย์สินของผู้ป่วย ผู้ที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิฟ้องร้องเป็นคดีต่อศาล เพื่อขอให้ศาลบังคับให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนได้ตามกฎหมาย ในประเทศอังกฤษตามระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common law) กฎหมายลักษณะละเมิดมิได้มีบทบัญญัติหรือหลักกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษร

ไว้เหมือนประเทศไทยที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil law) ที่มีประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บัญญัติไว้ ดังนั้นกฎหมายละเมิดของอังกฤษจึงวิวัฒนาการมาจากระบบคำพิพากษาของศาลหรือศาลเป็นผู้สร้างกฎหมาย (Judge made law) โดยศาลเป็นองค์กรที่มีบทบาทมากที่สุดในการพัฒนากฎหมายและเงื่อนไขความรับผิดชอบประเภทต่าง ๆ “ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อในประเทศอังกฤษมีหลักเกณฑ์และองค์ประกอบที่เหมือนกันกับกฎหมายละเมิดของประเทศไทยมาก”³

บทความนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ ศึกษาหลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพเปรียบเทียบกับกฎหมายลักษณะละเมิดและคดีละเมิดที่สำคัญระหว่างประเทศไทยกับประเทศอังกฤษ ศีรษะระดับของความประมาทเลินเล่อ กระบวนการฟ้องร้องกับพยาบาลวิชาชีพของกฎหมายไทยและอังกฤษ โดยเริ่มจากการอธิบายหลักกฎหมายละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ การฟ้องร้องคดีพร้อมกับคำพิพากษาศาลของคดีละเมิดของพยาบาลวิชาชีพตามด้วยการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบและข้อเสนอแนะ สาเหตุที่ผู้เขียนเลือกเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยและประเทศอังกฤษ เนื่องจากประเทศอังกฤษถือเป็นต้นแบบของวิชาชีพพยาบาลแบบสมัยใหม่ โดยมีพยาบาลชาวอังกฤษชื่อ มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ผู้ก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลแผนใหม่ขึ้นเป็นแห่งแรกที่โรงพยาบาลเซนต์โทมัส ลอนดอน เมื่อปี ค.ศ. 1860 และมีจัดการสอนที่เป็นระบบโดยใช้วิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐานเรียกว่า “ระบบพยาบาลไนติงเกล” ที่ได้รับความนิยมนำไปใช้แพร่หลายทั่วโลก⁴

ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพตามกฎหมายไทย

ในประเทศไทยความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ นั้น เป็นเรื่องหนึ่งของกฎหมาย

แพ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420⁵ บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อกระทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” จากบทบัญญัติตามมาตรา 420 นี้ อาจแยกหลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดได้ 4 ประการคือ 1. การกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ 2. การกระทำโดยผิดกฎหมาย 3. ความเสียหาย 4. ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลแห่งการกระทำ ดังนั้นหากพยาบาลวิชาชีพรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยความสามารถที่ตนเองมีอยู่แล้วเกิดความเสียหายไม่ว่าจะเป็นชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ตามมาตรา 420 แล้วนั้น พยาบาลวิชาชีพผู้นั้นต้องรับผิดทางแพ่งหากปรากฏว่าความรับผิดเพื่อการละเมิดนั้น เป็นความรับผิดทางแพ่งที่มีหลักกว่าจะต้องมีความผิด โดยความผิดนี้ที่พิจารณาจากการกระทำนั้น เป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทั้งนี้ ความรับผิดที่เกิดจากการกระทำโดยประมาทนั้น กฎหมายไม่ได้บัญญัติกำหนดระดับของความประมาทไว้ว่า “กระทำประมาทเลินเล่อธรรมดาหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นความประมาทเลินเล่อในระดับใดถือเป็นการกระทำอันเป็นละเมิดได้ทั้งนั้น⁶ แต่คำว่า “ประมาทเลินเล่อตามนิยามตามกฎหมายมิได้กำหนดความหมายไว้” จึงต้องอาศัยความหมายของคำว่า กระทำโดยประมาทตามที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายอาญา ตามมาตรา 59 วรรคสี่ บัญญัติว่ากระทำโดยประมาทหมายถึง “กระทำ ความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้น จักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้แต่หาได้ใช้เพียงพอไม่”

ทั้งนี้ความรับผิดชอบทางละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ มีหลักเกณฑ์ โดยถือเอาสถานที่ประกอบวิชาชีพเป็นเกณฑ์ ดังนี้

1. กรณีโรงพยาบาลเอกชน หากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอกชนแล้วกระทำละเมิดต่อผู้ป่วยโดยทำการรักษาพยาบาลผิดพลาดหรือเกิดจากการกระทำโดยประมาทก็ตาม ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะดำเนินการฟ้องร้องกับพยาบาลวิชาชีพทางละเมิดตามมาตรา 420 และฟ้องโรงพยาบาลเอกชนในฐานะที่เป็นนายจ้างตามมาตรา 425 ได้ โดยสรุปคือผู้ป่วยสามารถฟ้องพยาบาลผู้ทำละเมิดโดยตรงกับโรงพยาบาลเอกชนได้หรือจะเลือกฟ้องคนใดคนหนึ่งก็ได้ กรณีเลือกฟ้องโรงพยาบาลเอกชนและได้ดำเนินคดีใช้เรื่องค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่จัดการแทนผู้ป่วยแล้ว หากพิจารณาได้ว่าพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวได้กระทำการรักษาพยาบาลด้วยความผิดพลาดหรือกระทำรักษาผู้ป่วยโดยประมาทเลินเล่อจริง โรงพยาบาลเอกชนในฐานะนายจ้างสามารถฟ้องไล่เบี้ยค่าสินไหมทดแทนที่จ่ายไปคืนจากพยาบาลวิชาชีพได้ตามมาตรา 426

2. กรณีโรงพยาบาลรัฐ หากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐฟ้องไล่เบี้ยกับพยาบาลวิชาชีพที่ทำการหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรัฐแล้วกระทำละเมิดต่อผู้ป่วยขึ้นได้ ตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 มาตรา 5 วรรคหนึ่งบัญญัติไว้ว่า “หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำในการปฏิบัติหน้าที่ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้” ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของรัฐ เมื่อเกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เสียหายจะฟ้องร้องให้พยาบาลวิชาชีพชดเชยค่าเสียหายไม่ได้โดยตรง ผู้ป่วยที่เสียหายจะต้องฟ้อง

หน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นต้นสังกัดของพยาบาลวิชาชีพนั้น⁷ เมื่อโรงพยาบาลรัฐนั้นจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายแล้ว โรงพยาบาลรัฐนั้นมีสิทธิที่จะไล่เบี้ยเอาากับพยาบาลวิชาชีพเมื่อปรากฏว่าพยาบาลวิชาชีพได้กระทำไปโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น

3. กรณีประกอบวิชาชีพการพยาบาลอิสระ พยาบาลวิชาชีพที่ประกอบวิชาชีพอิสระ เช่น รับจ้างเฝ้าไข้โดยตรงกับผู้ป่วยไม่ว่าที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลหรือมีสถานพยาบาลเป็นของตนเอง พยาบาลวิชาชีพนั้นอาจมีความรับผิดฐานละเมิดตามมาตรา 420 และอาจมีความรับผิดตามกฎหมายลักษณะสัญญาได้ คือต่างฝ่ายต่างมีสิทธิหน้าที่ตามสัญญา หากมีการไม่ปฏิบัติตามสัญญาหรือผิดสัญญา อีกฝ่ายมีสิทธิฟ้องบังคับให้เป็นไปตามสัญญานั้น หรือเรียกร้องค่าเสียหายอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญานั้นได้ สรุปคือผู้ป่วยสามารถฟ้องพยาบาลผู้ทำละเมิดโดยตรงได้เท่านั้น

ตัวอย่างคดีละเมิดที่สำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

1. คดีโรงพยาบาลเอกชนปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย⁸ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 11332/2555) ข้อเท็จจริงฟังได้ว่าจำเลยเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล บุตรของโจทก์ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่นั่งซ้อนท้ายชนแผงเหล็กกั้นทางโค้งปากทางเข้าหมู่บ้าน และผู้ขับขี่ถึงแก่ความตายในที่เกิดเหตุ บุตรของโจทก์มีอาการเจ็บปวด มีภาวะการบอบช้ำของสมองและโลหิตออกในสมอง จะต้องได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ แม้ไม่ปรากฏบาดแผลร้ายแรงที่มองเห็นจากภายนอก แต่พยาบาลเวรซึ่งเป็นลูกจ้างของจำเลยกลับให้ผู้ช่วยพยาบาลตรวจค้นหลักฐานในตัวบุตรของโจทก์ว่า มีบัตรประกันสังคมบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท หรือบัตรประกันชีวิตหรือไม่ เมื่อไม่พบหลักฐานใดจึงสอบถามเจ้าหน้าที่อาสาสมัครมูลนิธิที่เป็นผู้นำส่งว่าใครจะรับ

ผิดชอบค่าใช้จ่าย เมื่อไม่มีคำตอบจึงปฏิเสธที่จะ
รับบุตรของโจทก์ไว้รักษา โดยแนะนำให้ไปรักษายัง
โรงพยาบาลของรัฐ การที่พยาบาลเวรลูกจ้างของ
จำเลยปฏิเสธไม่รับบุตรของโจทก์เข้ารับการรักษาดัง
กล่าว ถือได้ว่าเป็นผลโดยตรงที่ทำให้บุตรของโจทก์
ถึงแก่ความตาย จำเลยซึ่งเป็นนายจ้างของพยาบาล
เวรและเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถาน
พยาบาล มีหน้าที่ที่ต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วย
เหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและ
จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้น
จากอันตรายตามมาตราฐานวิชาชีพตามพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 36 แต่กลับ
ไม่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของลูกจ้างดังกล่าว
จึงเป็นการละเมิดต่อโจทก์⁹ ศาลฎีกาพิพากษาว่า
โรงพยาบาลมีความผิดละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ
ให้จำเลยชำระเงินจำนวน 1,600,000 บาท แก่โจทก์
ทั้งสอง พร้อมดอกเบี้ยอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปีนับแต่
วันฟ้อง

จากกรณีศึกษาพบว่า พยาบาลเวรของโรงพยาบาล
เอกชนปฏิเสธไม่ยอมรับบุตรของโจทก์เข้ารับการ
รักษาดังกล่าว ถือได้ว่าเป็นผลโดยตรงที่ทำให้บุตรของ
โจทก์ถึงแก่ความตาย ถือว่ามีความผิดฐานละเมิดโดย
ประมาทเลินเล่อเพราะพยาบาลเวรปฏิเสธการรักษา
ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและ
จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉุกเฉิน ทั้งนี้ แพทย์เวร
ได้บอกว่าการไขว่คว้ามีภาวะเสี่ยงการบอบซ้ำของสมอง
และมีโลหิตออกในสมอง แสดงว่าบุตรของโจทก์จะ
ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีแม้จะไม่ปรากฏ
บาดแผลร้ายแรงที่มองเห็นจากภายนอก ดังนั้น
พยาบาลเวรมีความผิดและร่วมรับผิดชอบคดีกับโรง
พยาบาลเอกชนในฐานะนายจ้างตามมาตรา 425
บัญญัติไว้ว่า “นายจ้างต้องร่วมกันรับผิดชอบลูกจ้างใน
ผลแห่งละเมิดซึ่งลูกจ้างได้กระทำไปในทางการที่จ้าง
นั้น เมื่อโรงพยาบาลเอกชนได้ดำเนินคดีใช้เรื่องค่า
สินไหมทดแทนให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่จัดการแทนผู้ป่วย
แล้ว” หากพิจารณาได้ว่าพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวได้
กระทำการรักษาพยาบาลโดยเกิดจากความผิดพลาด

หรือกรณีปฏิเสธการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามมาตรา
426 บัญญัติไว้ว่า “นายจ้างซึ่งได้ใช้ค่าสินไหมทดแทน
ให้แก่บุคคลภายนอกเพื่อละเมิดอันลูกจ้างได้ทำนั้น
ชอบที่จะได้ชดใช้จากลูกจ้างนั้น” ทั้งนี้โรงพยาบาล
เอกชนในฐานะนายจ้างไม่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน
ของลูกจ้าง คือพยาบาลเวรดังกล่าว ซึ่งสถานพยาบาล
มีหน้าที่ที่ต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือ
เยียวยาแก่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้อง
ได้รับการรักษาโดยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 36 บัญญัติไว้
ว่า “ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาล
ต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่
ผู้ป่วยตามมาตรา 33/1 ให้ได้รับการรักษาพยาบาล
โดยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตราฐานซึ่งอยู่
ในสภาพอันตรายและจำเป็นตามมาตราฐานวิชาชีพ
และตามประเภทของสถานพยาบาลนั้น ๆ”

2. คดีผู้ป่วยจิตเวชหลบหนีไปจากโรงพยาบาล
ของรัฐแล้วเสียชีวิตในคูน้ำ (คดีหมายเลขแดงที่
1662/2536) ข้อเท็จจริงคือผู้ป่วยจิตเวชหลบหนีไป
จากเตียงนอนห้องพักชั้นที่ 2 และเสียชีวิตในคูน้ำห่าง
จากตึกตบไข้ประมาณ 500 เมตร โดยไม่ทราบสาเหตุ
การตาย โจทก์ซึ่งเป็นบิดาของผู้ตายฟ้องว่า จำเลยที่
1 เจ้าหน้าที่พยาบาล จำเลยที่ 2 ลูกจ้างประจำ จำเลย
ที่ 3 พยาบาลหัวหน้าตึก จำเลยที่ 4 ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล จำเลยที่ 5 โรงพยาบาลของรัฐ ได้ร่วมกัน
ละเมิดต่อโจทก์ โดยจำเลยทั้ง 5 มีหน้าที่ตามกฎหมาย
ที่จะต้องดูแลรักษาพยาบาลและให้ความคุ้มครอง
ป้องกันมิให้เกิดอันตรายแก่กายหรือชีวิตของผู้ป่วย
ผู้เป็นคนไข้พิเศษในโรงพยาบาลจิตเวช เพราะความ
ประมาทของจำเลยทั้ง 5 ที่มีได้ดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย
ศาลชั้นต้นพิพากษาว่า การตายของผู้ป่วยเกิดขึ้น
เพราะความประมาทของจำเลยที่ 1 และจำเลยที่ 2
ร่วมกันไม่ใช่เหตุสุดวิสัยที่จำเลยต่อสู้ การกระทำของ
จำเลยจึงเป็นการละเมิดต่อโจทก์ และต่อมาศาล
อุทธรณ์ตัดสินว่าจำเลยที่ 1 และจำเลยที่ 2 ปฏิบัติ
หน้าที่ของตนโดยใช้ความระมัดระวังตามสมควรแก่
หน้าที่ของตนแล้ว การตายของผู้ป่วยเกิดขึ้น เพราะ

ผู้ป่วยพยายามหลบหนีออกจากโรงพยาบาลเองทั้ง ๆ ที่จำเลยทั้ง 2 ได้ใช้ความระมัดระวังในหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายตามสมควรแก่กรณีแล้ว การกระทำของจำเลยทั้ง 2 จึงไม่เป็นการละเมิดต่อโจทก์และพิพากษายกฟ้องจำเลยทั้งหมด

จากกรณีศึกษาพบว่า คดีนี้ศาลมีคำตัดสินต่างกันทั้งสองศาลในประเด็นว่า โจทก์ไม่ได้นำสืบอย่างชัดแจ้งว่าการกระทำของจำเลยขาดความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลนั้นในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์อย่างไรบ้าง เพราะข้อเท็จจริงทั้งหมดอยู่ในความรู้เห็นของฝ่ายจำเลยแต่เพียงฝ่ายเดียว ตามหลักการนำสืบพยานที่ว่าผู้ใดกล่าวอ้างผู้หนึ่งต้องนำสืบ ตามหลักการสืบพยานนั้นผู้ใดกล่าวอ้างผู้หนึ่งต้องนำสืบ จึงมีโอกาสน้อยที่จะนำสืบได้ชัดเจนว่าพยาบาลกระทำผิดหรือไม่ เพราะผู้เสียหายที่เป็นผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการ และเหตุการณ์เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ศาลจึงตัดสินยกฟ้อง โดยมีข้อสังเกตว่าจำเลยทั้ง 5 ที่ไม่มีความผิดละเมิดนั้น ทั้งนี้ศาลอุทธรณ์เห็นว่าจำเลยที่ 1 เจ้าหน้าที่พยาบาล และจำเลยที่ 2 ลูกจ้างประจำ (ผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรตึก) ได้ใช้ความระมัดระวังในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายตามสมควรแก่กรณีแล้ว ไม่ได้ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่หรือปล่อยปละละเลยแต่อย่างใด จึงไม่ละเมิดต่อโจทก์และไม่ต้องรับผิด จำเลยที่ 3 เป็นพยาบาลหัวหน้าตึก แม้จะมีหน้าที่จัดตารางเวรเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล และจำเลยที่ 4 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความระมัดระวังตามสมควรแก่พฤติกรรมาแล้ว จึงไม่ต้องรับผิดละเมิดต่อโจทก์ และจำเลยที่ 5 โรงพยาบาลของรัฐจึงไม่ต้องรับผิดละเมิดต่อโจทก์

สรุปคดีนี้ศาลชี้ให้เห็นว่าการนำสืบเรื่องพยาบาลประมาทเลินเล่อ หรือ ขาดความระมัดระวังในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างไรเป็นเรื่องสำคัญมากในการพิสูจน์ ดังนั้นการบันทึกการพยาบาลและรายงานเหตุการณ์ของผู้ป่วยตลอดจนเอกสารเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย คู่มือการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของการดูแลและความชำนาญ (Standard of care

and skill) จึงเป็นเรื่องสำคัญที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ต้องมีและประชาสัมพันธ์และจัดอบรมแก่พยาบาลและบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัด การเขียนบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลและตามกฎหมายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพตามกฎหมายอังกฤษ

ในประเทศอังกฤษความรับผิดทางละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ นั้น เป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายว่าด้วยละเมิด (Law of torts) ซึ่งถือว่าเป็นความผิดทางแพ่ง¹⁰ โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1. การมีหน้าที่ต้องใช้ความระมัดระวัง (Duty of care) 2. เกิดการละเว้นหน้าที่หรือฝ่าฝืนหน้าที่ (Breach of duty) 3. ต้องมีความเสียหายเกิดขึ้น (Damage) หลักเกณฑ์หรือองค์ประกอบของกฎหมายจึงต้องศึกษาจากคำพิพากษาของศาลตามระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common law) โดยมีข้อสังเกต คือ ในอังกฤษสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการฉีดยารักษาผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีใบอนุญาตฉีดยา เพื่อรักษาพยาบาลยกเว้นแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น ดังนั้นคดีส่วนใหญ่จึงเป็นคดีละเมิดโดยแพทย์ผู้ทำหน้าที่แต่ศาลได้มีคำพิพากษาที่วางหลักหรือกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องพยาบาลวิชาชีพด้วย

การปรับใช้กฎหมายละเมิดจากการกระทำละเมิดในด้านของการมีหน้าที่ต้องใช้ความระมัดระวัง (Duty of care) ก็กับการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่จะต้องรับผิดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์เช่นนั้นพยาบาลได้มีหน้าที่ใช้ความระมัดระวังหรือไม่ ดังนั้นควรต้องพิจารณาถึงหน้าที่มาตรฐานการดูแลของพยาบาล (Standard of care for a nurse) ทั้งที่เป็นมาตรฐานภายนอก เช่น การควบคุมโดยองค์กรหรือสภาวิชาชีพ และมาตรฐานภายในเช่นโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่สังกัด ทั้งนี้ มีประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณาเรื่อง

ความรับผิดชอบทางละเมิดของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้

1. มาตรฐานของการดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill)

2. การปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพโดยทั่วไป (Common professional practice)¹¹ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 มาตรฐานของการดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill) ในคดี Daniel v St. Francis Cabrini Hospital (1982) มีข้อเท็จจริงคือ นาย Daniel อายุ 77 ปี แขนข้างหนึ่งขาดได้เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยป่วยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากโตระยะสุดท้ายและมีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรัง นาย Daniel ได้ขอพยาบาลชื่อมอร์แกนได้ฉีดยาสวนทวารหนักให้เพราะมีอาการวิงเวียนศีรษะและอ่อนแรง และต่อมาได้เข้าห้องน้ำในห้องพักผู้ป่วย หลังจากนั้นนาย Daniel มีอาการเวียนหัวและล้มลงจากโถส้วมในห้องน้ำ จึงกดกริ่งในห้องน้ำและเรียกขอความช่วยเหลือจากพยาบาลแต่กริ่งเสีย ต่อมาภรรยา นาย Denial ที่อยู่ในห้องพักผู้ป่วยได้ยินเสียงขอความช่วยเหลือของนาย Denial จึงกดอินเตอร์คอมที่อยู่ใกล้กับเตียงผู้ป่วยเพื่อเรียกพยาบาลมาช่วยเหลือ และได้นำตัวส่งห้องฉุกเฉินเพื่อทำการรักษาพยาบาลต่อไป ผลจากการตกมาจากโถส้วมในห้องน้ำและการที่พยาบาลไม่ได้มาช่วยเหลือโดยทันที เพราะกริ่งในห้องน้ำเสีย ทำให้นาย Daniel ได้รับบาดเจ็บร่างกาย โดยผิวหนังของอวัยวะเพศของเขาฉีกขาด นาย Daniel โจทก์จึงฟ้องโรงพยาบาล และพยาบาลจำเลยทั้งสองข้อหาประมาทเลินเล่อ มิได้ให้การดูแลเอาใจใส่ และสภาพจิตใจได้รับผลกระทบตลอดจนไม่รักษาพยาบาลที่จำเป็นแก่จำเลย ศาลตัดสินว่าจำเลยทั้งสองผิดประมาทเลินเล่อในหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจริงให้จ่ายค่าเสียหายจำนวน 3,500 ดอลลาร์แก่โจทก์ คดีนี้ได้ศาลวางหลักเรื่องมาตรฐานการดูแลและความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพไว้ว่า มาตรฐานนี้ที่นำมาใช้ได้กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยจะต้องมีความดูแลและความชำนาญตามสมควรแห่งพฤติการณ์ ทั้งนี้

พยาบาลวิชาชีพ (Registered nurse) จำเป็นต้องมีและใช้ทักษะและการตัดสินใจในระดับที่พยาบาลโดยทั่วไปผู้มีความรอบคอบควรจะมีภายใต้พฤติการณ์เดียวกัน¹²

2.2 การปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพโดยทั่วไป (Common professional practice) พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานในวิชาชีพด้วยการดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill) จะต้องอยู่ในระดับพยาบาลวิชาชีพในสาขาวิชาเดียวกัน มีมาตรฐานการดูแลที่สอดคล้องกับการประกอบวิชาชีพโดยทั่วไป (Common professional practice) นั้น พยาบาลวิชาชีพจะต้องผูกพันอย่างเต็มที่ในอันที่จะต้องปฏิบัติตามวิชาชีพ (Practice) และตามสาขาวิชาการพยาบาลที่เรียนมาให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา เพื่อเป็นการรับรองว่าการพัฒนาใหม่ๆ ภายใต้การประกอบอาชีพการพยาบาลนั้นในคดี Bolam v Friern Hospital Management Committee¹³ ข้อเท็จจริงมีดังนี้ โจทก์กำลังเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้ากระตุกเพื่อรักษาความเจ็บป่วยทางจิตของเขา แพทย์ไม่ได้ให้ยาผ่อนคลายใด ๆ และโจทก์ได้รับบาดเจ็บสาหัสกระดูกแตกร้าวจากการกระตุกไฟฟ้านั้น ต่อมา มีความคิดเห็นแตกต่างกันในหมู่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่า ควรให้ยาผ่อนคลายหรือไม่ โดยฝ่ายที่ควรให้ยาผ่อนคลายบอกว่ามีโอกาสน้อยที่จะเสียชีวิตได้ ส่วนอีกฝ่ายที่แย้งว่าไม่ควรให้ยาผ่อนคลายเพราะมีโอกาสน้อยที่ทำให้กระดูกแตกร้าว ต่อมาแพทย์ผู้รักษาตัดสินใจไม่ได้ให้ยาผ่อนคลายนี้แก่โจทก์ โจทก์จึงฟ้องว่าแพทย์และพยาบาลมีความผิดละเมิดร่วมกันโดยละเว้นหรือฝ่าฝืนหน้าที่โดยไม่ให้ยาผ่อนคลายแก่โจทก์ ศาลสภาขุนนาง (House of Lord) ได้ตัดสินว่าไม่เป็นละเมิดโดยละเว้นหรือฝ่าฝืนหน้าที่ เพราะกรณีมีสถานการณ์ที่ต้องการใช้ความชำนาญพิเศษ (Special skill) หรือความสามารถ (Competence) แล้ว การพิสูจน์ถึงการใช้ ความระมัดระวังของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานการณ์ดังกล่าวจะต้องใช้มาตรฐานความชำนาญและความสามารถของผู้มีความชำนาญตามธรรมดา (The standard of ordinary skilled man) การ

พิสูจน์ดังกล่าวจะไม่พิสูจน์จากบุคคลผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความชำนาญสูงสุด ผู้ประกอบวิชาชีพไม่จำเป็นต้องมีความชำนาญสูงสุดในวิชาชีพนั้นก็เพียงพอแล้ว หากผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานในวิชาชีพด้วยความชำนาญธรรมดา (Ordinary skilled man) ของบุคคลที่มีความสามารถธรรมดา (Ordinary competence) และได้ประกอบวิชาชีพได้กระทำตามมาตรฐานอย่างน้อยหนึ่งมาตรฐานของมาตรฐานการปฏิบัติงานในวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบ (Perfectly proper standards) การกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว มิถือเป็นการประมาทเลินเล่อ แต่มีข้อสังเกตคือ คดีนี้ได้สร้างหลักเกณฑ์ผู้ประกอบวิชาชีพต้องปฏิบัติหน้าที่ในวิชาชีพด้วยมาตรฐานการดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill) และความสมเหตุสมผล (Reasonableness) ดังนั้นในส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องพิจารณาจากมาตรฐานความชำนาญและความสามารถหรือมาตรฐานปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพเป็นหลัก

สำหรับความเสียหายที่เกิดขึ้นอันจะทำให้พยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในวิชาชีพนี้ ต้องรับผิดทางละเมิดฐานประมาทเลินเล่อ (Negligence) นี้ จะต้องเป็นความเสียหายที่เป็นประจักษ์อย่างสมเหตุสมผลว่าเป็นผลเสียหายเนื่องจากการกระทำนั้น (Reasonable) ซึ่งในระบบกฎหมายอังกฤษ ศาลจะพิจารณาว่าความเสียหายนั้นสามารถคาดเห็นได้หรือไม่ (Foreseeability) จากการกระทำของผู้ทำละเมิดนั้นและความเสียหายต้องไม่ห่างไกลเกินไป (Remoteness) โดยมูลเหตุของความเสียหายนั้น อันตรายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นผลโดยตรงจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำที่ไม่ได้มาตรฐานของความระมัดระวังนั้น (Legal cause, proximate cause, direct cause) และมีค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive damages) เพื่อป้องกันมิให้กระทำผิดซ้ำอีกและเพื่อมิให้เป็นเยี่ยงอย่างแก่ผู้อื่น

การเปรียบเทียบความรับผิดทางละเมิดโดยการกระทำประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพระหว่างไทยกับอังกฤษ

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบดังกล่าว จะเห็นได้ว่าระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) ของอังกฤษต้องพิจารณาบนหลักเกณฑ์ของความรับผิดของความประมาทเลินเล่อจากคำพิพากษาศาลในคดีละเมิดต่างๆ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้ หน้าที่ใช้ความระมัดระวัง (Duty of care) การละเว้นหน้าที่หรือฝ่าฝืนหน้าที่ (Breach of duty) และมาตรฐานของดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill) ของพยาบาลวิชาชีพและความเสียหาย (Damage) ซึ่งอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นนี้ต้องเป็นผลโดยตรงจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำที่ไม่ได้มาตรฐานของความระมัดระวังนั้น (Legal cause, proximate cause, direct cause) และอยู่บนหลักพื้นฐานว่าความรับผิดอยู่ที่ความผิดของผู้กระทำ (Liability base on fault) ทำให้นำไปสู่หลักกฎหมายพยานว่าด้วยการสืบพยานที่ว่าผู้ใดกล่าวอ้าง ผู้นั้นนำสืบ ส่วนตามระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law) ของไทยต้องพิจารณาที่ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามบทบัญญัติของกฎหมายละเมิดคือมาตรา 420 โดยมีองค์ประกอบของกฎหมาย ดังนี้ 1) มีการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ 2) โดยผิดกฎหมาย 3) เกิดความเสียหาย 4) ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลของการกระทำ และอยู่บนหลักพื้นฐานว่าความรับผิดอยู่ที่ความผิดของผู้กระทำ (Liability base on fault) เหมือนกัน

วิเคราะห์การพิจารณาหลักความรับผิดทางละเมิดเกิดจากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพ เริ่มจากการพิจารณาเปรียบเทียบมาตรา 420 ของไทยกับหลักเกณฑ์ตามกฎหมายละเมิดเรื่องความประมาทเลินเล่อของอังกฤษ (Tort law, the law of negligence)¹⁴

จะเห็นได้ว่ามีองค์ประกอบของกฎหมายความรับผิดทางละเมิดเกิดจากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อเหมือนกัน โดยกฎหมายอังกฤษจะมีความผิดประมาทเลินเล่อหรือไม่ ต้องพิจารณาจากหลักหน้าที่ใช้ความระมัดระวัง (Duty of care) ซึ่งบุคคล

ในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ ทั้งนี้ อยู่บนหลักพื้นฐานเบื้องต้นคือ หลักเรื่องมาตรฐานการดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill) ของพยาบาลวิชาชีพไว้ว่า มาตรฐานที่นำมาใช้ได้กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยจะต้องมี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรับผิดทางละเมิดโดยการกระทำประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพระหว่างไทยกับอังกฤษ

ไทย	อังกฤษ
<p>เหมือนกัน-องค์ประกอบของกฎหมายตามบทบัญญัติของกฎหมายละเมิดคือมาตรา 420 โดยมีองค์ประกอบของกฎหมาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) มีการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ2) โดยผิดกฎหมาย3) เกิดความเสียหาย4) ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลของการกระทำและอยู่บนหลักพื้นฐานว่าความรับผิดอยู่ที่ความผิดของผู้กระทำ (Liability base on fault)	<p>เหมือนกัน-หลักเกณฑ์ของความรับผิดของความประมาทเลินเล่อจากคำพิพากษาของศาล โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) หน้าที่ใช้ความระมัดระวัง (Duty of care)2) การละเว้นหน้าที่หรือฝ่าฝืนหน้าที่ (Breach of duty)3) ความเสียหาย (Damage) ซึ่งอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นนี้ต้องเป็นผลโดยตรงจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำที่ไม่ได้มาตรฐานของความระมัดระวังนั้น (Legal cause, proximate cause, direct cause) และอยู่บนหลักพื้นฐานว่าความรับผิดอยู่ที่ความผิดของผู้กระทำ (Liability base on fault)
<p>เหมือนกัน-ระดับการประมาทเลินเล่อมาตรฐานความระมัดระวังและความชำนาญ (Standard of care and skill)</p> <p>- โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 และข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564</p>	<p>เหมือนกัน-ระดับการประมาทเลินเล่อมาตรฐานของระมัดระวังและความชำนาญ (Standard of care and skill)</p> <p>- มีความระมัดระวังตามสมควรแห่งพฤติการณ์ และจะต้องใช้มาตรฐานความชำนาญและความสามารถของผู้มีความชำนาญตามธรรมดา (The standard of ordinary skilled man) ตามคำพิพากษาของศาลเป็นกรณีๆ ไป</p>
<p>แตกต่างกัน-ไม่มีค่าเสียหายเชิงลงโทษ</p>	<p>แตกต่างกัน-มีค่าเสียหายเชิงลงโทษโดยได้วางกฎเกณฑ์ไว้ว่าต้องเป็นกรณีกฎหมายกำหนดไว้โดยชัดแจ้ง หรือเจ้าหน้าที่รัฐกระทำตามอำเภอใจหรือศาลพิจารณาว่าจำเลยได้ประโยชน์จากการกระทำละเมิดเกินกว่าจะต้องจ่ายค่าเสียหายแก่โจทก์</p>

ความดูแลตามสมควรแห่งพฤติการณ์และจะต้องใช้มาตรฐานความชำนาญและความสามารถของผู้มีความชำนาญตามธรรมดา (The standard of ordinary skilled man) ซึ่งได้กำหนดไว้ตามคำพิพากษาของศาล ส่วนของประเทศไทยในเรื่องมาตรฐานการดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill) ของพยาบาลวิชาชีพได้กำหนดไว้โดยกฎหมาย ปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562¹⁵ และข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564¹⁶ และจากการศึกษาคดีเกี่ยวกับละเมิดโดยประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 ประเทศ จะเห็นได้ว่าระดับของความประมาทเลินเล่อของไทยและอังกฤษมีความเหมือนกันเรื่องมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพโดยมีการกำหนดไว้โดยชัดเจน ทั้งนี้อังกฤษได้กำหนดไว้โดยคำพิพากษาของศาลอังกฤษ ส่วนไทยกำหนดไว้โดยกฎหมาย ส่วนการฟ้องร้องคดีและการพิจารณาของศาลในคดีละเมิดต่าง ๆ กับพยาบาลวิชาชีพของไทยและอังกฤษพบว่ากระบวนการฟ้องร้องคดีกับพยาบาลวิชาชีพทางละเมิดทั้งไทยและอังกฤษไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ส่วนความแตกต่างกันคือ เรื่องค่าเสียหาย กฎหมายไทยไม่มีค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive damage) แต่กฎหมายอังกฤษมีเรื่องค่าเสียหายเชิงลงโทษโดยได้วางกฎเกณฑ์ไว้ว่าต้องเป็นกรณีกฎหมายกำหนดไว้โดยชัดแจ้ง หรือเจ้าหน้าที่รัฐกระทำตามอำเภอใจหรือศาลพิจารณาว่าจำเลยได้ประโยชน์จากการกระทำละเมิดเกินกว่าจะต้องจ่ายค่าเสียหายแก่โจทก์ เป็นค่าเสียหายเพิ่มเติมไปจากค่าเสียหายธรรมดาที่มีวัตถุประสงค์ลงโทษผู้กระทำละเมิดเพื่อให้เซ็ดหลาบที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มีความเสียหายมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ

จะเห็นได้ว่า หลักเกณฑ์กฎหมายละเมิดว่าด้วยประมาทเลินเล่อของอังกฤษ และมาตรา 420 ของไทยเรื่องการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อโดยพยาบาลวิชาชีพนั้น มีความเหมือนกันในเรื่องมาตรฐานการดูแลและความชำนาญ (Standard of care and skill) อังกฤษมีมาตรฐานที่นำมาใช้ได้กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยจะต้องมีมาตรฐานดูแลตามสมควรแห่งพฤติการณ์และจะต้องใช้มาตรฐานความชำนาญและความสามารถของผู้มีความชำนาญตามธรรมดา (The standard of ordinary skilled man) ตามคำพิพากษาของศาลอังกฤษ ส่วนประเทศไทยมีมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยมีกฎหมายที่บังคับใช้คือประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 และข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์พ.ศ. 2564 ทั้งนี้อาจนำคดีของศาลอังกฤษเรื่องประมาทเลินเล่อของพยาบาลวิชาชีพมาศึกษาโดยดูเป็นกรณี ๆ ไปตามความเหมาะสม แต่มีได้หมายความว่าต้องนำกฎหมายหรือคดีของศาลประเทศอังกฤษมาใช้ในประเทศไทยในทุกกรณีเพราะระบบกฎหมายวัฒนธรรม และประเพณีแตกต่างกัน แต่อาจนำมาใช้ศึกษาเพื่อเป็นแนวคิดและมาเสริมสร้างโดยเฉพาะการพัฒนามาตรฐานของระมัดระวังและความชำนาญ (Standard of care and skill) ของพยาบาลวิชาชีพของไทย

ข้อเสนอแนะคือ ให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลและข้อบังคับสภาการพยาบาลอย่างเคร่งครัด โดยมีการอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้เป็นหลักฐานทางการพยาบาลได้ เช่น วิธีการบันทึกทางการพยาบาลต้องถูกต้อง ครบถ้วน

และต่อเนื่อง และแบบบันทึกทางการแพทย์บาลต้อง
เหมาะสมครอบคลุม สอดคล้องกระบวนการพยาบาล
และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และ
มีแบบฟอร์มการบันทึกที่ไม่ซ้ำซ้อนและต้องมีคู่มือ
การใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์บาลสำหรับใช้

เป็นแนวทางการการบันทึกและตัวอย่างต่าง ๆ หรือ
จัดอบรมเรื่องความรับผิดชอบทางละเมิดของพยาบาล
วิชาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ในแง่กฎหมายอาจ
กำหนดให้มีค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive
damage) ในกฎหมายไทยต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. เจ้าหน้าที่พยาบาลประมาทหยอดน้ำกรดใส่ปากเด็ก 2 ขวบ พ.ศ. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.chemtrack.org/News-Detail.asp?TID=7&ID=160>
2. จดหมายข่าวสภาการพยาบาล. กรณีตัวอย่างเพื่อการเรียนรู้ : ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตราย โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ปีที่18 พ.ศ. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Newsletter2559/Newsletter2559_18_6.pdf
3. เอกณัฐ จินเสณ. ความรับผิดเพื่อละเมิดจากการประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล. วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2548.
4. พิพิธภัณฑประวัติคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://cene2.nurse.cmu.ac.th:81/museum/index.php/museum-introduction/exhibition/part2/missflorenceightingale.html>
5. วิกรณ์ รักปวงชน. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. กรุงเทพฯ: บริษัทไอดีซี พรินท์เมเยอร์; 2563.
6. เอกฤทธิ์ กองนังกวษ์. ความรับผิดทางละเมิดของแพทย์อันเนื่องมาจากการบำบัดรักษาผู้ป่วยผิดพลาด (วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต; 2558.
7. จินตนา สุวิทวัส. ความรับผิดทางละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. พ.ศ.2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/108116>
8. ธนา เบญจาทิกุล. หนังสือพิมพ์สยามธุรกิจ. โรงพยาบาลปฏิเสธการรักษาถือเป็นละเมิด. พ.ศ. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/01/11544>
9. คำพิพากษาที่น่าสนใจ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2559;2(3):406-9.
10. เขตไท ลังการ์พินธุ์. ความรับผิดทางละเมิดอันเกิดจากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อจากการประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาล (Clinical Negligence) ในระบบกฎหมายอังกฤษและระบบกฎหมายไทย. วารสารนิติศาสตร์. 2546:33(4);744-62.
11. ศิณีนาด เกียรติกิ่งวาฬไกล. ความรับผิดทางละเมิดของผู้ประกอบวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
12. Mikel AR. Emergency Medicine Malpractice. 3rd edition. London: Aspen Law & Business. 1999.

■ หลักเกณฑ์ความรับผิดชอบทางละเมิดโดยปรมาภิบาลของพยาบาลวิชาชีพ :
เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายไทยกับกฎหมายอังกฤษ

13. E-law resources Uk. Bolam v Friern Hospital Management Committee. (Internet) 1957. [cited 2022/8/15]. Available from: <http://www.e-lawresources.co.uk/Bolam-v--Friern-Hospital-Management-Committee.php>
14. Richard K. Casebook on Torts. 3rd edition. London: Oxford University Press; 2012.
15. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 18 เมษายน 2562 หน้า 30 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง.
16. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 10 มีนาคม 2564 หน้า 28 เล่ม 138 ตอนพิเศษ 53 ง.

ประชาสัมพันธ์การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทย หรือ Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 ผู้ที่จะส่งบทความตีพิมพ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
2. เป็นบทความด้านการบริการการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ต้องไม่เป็นบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อนทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งภาษาอื่น ๆ
4. บทความเป็นฉบับภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
5. บทความวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ มาพร้อมกับบทความต้นฉบับที่จะส่งขอตีพิมพ์

การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารฯ ตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 หรือทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com โดยมีค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
- รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

ความรับผิดชอบของผู้เขียน

1. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด และเนื้อหาส่วนภาษาอังกฤษต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าของภาษามาแล้ว
2. ส่งบทความต้นฉบับที่มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า มายังสมาคมฯ ภายในเวลาที่กำหนดคือ ฉบับที่ 1 ภายใน 28 กุมภาพันธ์
ฉบับที่ 2 ภายใน 31 สิงหาคม

โดยส่งทาง Online ระบบ Thaijo <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse> และทางอีเมล E-mail address : nat-nd@hotmail.com

3. ชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ เรื่องละ 1,500 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

4. หากผู้เขียนต้องการตีพิมพ์แบบเร่งด่วน (Fast track) ต้องชำระค่าใช้จ่ายเพิ่ม เรื่องละ 2,000 บาท โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ

1. เมื่อกองบรรณาธิการวารสารได้รับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการแล้ว จะพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนดและคุณภาพของบทความ แล้วแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบ

2. บทความที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น จะถูกส่งต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณากลับกรอง (Blinded peer review)

3. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนด และบทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาด้านคุณภาพ กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบเพื่อพิจารณาปรับปรุง

4. บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้แก่ผู้เขียน

5. ผู้เขียนบทความพิจารณาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมแนบเอกสารชี้แจงการปรับแก้บทความ ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์

6. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาว่าบทความได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างครบถ้วนแล้ว จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เขียน เพื่อยืนยันรับการตีพิมพ์บทความอย่างเป็นทางการ

7. ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรกเท่านั้น

**หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความเพื่อขอรับ
การตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ**

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- **ขนาดกระดาษ A 4** ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง
- **กรอบของข้อความ** ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- **ระยะห่างระหว่างบรรทัด** หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์
- **ตัวอักษร** ใช้ (TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้
 - **ชื่อเรื่อง (Title)**
 - ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - **ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)**
 - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย – อังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - **บทคัดย่อ**
 - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า ภาษาไทย และ 1/2 หน้าภาษาอังกฤษ
 - **คำสำคัญ (Keywords)** พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ เลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-4 คำ ขนาด 16 point
 - **รายละเอียดบทความ**
 - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
 - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
 - **เนื้อหาของบทความวิจัย กำหนด ดังนี้**
 - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

- กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายแนวคิด ทฤษฎี พร้อมสรุปเป็นแผนภูมิประกอบ)
- วิธีดำเนินการวิจัย (รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 รายการ)

● **เนื้อหาของบทความวิชาการ กำหนด ดังนี้**

- บทคัดย่อ
- บทนำ
- แนวคิดนำไปสู่การหาคำความรู้ทางการแพทย์ (ถ้ามี)
- บทสรุป
- **คำศัพท์** ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน
- **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบและจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตาราง ที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ได้ชื่อภาพใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง
- **กิตติกรรมประกาศ** ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/ วิชาการเพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับ ทาง E-mail : nat-nd@hotmail.com ส่งถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ และทาง Online ระบบ Thaijo <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse>

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ
2. ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ด้วย
3. เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างอิงก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างอิงซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง
4. การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณฑ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

5. รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงทำยบบทความให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างอิง
ในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง
6. รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงทำยบบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal).
ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/Issue); หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. (Page)

ตัวอย่าง

บุญมี ภูदानังว. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนับและ
บันทึกลูกดิ้น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557;12(1):135-146.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์
(Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม. นนทบุรี: กองสุศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ
(Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/
Editor (s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of
Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัด
ประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักงานพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อการประชุม; วัน เดือน
ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้า
สุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/ Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ ปริญญา.

ตัวอย่าง

จุฑามาศ สนกก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic material) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสารโดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

ยุทธนา พรหมณี. วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: www.pncc.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc

การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about

ตัวอย่าง

วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีศักนาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25];8(3):33-51. เข้าถึงได้จาก: http://www.scppk.com2_tps-13/marticle.php?id=113114

แบบฟอร์มการสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

สมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก หมายเลขสมาชิก.....
(สมาชิกเก่าโปรดระบุหมายเลขสมาชิก)

1. ข้าพเจ้า น.ส./นาง/นาย.....มีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ในนามหน่วยงาน คือ.....

ในนามบุคคล คือ.....

มีกำหนด.....ปี ตั้งแต่ฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....ประจำปี พ.ศ.....โปรดส่งวารสารไปยัง
(หน่วยงาน).....หรือ (บุคคล) น.ส./

นาง/นาย.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

Email :.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ

1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท

2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท

3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท

รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

3. ข้าพเจ้าได้ส่ง เงินสด

หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชี
เลขที่ 566-2-06297-7 จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้

และขอให้ออกใบเสร็จในนามของ.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง E-mail address : nat-nd@hotmail.com

หน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200