



วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

JNSCU

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

ISBN 0858-1231

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562 | Vol 31 No.2 May-August 2019

JNSCU

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ

ในสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

is a peer-reviewed journal, published academic papers

in nursing science.

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเสนอวิทยการก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์
 2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่งานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
 3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์
 4. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน

กำหนดออก ทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

เจ้าของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnsu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร. 02-218-1130

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562

ที่ปรึกษา (Advisory board)

รศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Assoc. Prof. Dr. Waraporn Chaiyawat)

บรรณาธิการ (Editor in Chief)

ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย (Assist. Prof. Dr. Surasak Treenai)

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

ศ.ดร.ประนอม โอทยานนท์ (Prof. Dr. Pranom Othaganont)

รศ.ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ (Assoc. Prof. Dr. Saovakon Virasiri)

รศ.ดร.นพวรรณ เปียชื่อ (Assoc. Prof. Dr. Noppawan Piaseu)

รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์ (Assoc. Prof. Dr. Marisa Krairiksh)

ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakan Kanjanawetang)

ผศ.ดร.ทัศนีย์ อรรถารส (Assist. Prof. Dr. Tassanee Attharos)

ผศ.ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย (Assist. Prof. Dr. Wareerat Thanoi)

Dr. Virya Koy

ผศ.ดร.สุนทรวดี เขียวพิเชษฐ

(Assist. Prof. Dr. Suntharawadee Theinpichet)

ผศ.ดร.สุจิตรา อุรัตนมณี (Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

รศ.ดร.กัญญดา ประจุศิลป์ (Assoc. Prof. Dr. Guyadar Prachusilpa)

ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ (Assist. Prof. Dr. Noraluk Ua-Kit)

ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปานัญญ์ นันไทยวิกุล

(Assist. Prof. Pol. Sub. Li. Dr. Pachanat Nanthaitaweekul)

ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี (Assist. Prof. Dr. Branom Rodcumdee)

ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ (Assist. Prof. Dr. Penpaktr Uthis)

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ (Assist. Prof. Dr. Rungrawee Navicharenn)

ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน (Assist. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen)

อ.ดร.ศกุนตลา อนุเรือง (Dr. Sakuntala Anurung)

นายธีระพงษ์ ยุพากิ่ง (Mr. Theerapong Yupaking)

ผู้จัดการ (Manager)

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ (Assist. Prof. Dr. Rungrawee Navicharenn)

กองจัดการ

นายธีระพงษ์ ยุพากิ่ง (Mr. Theerapong Yupaking)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงเรียนพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. รามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Deputy Director of Department of Hospital

Service, Chief Nursing Officer / Nursins Focal

Person in Cambodia for WHO-WPRO

สภาการพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นักวิชาการอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสาร เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

The Journal of Nursing Science is a peer-reviewed journal, ideas and opinions expressed in are those of the authors and not necessarily those of the editor and the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ราคาจำหน่ายเล่มละ 300 บาท

Price: 300 Baht.

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562

สารบัญ

บทความวิชาการ

ความมั่นคงด้านสุขภาพของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์:

ประเด็นท้าทายบทบาทพยาบาล

เกษมณี มูลปานันท์

จินตนา เทพเสาร์

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

ในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

จันททิพา ศิริกุลวิวัฒน์

รุ่งระวี นาวิเจริญ

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์

แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

ของเด็กสมาธิสั้น

จิรพรรณ สาบุญมา

ประนอม รอดคำดี

สุนิศา สุขตระกูล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ทางหลอดเลือดแดง

ณัฐกานต์ หงส์มัลย์

ทัศนาศูววรรณะปกรณ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น

จักรกรฤช ปิจดี

รุจา ภูไพบูลย์

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์

หน้า Contents

page

- 1 Health Security of Ethnic Pre-School Children: A Challenge to Nursing Roles

Katemanee Moonpanane

Jintana Thepsaw

- 10 The Effect of The Coaching Program in Health Behaviors Modification on HbA1C of Persons with Pre-diabetes

Jintipa Sirikunwiwat

Rungrawee Navicharenn

- 23 The Effect of Group Experiential Learning for Parents on Aggressive Behaviors of Children with Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder

Jirapan Saboonma

Branom Rodcumdee

Sunisa Suktrakul

- 35 Factors Related to Quality of Life in Older People with Hepatocellular Carcinoma Undergoing Transarterial Chemoembolization Therapy

Nattakarn Hongmalai

Tassana Choowattanapakorn

- 48 Factors Related to Sexual Risk Behaviors of Adolescents with Visual Impairment

Chakkrich Pidjadee

Rutja Phuphaibul

Penchan Pradubmook Sherer

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562

สารบัญ

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

รุ่ง พิบูลย์วรกุลกิจ

ชินฤดี คงศักดิ์ตระกูล

เสริมศรี ลั่นตติ

ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา
มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

อังคณา ศรีสุข

จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน
ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรม
ทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะ
น้ำหนักเกิน

ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา

วนลดา ทองใบ

จิราภรณ์ กรรมบุตร

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะ
ถุงน้ำรังไข่หลายใบ

วิราภรณ์ อีระวุฒิ

รุ่งระวี นาวิเจริญ

การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

อริสรา สุขวัญนี้

อัญชลีพร อมาตยกุล

หน้า Contents

page

60 Factors Predicting Sleep Quality of
Secondary School Students in Bangkok,
Thailand

Rung Piboonworakulkij

Chuanrudee Kongsaktrakul

Serm Sri Santati

72 Lived Experiences of Sons Being Caregiver for
Dependent Elderly Parents

Angkana Srisuk

Jiraporn Kespichayawattana

85 The Effects of a Planned Behavior Program
on The Eating and Physical Activity Behavior
of Overweight Late Primary School-Aged
Children

Supalux Srithanya

Wanalada Thongbai

Jeeraporn Kummabutr

98 Health-related Quality of Life in Women
with Polycystic Ovary Syndrome

Wiraporn Theerawut

Rungrawee Naweecharoen

112 The development of Competencies of
Caregivers in Caring Stroke Patients

Arissara Sukwatjane

Anchaleeporn Amatayakul

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562 ฉบับนี้ มีเนื้อหาบทความวิชาการ 1 เรื่อง และบทความวิจัยอีก 9 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล กองบรรณาธิการขอขอบคุณสมาชิกวารสารฯ และผู้แต่งบทความทุกท่าน ที่ส่งบทความมาลงตีพิมพ์ยังวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ อย่างต่อเนื่อง

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ยังเปิดรับบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความปริทัศน์ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล โดยท่านผู้แต่งสามารถศึกษารายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ และส่งบทความผ่านระบบวารสาร online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS>

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย
บรรณาธิการ



บทความวิชาการ

ความมั่นคงด้านสุขภาพของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์: ประเด็นท้าทายบทบาทพยาบาล

เกศมณี มูลปานันท์* และ จินตนา เทพเสารั**

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ตำบลท่าสุด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100

บทคัดย่อ

ความมั่นคงด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่พยายามที่จะส่งเสริมให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปลอดภัยจากภัยคุกคาม และโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โดยเฉพาะประชากรเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพต่ำกว่าประชากรวัยอื่น และเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับพยาบาลที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มนี้ ผ่านการพยาบาล การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การฝึกทักษะที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความแตกต่างของความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวไม่สามารถลงมือทำได้เพียงลำพังโดยพยาบาลหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่จะต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือชุมชนเพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน อนึ่ง บทความนี้ยังให้ความสำคัญกับบทบาทในการวิจัย ค้นหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อพัฒนานวัตกรรมและคุณภาพการดูแลให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของสังคม เศรษฐกิจและนโยบายของประเทศ แม้ว่ารายละเอียดในบางบทบาทจะพบเฉพาะในต่างประเทศ แต่ก็หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความนี้จะจุดเริ่มต้นให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้มีแนวคิดในการสร้างเสริมความมั่นคงให้กับประชากรวัยเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เป็นหนึ่งในอนาคตของประเทศ

คำสำคัญ: เด็กชาติพันธุ์/ ความมั่นคงด้านสุขภาพ/ สุขภาพเด็ก

* ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. Email: katemanee.moo@mfu.ac.th

** อาจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



Health Security of Ethnic Pre-School Children: A Challenge to Nursing Roles

Katemanee Moonpanane* and Jintana Thepsaw**

Abstract

The concept of health security is to encourage people to maintain both physical and mental health. This includes being safe from threats and non-communicable diseases, especially as it relates to ethnic children—a vulnerable population with lower health security than other population segments. Nursing professionals are therefore faced with the great challenge of establishing health security for ethnic children by providing care, education, and training in the context of differences in beliefs, language, and culture. However, the process of promoting health security cannot be achieved by a single individual or organization. There is a need for nurses to cooperate with other organizations or communities to ensure continuity and sustainability. This article also highlights the role of nurses as researchers who potentially generate new knowledge, develop innovations, and improve the quality of care within socioeconomic and national policy contexts. Although some specific roles have only been found in other countries, the hope is that this article will be the starting point of a dialogue among nurses, gearing toward establishing health security for ethnic children, the future of the country.

Keywords: Ethnic children/ Health security/ Child health

* Corresponding author, Assistance Professor, Mae Fah Luang University, Chiang Rai.

E-mail: katemanee.moo@mfu.ac.th

** Lecturer, Mae Fah Luang University, Chiang Rai.



แนวคิดการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่งของสังคม องค์กร และประเทศชาติ ซึ่งองค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ นอกจากจะเป็นการพัฒนาความรู้ และทักษะให้มีความสามารถด้านการแข่งขัน หรือการทำงานเพื่อให้ผลตอบแทนทางด้านเศรษฐกิจแล้ว องค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program: UNDP) ยังระบุว่า การสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) ยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพัฒนาทุนมนุษย์ และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG)¹ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของ “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” ว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับความคุ้มครองให้ปลอดภัยจากความเจ็บป่วย โรคติดต่อร้ายแรง โรคระบาดข้ามชาติ สารเสพติด และมีกิจกรรมทางสังคมเพื่อลดความรุนแรงจากโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและรูปแบบการใช้ชีวิต ในทุกบริบทพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เป็นธรรม ทั้งนี้ยังรวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ อาทิ โรคระบาด เชื้อดื้อยา และปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขในอนาคต^{2,3}

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ให้ความหมายของความมั่นคงด้านสุขภาพว่า เป็นภาวะที่ประชาชนปลอดภัยจากโรคระบาด รวมถึงมีหลักประกันสุขภาพที่ลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพให้กับประชาชน ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเดิมที่เกิดจากความขาดแคลนและการด้อยพัฒนา ได้แก่ ปัญหาโรคติดเชื้อหรือโรคระบาด ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประเด็นดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขได้ลำพังจากภาครัฐหรือหน่วยงานจากประเทศใดประเทศหนึ่ง เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันหลายภารกิจ องค์กร และภาคประชาชนเป็นอย่างมาก^{4,5} โดยบทความนี้จะขอกล่าวถึง การส่งเสริม

ความมั่นคงด้านสุขภาพในเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลหรือเทือกเขาในประเทศไทย ซึ่งแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์มีความแตกต่างกันทั้งทางด้าน ความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรม การแต่งกาย พฤติกรรม สุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการถูกมองว่าเป็นคนอื่น หรือ คนกลุ่มน้อย ทำให้ได้รับการดูแลที่หลากหลายหรือไม่ได้มาตรฐาน ผู้เขียนเป็นหนึ่งในบุคลากรสาธารณสุข ที่มีบทบาทและหน้าที่จัดบริการสุขภาพ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ เนื่องจากประชากรวัยเด็กเป็นวัยเปราะบาง และจะเติบโตเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาชุมชนหรือประเทศชาติต่อไปในอนาคต อีกทั้งกลุ่มเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มที่มีความมั่นคงของมนุษย์ต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ มาโดยตลอด มิได้ปรากฏในฐานข้อมูลและตัวตนในการวิเคราะห์แนวโน้ม และสถานการณ์ต่างๆ แต่เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญ⁶ จึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนที่จะศึกษา หรือสังเคราะห์องค์ความรู้ จากวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นหลักในการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพให้แก่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ พัฒนาการเจริญเติบโต สอดคล้องกับภาษาวัฒนธรรมและบริบทพื้นที่^{7,8}

การเคลื่อนไหวของความมั่นคงทางด้านสุขภาพในประเทศไทย

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป ทำให้องค์กรระดับโลกรวมถึงองค์การชำนาญพิเศษต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ภายใต้ประเด็นสุขภาพโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการที่หลายประเทศได้มีการจัดตั้งกองทุนโลก เพื่อต่อต้านโรคติดเชื้อ และการแต่งตั้งทูตพิเศษด้านสุขภาพ (Health ambassadors) เพื่อดูแลสุขภาพระหว่างประเทศในกระทรวงสาธารณสุขประจำประเทศต่างๆ⁷ ซึ่งประเทศไทยเองก็ได้ให้ความร่วมมือในระดับนานาชาติในการขับเคลื่อนประเด็นสำคัญด้านสุขภาพ



สู่เวทีระหว่างประเทศ ถือเป็นเป้าหมายหลักอย่างหนึ่งของประเทศไทยในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนภายในประเทศ ซึ่งตลอด 20 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้จัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนไทยจำนวน 48 ล้านคน สามารถใช้บริการสุขภาพของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นับว่าเป็นความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในระดับหนึ่ง⁹ นอกจากนี้ประเทศไทยได้บรรลุความมั่นคงด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในสาระสำคัญของกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 ที่มีเป้าหมายคือการสร้างสุขภาพที่ดีและความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับคนไทย ลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ ซึ่งนอกจากประชาชนจะมีศักยภาพในการแข่งขันทางด้านอุตสาหกรรมแล้ว ประชาชนยังมีทักษะในการเข้าถึงและเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ หนึ่งในประชากรเปราะบางที่รัฐให้ความสำคัญ^{4,10}

ความมั่นคงด้านสุขภาพกับประชากรวัยเด็กชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กลุ่มชนที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างไปจากกลุ่มอื่นๆ อันเนื่องจากลักษณะทางกายภาพที่ได้รับการถ่ายทอดมาทางพันธุกรรม มีความผูกพันทางวัฒนธรรมและมีประวัติศาสตร์ร่วมกัน ทำให้มีวิถีชีวิต ความเชื่อ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทางด้านสุขภาพก็มักจะพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มักประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ^{6,11} โดยเฉพาะวัยเด็กที่ถือว่าเป็นต้นทุนที่สำคัญของประเทศ และจำเป็นต้องดูแลตั้งแต่แรกเกิด ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งในบทความนี้จะมุ่งเน้นที่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยในประเทศไทยในพื้นที่สูงห่างไกล โดยเฉพาะในเขตภาคเหนือที่มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่มากที่สุด และเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางจำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น ซึ่งการดูแลเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงนั้น

บิดามารดา ผู้ดูแลจำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการดูแลที่ปรับเปลี่ยนไปในแต่ละช่วงวัย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งในและต่างประเทศ พบว่าบิดามารดา ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพบุตร ดังเช่น การศึกษาของ Apidechkul⁵ ที่ศึกษาภาวะสุขภาพประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) ร้อยละ 30.0 วัคซีนคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ เข็มที่ 3 (DTP/OPV 3) และ เข็มที่ 5 เพียงร้อยละ 70.0 และ 4.8 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดเป็นอย่างมาก ทำให้เด็กกลุ่มนี้เผชิญกับความเจ็บป่วยบ่อยกว่าปกติและส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตของเด็ก นอกจากนี้เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ยังมีปัญหาด้านโภชนาการ การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เหตุดังกล่าวเกิดจากความขาดแคลน ความยากจน การเข้าถึงไม่ถึงแหล่งสนับสนุน ไม่ได้รับการติดตามหรือกระตุ้นเตือน เพราะอยู่ในพื้นที่สูงหรือห่างไกล รวมถึงวัฒนธรรม ความเชื่อที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ^{6,12}

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประชากรเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ประสบกับปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งการจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน อาทิ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หน่วยงานด้านการศึกษา ทั้งนี้พยาบาลในฐานะที่ปฏิบัติงานทั้งในและนอกพื้นที่ จำเป็นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจสถานการณ์ มีทักษะในการสื่อสาร ความไวต่อวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่แตกต่าง และสามารถดูแลสุขภาพเด็กตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพให้แก่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์มีความต่อเนื่อง ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทปัญหา¹³ และถือเป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สะท้อนถึง



การให้บริการที่เท่าเทียม ซึ่งกระบวนการทำงานดังกล่าว ถือเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ในการขับเคลื่อนการเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ให้แก่ประชากรวัยเด็ก และเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ¹⁴

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ

พยาบาล ถือว่าเป็นหนึ่งในบุคลากรวิชาชีพ สาธารณสุขที่ให้บริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบทบาทหน้าที่ สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อมีความเจ็บป่วยหรือหรือพบผลพวง เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การดูแลใน 4 มิติดังกล่าว ก็พบว่า ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ ในพื้นที่ห่างไกล ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพหรือแหล่ง ประโยชน์อื่นๆ ซึ่งในบทความนี้ได้ทำการสังเคราะห์ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ปฏิบัติการในการส่งเสริม ความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งที่อยู่ในพื้นที่และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อให้เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ปลอดภัยจากโรคระบาด ภัยคุกคามที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และระบบ สาธารณสุขในอนาคต โดยมีรายละเอียดดังนี้^{3,8}

บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ ในการเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพสำหรับเด็ก ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยการเสริมสร้าง ศักยภาพในการป้องกัน ค้นหา และลดผลกระทบจาก ปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพราะการมีสุขภาพดี ปราศจากโรคนี้ทำให้เด็กสามารถ เรียนรู้ เจริญเติบโตและพัฒนาได้เต็มศักยภาพ ซึ่งถือเป็น รากฐานสำคัญของการพัฒนามนุษย์ การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพดังกล่าว ได้แก่ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับวัคซีน

ตามเกณฑ์ การติดตามการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ การให้ความรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การป้องกัน โรคระบาดหรือโรคติดต่อ การป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์^{8,14,15} ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว พยาบาล สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีในทุกกิจกรรม ทำให้พยาบาลเข้าใจถึง สาเหตุ และขนาดของปัญหาจากข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ และให้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มี ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต หรือบริบทพื้นที่ ความเป็น ปัจจุบัน สามารถประเมินผลได้ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน มารดาหลังคลอด เพื่อให้ความรู้และประเมินศักยภาพ ในการดูแลทารก รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และการได้รับวัคซีน ซึ่งการเยี่ยมบ้านดังกล่าว เป็นภารกิจหนึ่งของพยาบาลแต่การดูแลสุขภาพเด็ก กลุ่มชาติพันธุ์พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสาร และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อให้เข้าใจ เข้าถึง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลของบิดา มารดาได้

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การส่งเสริมความมั่นคง ด้านสุขภาพครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด สำหรับเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยในพื้นที่สูงหรืออยู่ใกล้ ชายแดน พยาบาลยังต้องปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง หรือควบคุมหรือหยุดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ข้ามประเทศ ซึ่งถือเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลในการ ป้องกันและเฝ้าระวังเชิงระบาดวิทยา ในการสืบสวนโรค อาทิ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กให้ครอบคลุม ทุกช่วงวัย การพัฒนาทีมจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค เคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ให้สามารถควบคุมป้องกันโรคได้ทันทั่วทั้ง ที่ หรือการค้นหาเด็กที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบ เจริญรุ่ง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคติดต่อโปลิโอ⁴ โดยอาศัย ความร่วมมือของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชนในการแจ้งข่าว ซึ่งได้มีความพยายาม ที่จะทำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ ในการแจ้งข่าว โรคระบาด อาทิ การใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE) มาใช้



ในการรายงานสถานการณ์โรคระบาดในพื้นที่ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถเข้าถึงสถานการณ์และเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹⁴

บทบาทผู้ประสานงานในระบบสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่ชุมชนร่วมกันสร้างสังคมที่มีสุขภาพ ถือเป็นนโยบายและวาระร่วมแห่งชาติ ซึ่งความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วน รวมถึงศักยภาพของผู้นำของชุมชน ที่ถือเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนก่อให้เกิดความปรองดองและเกื้อกูลกันในชุมชน เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และสามารถนำไปใช้ได้จริงเพราะตรงกับความต้องการของชุมชน¹⁶ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่เข้ามามีส่วนในการรับผิดชอบสุขภาพของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ จะต้องสร้างแนวคิดและวิสัยทัศน์ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ โดยบูรณาการแผนปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนและภาระงาน สร้างการมีส่วนร่วมหรือความรู้สึกร่วมกันเป็นหุ้นส่วน (Partnership) เพื่อให้การดำเนินงานในการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการประสานภารกิจร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทางด้านสุขภาพ หรือองค์กรอิสระ (Non Governmental Organizations: NGO) เพื่อให้บริการเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพ การสอนสุขศึกษา การตรวจฟัน หมักเหา เป็นต้น ส่งเสริมความสามารถของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์หรือบิดามารดาในการดูแลตนเอง เบื้องต้น โดยเริ่มจากจัดทำฐานข้อมูลเด็กในชุมชน และเมื่อพบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพ อาทิ พร่องโภชนาการ ติดเชื้อหรือไม่ได้รับวัคซีนตามวัย พยาบาลจะทำการแจ้งให้ครู ผู้ดูแลที่ศูนย์พัฒนาเด็ก บิดามารดา เพื่อให้การช่วยเหลือ เบื้องต้นและติดตามเยี่ยมบ้านจนกว่าปัญหาจะได้รับการแก้ไข หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนกรณีที่ได้รับการดูแลรักษาต่อไป ทั้งนี้การทำงานดังกล่าวอาจพบความยากลำบากในการเข้าพื้นที่ พยาบาลสามารถประสานงานกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนเรื่อง

ยานพาหนะรวมถึงค่าใช้จ่ายและเงินสวัสดิการของรัฐ ให้แก่เด็กและครอบครัว ซึ่งที่ผ่านมาการทำงานร่วมกันทั้งสองหน่วยงานอยู่ในระดับดีมาก และความสำเร็จดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ จะต้องได้รับความร่วมมือที่ดี มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลสามารถเป็นแกนนำสำคัญในการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ ให้แก่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷

บทบาทผู้ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคคล

ทุนมนุษย์เป็นทุนที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ศักยภาพให้มีขีดความสามารถในการทำงานได้ดีและมีประสิทธิภาพ โดยในบทความนี้ มนุษย์ที่จะต้องได้รับการพัฒนามีหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ซึ่งควรจัดให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวได้รับการพัฒนา และเติมเต็มความรู้ ความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จ^{6,18} ซึ่งสมรรถนะข้อหนึ่งเพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน คือ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหรือป้องกันการระบาดของโรคข้ามพรมแดน ด้วยการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ ตามกรอบวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก นอกจากนี้การเสริมสร้างความรู้เรื่องการดูแลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural competency) เนื่องจากทุกวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน การมีทัศนคติด้านบวกกับผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ เชื้อชาติ รวมถึงให้เกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หากพยาบาลมีสมรรถนะดังกล่าว จะเพิ่มความตระหนักในตนเองและพร้อมที่จะเรียนรู้ และให้การพยาบาลบนความแตกต่างได้อย่างมีคุณภาพ¹³

ซึ่งนอกจากจะให้เสริมความรู้และทักษะให้แก่บุคลากรสุขภาพแล้ว อสม. และผู้นำชุมชน ก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่จะต้องได้รับการเสริมศักยภาพ เช่น



การได้รับวัคซีนและอาการที่ไม่พึงประสงค์ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ การสืบสวนโรคติดต่อร้ายแรง และการป้องกันโรค ซึ่งเป็นความรู้และทักษะเบื้องต้นที่หน่วยงานต้นสังกัดจะต้องให้ความรู้ กลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มบิดามารดา ผู้ดูแลเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าว บางส่วนได้รับการศึกษาเพียงระดับชั้นประถมศึกษาและส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ไม่สามารถอ่านเขียนหรือทำความเข้าใจเอกสาร ข้อมูลที่หน่วยงานภาครัฐเผยแพร่ได้ ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการ ต้องคิดหาวิธีการในการให้ความรู้และเสริมทักษะในการดูแลเด็กให้แก่บิดามารดาที่ครอบคลุมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับว่า มีความเที่ยงตรงและเหมาะสมกับการนำไปใช้ ซึ่งการให้ความรู้และเสริมทักษะยังให้ความสำคัญกับสื่อออนไลน์ที่มีการเผยแพร่ข้อมูล บางครั้งไม่ได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ก่อนการตัดสินใจ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ก็ได้มีนโยบายที่จะเพิ่มพูนทักษะให้แก่ประชาชนไทย อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความยากลำบากในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านภาษา ระดับการศึกษา และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่ยังคงใช้ภาษาไทย เป็นภาษาราชการเป็นหลัก ช่องทางดังกล่าวถือว่าเป็นข้อจำกัดในการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ บทบาทนี้ของพยาบาลจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน อสม.แกนนำในการประชาสัมพันธ์ รวมทั้งชี้แจงให้ความรู้เพิ่มเติมหรือสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้น โดยมีผลสืบเนื่องที่สำคัญ คือ การดูแลสุขภาพตนเอง ที่ถูกต้อง ลดความเจ็บป่วยหรือความรุนแรง ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล เกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

บทบาทผู้วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

ผลจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้ร่วมกันกำหนดนโยบายไทยแลนด์ 4.0 และสร้างความตื่นตัวให้กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมาก โดยกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศของบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม และโรคทางระบาดวิทยาใหม่ โดยพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ประโยชน์ในระบบบริการสาธารณสุข มุ่งเน้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ พยาบาลจึงต้องพยายามคิดค้นผลงาน หรือค้นหาหนทางใหม่ในการดูแลสุขภาพให้แก่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ที่เหมาะสมกับบริบทและการเปลี่ยนแปลงทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เช่น การสร้างนวัตกรรมสื่อให้ความรู้เรื่องวัคซีนสองภาษา ที่ประกอบด้วย ภาษาไทย และภาษาท้องถิ่น (ลื้อวะ) ผู้ปกครองเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เข้าใจถึงความสำคัญของวัคซีนและสามารถป้องกันอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับวัคซีนได้²¹ หรือพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการใส่สารเสพติดสำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ รวมถึงการที่ต้องทำงานในภาคเกษตรกรรมร่วมกับครอบครัวหรือผู้ใหญ่ในชุมชน ดังนั้น พยาบาลอาจจะเริ่มจากการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการใส่สารเสพติดที่เกิดขึ้นในชุมชน อาทิ รูปแบบการเลี้ยงดู อิทธิพลของครอบครัวและเพื่อน นโยบายของชุมชน เพื่อสร้างเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นผ่านการทำกิจกรรมที่ดึงดูดความสนใจร่วมกับกิจกรรมบำบัด¹⁴ ทั้งนี้การวิจัยยังเป็นเครื่องมือในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากการพัฒนาเทคโนโลยี (Mobile Health: mHealth) ในการส่งเสริมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในชนกลุ่มน้อยและชนไร้สัญชาติ เขตชายแดน



ภาคเหนือของประเทศไทย ทำให้เด็กได้รับวัคซีนในช่วงเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ นวัตกรรมดังกล่าวยังมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือความรู้เกี่ยวกับวัคซีน แก่บิดามารดาเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ได้อีกวิธีการหนึ่ง

สรุป

ประชากรเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพต่ำกว่าประชากรวัยอื่น เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของทางด้านร่างกาย และสติปัญญา รวมถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และที่อยู่อาศัย จึงถือว่าเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับพยาบาลที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างก้าวกระโดด กระบวนการดังกล่าวไม่สามารถสำเร็จได้เพียงเพราะการให้

การพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่พยาบาลจำเป็นจะต้องปฏิบัติงานในบทบาทผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยมีเป้าหมายหลักอย่างหนึ่ง คือ ความต่อเนื่อง และยั่งยืน อย่างไรก็ตาม สิ่งหนึ่งที่จะขาดไม่ได้เลยคือบทบาทของการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคคล เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลที่เป็นหุ้นส่วน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งต้นทุนมนุษย์เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นที่ทำให้กระบวนการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ บทความนี้ยังให้ความสำคัญของบทบาทในการวิจัย ค้นหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อพัฒนานวัตกรรมและคุณภาพการดูแลให้สอดคล้อง เชื่อมโยงกับบริบทของสังคม เศรษฐกิจและนโยบายของประเทศ

References

1. Horton R, Das P. Global health security now. The Lancet. 2015;385(9980):1805-6. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60909-6.
2. World Health Organization (WHO). Report of the seventh global forum for government chief nurses and midwives: the future of nursing and midwifery workforce in the context of the Sustainable Development Goals and universal health coverage. Geneva: WHO; 2017.
3. Ministry of Public Health (MoPH). Thailand global health strategic framework 2016-2020. Bureau of international health office of the permanent secretary. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
4. Saha A, Alleyne G. Recognizing non-communicable diseases as a global health security threat. Bulletin of the World Health Organization. 2018;96(11): 792-3. doi: 10.2471/BLT.17.205732.
5. Apidechkul T, Laingoen O, Suwannaporn S. Inequity in accessing health care service in Thailand in 2015: A case study of the hill tribe people in Mae Fah Luang district, Chiang Rai, Thailand. Journal of Health Research. 2016;30(1): 67-71. (In thai)
6. Morgan J, Kennedy ED, Pesik N, Angulo FJ, Craig AS, Knight NW, et al. Building global health security capacity: the role for implementation science. Health security. 2018;16 Supp1:S5-7. doi.org/10.1089/hs.2018.0119.
7. Saengow U. Contribution of universal health coverage to Thailand 4.0. Area Based Development Research Journal. 2017; 9(2):74-80. (In thai)



8. Apidechkul T, Laingoen O, Suwannaporn S. Inequity in accessing health care service in Thailand in 2015: A case study of the hill tribe people in Mae Fah Luang district, Chiang Rai, Thailand. *Journal of Health Research*. 2016;30(1):67-71. (In thai)
9. Roesler, Anna L., et al. "Stunting, dietary diversity and household food insecurity among children under 5 years in ethnic communities of northern Thailand." *Journal of Public Health*. 2019;41(4): 772-780.
10. Siriphan S, Elter PT. The Importance of Cross-cultural Knowledge and Abilities in Nursing Care for Mothers and Newborns. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016: 3(3);220-32.
11. Keawkingkeo S. Community drug abuse prevention in a Hmong village in Thailand. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2016; 43(2):22-9. (In thai)
12. Yanola J, Nachaiwieng W, Duangmano S, Prasannarong M, Somboon P, Pornprasert S. Current prevalence of intestinal parasitic infections and their impact on hematological and nutritional status among Karen hill tribe children in Omkoi District, Chiang Mai Province, Thailand. *Acta Tropica*. 2018;180:1-6. doi.org/10.1016/j.actatropica. 2018. 01.001. (In thai)
13. Dapha S, Nuntaboot K. Community care system of children under 5 years old. *Journal of Nursing Science and Health*. 2017;40(1);30-40. (In thai)
14. Leerapan B, Suriyawongpaisal P, Srithamrong-sawat S, Kasemsup V, Theeraampompunt N, Im-Arom C, et al. Concepts and Practices of Community-Based Health Interventions for Vulnerable Populations in Thailand: A Qualitative Study. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(4): 442-63. (In thai)
15. Hahn RA, Truman BI. Education improves public health and promotes health equity. *International Journal of Health Services* 2015;45(4):657-78.
16. Sengklong W. Innovation of education media on vaccination. *Journal of Health Science* 2018;27(1):120-7. (In thai)
17. Kratoo W, Srivilai A, Pattanittum P. Association between Hmong parents' illness belief and compliance with immunization schedule for children under 5 year of age. *Naresuan University Journal: Science and Technology* 2018;26 (2):146-54. (In thai)
18. Kaewkungwal J, Apidechkul T, Jandee K, Khamsiriwatchara A, Lawpoolsri S, Sawang S, et al. Application of mobile technology for improving expanded program on immunization among highland minority and stateless populations in Northern Thailand border. *JMIR mHealth and uHealth*. 2015;3(1):e4. doi: 10.2196/mhealth.3704. (In thai)



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์* และ รุ่งระวี นาวิเจริญ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานจำนวน 60 ราย ซึ่งมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย จับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ และการใช้ยาเมทฟอร์มิน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Hass (1992) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 และมีค่าความเที่ยง 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยสถิติที

ผลการวิจัย: 1) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
สรุป: โปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานลดลงได้

คำสำคัญ: ภาวะก่อนเบาหวาน/ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด/ การสอนแนะ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์,

Email: Rungrawee.N@chula.ac.th



The Effect of The Coaching Program in Health Behaviors Modification on HbA1C of Persons with Pre-diabetes

Jintipa Sirikunwiwat* and Rungrawee Navicharenn**

Abstract

Purpose: To study the effect of the coaching program in health behaviors modification of persons with pre-diabetes.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The subjects were 60 persons with prediabetes in out-patient clinic, Medicine Department of Phrachomklao hospital, Phetchaburi province. Thirty persons with prediabetes per group were matched by sex, age and use of Metformin. The control group received the normal nursing care whereas the experimental group received the coaching program in health behaviors modification. The research instrument were the coaching program in health behaviors modification based on the concept of Haas (1992), The data were collected by demographic data, HbA1C level and health behaviors modification of pre-diabetes patient questionnaire. The content validity was .90 and reliability was .71. Percentage, mean, standard deviation and t-test were used to analyze the data

Findings: 1) The mean of HbA1C level of pre-diabetes persons after receiving the coaching program in health behaviors modification was significantly lower than before receiving the program at the significance level of .05

2) The mean of HbA1C level of pre-diabetes persons after receiving the coaching program in health behaviors modification was significantly lower than the control group at the significance level of .05

Conclusion: The coaching program in health behaviors modification has been shown to be effective for decreasing HbA1c level of persons with pre-diabetes.

Keywords: Pre-diabetes/ HbA1C level/ Coaching



บทนำ

ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน (Pre-diabetes) มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น และกำลังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยมีการคัดกรองผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานโดยใช้ Fasting Blood Sugar (FBS) พบความชุกของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 10.7 และปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6¹ ซึ่งคาดการณ์ว่าผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานจะกลายเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากปี พ.ศ. 2554-2563 จำนวน 501,299-553,941 คน/ปี ซึ่งเพิ่มขึ้น 2 เท่าภายในเวลา 6 ปี และในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8.2 ล้านคน² ปัจจุบันจึงเริ่มมีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป³

ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่าปกติ คือระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 100-125 มก./ดล. (Impaired Fasting Glucose: IFG) หรือมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 5.7-6.4 %³ หรือมีปัจจัยเสี่ยงร่วมได้แก่ ภาวะอ้วนลงพุง มีโรคความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น การมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงดังกล่าวจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานร้อยละ 37 ภายในระยะเวลา 4 ปี และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานร้อยละ 17.7⁴ ได้แก่ ภาวะจอประสาทตาเสื่อม การทำงานที่ผิดปกติของหัวใจและทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การรับรู้การปวด อุณหภูมิ และการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลงทำให้เกิดแผลได้ง่าย เป็นต้น

การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้าให้น้อยกว่า 100 มก./ดล. และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อยกว่า 5.7 % ซึ่งผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การลดน้ำหนักร้อยละ 7 ของน้ำหนักเดิม การเลือกรับประทานอาหารที่มีพลังงานลดลง มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไป 150 นาทีต่อสัปดาห์

และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม⁵ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานยังมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับต่ำ เนื่องจากภาวะนี้ไม่มีอาการที่เด่นชัด ไม่มีอาการหรืออาการแสดงว่าเจ็บป่วย⁶ จึงพบว่าผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารพบว่า ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน⁷ รับประทานน้ำตาลมากกว่า 4 ช้อนชาต่อวัน รับประทานผลไม้ครั้งละมากๆ⁸ รับประทานข้าวในปริมาณมาก⁷ ด้านการออกกำลังกายพบว่า เคลื่อนไหวร่างกายน้อย มีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 24.57⁹ ด้านความเครียดเนื่องจากเป็นวัยทำงานหารายได้เพื่อสร้างฐานะ จึงอาจไม่มีเวลาออกกำลังกายและเมื่อทราบว่าเป็นความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานจึงเกิดความเครียดและไม่สามารถแสวงหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้⁷ ดังนั้นจึงควรมีโปรแกรมช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดได้

การพยาบาลตามปกติที่ผ่านมาพบว่า มีการประเมินผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานด้วยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และจัดโปรแกรมให้ความรู้หรือการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน รวมทั้งเน้นการให้ความรู้เป็นกลุ่ม ระยะเวลาที่ใช้ค่อนข้างสั้นเนื่องจากจัดกระทำที่คลินิกผู้ป่วยนอกซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก การสอนตามปกติมุ่งเน้นการให้ความรู้โดยพยาบาลผู้ให้บริการแบบทางเดียว ขาดการแนะนำที่เป็นขั้นตอน ขาดการประเมินปัญหา ขาดการตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งขาดการสนับสนุนติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง^{10,11,12} ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานไม่ยั่งยืน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเนื่องจากผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานแต่ละรายมีรูปแบบพฤติกรรมที่แตกต่างกัน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะให้ตรงตามความต้องการของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานแต่ละราย เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสอนแนะ (Coaching) ในผู้ที่เป็นเบาหวานในต่างประเทศของ Sherifali¹³ เรื่องการดูแลและจัดการสอนแนะในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นรายบุคคล โดยเน้นการหาหนทางจัดการเกี่ยวกับโรคเบาหวานเน้นการให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาแบบรายวัน ประยุกต์ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการให้หลักการให้คำปรึกษา มีการตั้งเป้าหมาย และการเสริมแรงจิตใจด้วยการตั้งคำถามซึ่งใช้หลักทฤษฎีสร้างแรงจูงใจเชิงสัมภาษณ์ เพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรม สนับสนุนด้านจิตใจ และมีความยืดหยุ่นเกี่ยวกับทักษะการจัดการโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงได้มีการนำมาใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถทำให้ HbA1C ลดลงได้^{13,14,15,16} ดังนั้นผู้วิจัยเลือกแนวคิดการสอนแนะของ Hass¹⁷ มาใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผสมผสาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน 2) การวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน 3) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน ผสมผสานกับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เพื่อลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอย่างมีขั้นตอน ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจ การฟังอย่างตั้งใจ และเน้นการแก้ไขปัญหารายวันได้ตรงตามความต้องการของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน แต่ละรายมากที่สุดเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เป็นผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน สะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานในช่วงระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงน้อยกว่า 5.7% ซึ่งระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดที่ลดลง 1% จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ลดอัตราการตายจากโรคเบาหวาน และลดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้โปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานของ Diabetes Prevention Program Research Group (DPP)¹⁸ และแนวคิดการสอนแนะของ Haas¹⁷ มาเป็นแนวคิดพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน 2) การวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน 3) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน ผสมผสานกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด มีการใช้เทคนิคซึ่งเป็นวิธีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะที่ตรงตามความต้องการของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการกระตุ้นและให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานเข้าใจในปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มีความพร้อม มีการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ชัดเจน



หลังจากนั้นพัฒนาความรู้และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามประสบการณ์เดิมของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน และให้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้

ดังนั้น ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานลดลง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 18-59 ปี มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 18-59 ปี มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย ตาม Rule

of thumb โดยกำหนดคุณสมบัติการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 100-125 มก./ดล.
2. มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กก./ม²
3. สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
4. มีและสามารถใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยได้
5. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น หรือมีภาวะวิกฤติในระหว่างการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Haas¹⁷ ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะก่อนเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ Power Point โมเดลอาหาร ฉลากโภชนาการ เป็นต้น

2. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 10 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ 3) ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ



เพศ ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า เป็นต้น และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบการดำเนินกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน พบว่ามีความเข้าใจเนื้อหาในการสอน ส่วนแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .90 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.71

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารหมายเลข 4/2561 รับรองตั้งแต่วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2561- 19 มกราคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ประเมินข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง (Pre-test) และกลุ่มทดลองทำแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม ตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Post-test) ส่วนกลุ่มทดลองให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Post-test)

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยได้รับความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เวลา 10 นาที ภายหลังพบแพทย์ และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 13 ที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

กลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และโทรศัพท์ติดตาม 3 ครั้ง ในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1), ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3), ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการสอนแนะ โดยพบว่า ในครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเป็นลำดับที่ 1 จำนวน 24 คน รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 คน ในครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) เลือกด้านการออกกำลังกายเป็นลำดับที่ 1 จำนวน 23 คน รองลงมาคือ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 6 คน และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 1 คน และในครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) เลือกด้านการจัดการความเครียดเป็นลำดับที่ 1 จำนวน 29 คน รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 1 คน โดยมีการดำเนินกิจกรรมแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านการรับประทานอาหาร 1) การประเมิน และการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยผู้วิจัยพูดคุยสร้าง



สัมพันธภาพใช้ทักษะการสัมภาษณ์แบบเจาะใจ เพื่อประเมิน ปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สภาพสังคมและ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ประเมิน ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุปัญหาและอุปสรรค สอบถาม จุดเด่นและจุดด้อยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน บันทึกปัญหาและ อุปสรรคลงในแบบบันทึกเป้าหมายการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ 2) การวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน โดยการที่ผู้วิจัยและผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานกำหนด เป้าหมายระยะสั้น เช่น งดเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน อาหารที่ใช้กะทิในการปรุง บางรายเปลี่ยน จากรับประทานข้าวขาวมาเป็นข้าวกล้อง และเปลี่ยนจาก รับประทานอาหาร 2 มื้อ เป็นรับประทานอาหารให้ครบ ทั้ง 3 มื้อ และเป้าหมายระยะยาว คือ ลดระดับน้ำตาลเฉลี่ย สะสมในเลือดในระยะเวลา 3 เดือน แล้วลงในแบบบันทึก เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้น ผู้วิจัยประเมินความรู้และทักษะของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็น เบาหวานจากการสอบถาม และพัฒนาความรู้ ทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทาน อาหาร ร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ที่มี ภาวะก่อนเป็นเบาหวานนำแผนที่ได้เขียนไว้ในขั้นตอนที่ 2 นำไปปฏิบัติ พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกเป้าหมาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การประเมิน ผลการปฏิบัติร่วมกัน ประเมินทักษะการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมหลังการสอนทันที และนัดหมายติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอีก 2 สัปดาห์

ด้านการออกกำลังกาย 1) การประเมินและ การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยผู้วิจัยพูดคุยและใช้ทักษะ การสัมภาษณ์แบบเจาะใจ เพื่อประเมินปัญหาทางด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ สภาพสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ประเมินความพร้อมในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุ ปัญหาและอุปสรรค สอบถามจุดเด่นจุดด้อยในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็น เบาหวาน พร้อมทั้งบันทึกปัญหาและอุปสรรคลงใน แบบบันทึกเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน โดยการที่ผู้วิจัยและ ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานกำหนดเป้าหมาย เช่น เล่นสูล่าสูล่าวันละ 30 นาทีทุกวันตอนเย็น เดินรอบบ้าน 30 นาทีต่อวัน เป็นต้น แล้วลงในแบบบันทึกเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นผู้วิจัยประเมิน ความรู้และทักษะพื้นฐานเดิมของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็น เบาหวานจากการสอบถาม และพัฒนาความรู้ ทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ที่มี ภาวะก่อนเป็นเบาหวานนำแผนที่ได้เขียนไว้ในขั้นตอนที่ 2 นำไปปฏิบัติ พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกเป้าหมายและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การประเมินผล การปฏิบัติร่วมกัน ประเมินทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการสอนทันที และนัดหมายติดตามการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอีก 2 สัปดาห์

ด้านการจัดการความเครียด 1) การประเมิน และการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยผู้วิจัยพูดคุยใช้ทักษะ การสัมภาษณ์แบบเจาะใจ เพื่อประเมินปัญหาทางด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ สภาพสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุ ปัญหา อุปสรรค สอบถามจุดเด่นจุดด้อยในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน บันทึกปัญหาและอุปสรรคลงในแบบบันทึกเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การวางแผนการ ปฏิบัติร่วมกัน โดยการที่ผู้วิจัยและผู้ที่มีภาวะก่อนเป็น เบาหวานกำหนดเป้าหมาย เช่น จะสวดมนต์ก่อนนอน ทุกวัน จะไม่แสดงอารมณ์โต้ตอบทันทีเวลาที่มีเรื่องที่ไม่พอใจ เป็นต้น แล้วลงในแบบบันทึกเป้าหมายการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นผู้วิจัยประเมินความรู้และ ทักษะพื้นฐานเดิมของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานจาก การสอบถาม และพัฒนาความรู้ ทักษะ การปรับเปลี่ยน



พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานนำแผนที่ได้เขียนไว้ในขั้นตอนที่ 2 นำไปปฏิบัติพร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน ประเมินทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการสอนทันที และนัดหมายติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอีก 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และก่อนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติที่ได้นำค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ โดยได้ค่าสถิติที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทดสอบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติที่ (Paired t-test)

3. การทดสอบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 48.43 ± 8.97 , 48.80 ± 8.47 ปีตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรงร้อยละ 56.70 และไม่ได้ใช้ยาเมทฟอร์มิน ร้อยละ 93.30 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.47 ± 3.75 , 29.82 ± 4.52 กก./ม² ตามลำดับ และมี FBS 106.93 ± 5.64 และ 105.83 ± 4.77 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุเฉลี่ย การใช้ยาเมทฟอร์มิน ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย และระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้าเฉลี่ย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	30	9	30
หญิง	21	70	21	70
อายุเฉลี่ย	48.43±8.97		48.80±8.47	
การใช้ยาเมทฟอร์มิน				
ใช่	2	6.70	2	6.70
ไม่ใช่	28	93.30	28	93.30
ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง				
ไม่มี	17	56.70	17	56.70
มี	13	43.30	13	43.30
ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย	27.47±3.75		29.82±4.52	
ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FBS)	106.93±5.64		105.83±4.77	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD.	T	p-value
ก่อนการทดลอง	5.92	0.23	5.798	.000
ภายหลังการทดลอง	5.79	0.20		

ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดระหว่างผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ภายหลังการทดลองระดับ

น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานซึ่งได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD.	T	p-value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	5.92	0.23	-1.782	.080
กลุ่มควบคุม	5.83	0.18		
ภายหลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	5.79	0.20	3.368	.001
กลุ่มควบคุม	6.02	0.30		

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้แบบทางเดียวจากพยาบาลประจำการในคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แต่เมื่อเข้าร่วมในโปรแกรมนี พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม เนื่องจากผู้วิจัยนำโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากการสอนแนะของ Haas¹⁷ มาใช้โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหา จากการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานเคยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ไม่ต่อเนื่องทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย คือ อยู่ในขั้นการกลับไปมีปัญหาซ้ำ จำเป็นต้องมีการทำให้ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานกลับมามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเช่นเดิม

ส่วนผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานที่อยู่ในขั้นลังเลใจ พยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมสุขภาพที่เคยปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานได้ทบทวนตนเอง การซักถามโดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “ท่านคิดว่าอาการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดจากสาเหตุใด” “ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีประโยชน์ต่อตัวท่านอย่างไร” พบว่าส่วนใหญ่ยังดื่มเครื่องดื่มรสหวานเป็นประจำไม่เคยออกกำลังกาย ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 59.37 ซึ่งการประเมินและการวิเคราะห์ร่วมกัน วิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. การวางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ปัญหาของตนเองและสามารถเชื่อมโยงระหว่างระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมกับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว จึงร่วมกันวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ด้วยการกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร เช่น ลดการดื่มกาแฟจากเดิม 2 แก้ว ลดลงเป็น 1 แก้ว/วัน ลดการกินขนมหวาน รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ลดข้าวจากเดิม 3 ทัพพี เป็น 2 ทัพพี/มื้อ เป็นต้น ด้านการออกกำลังกาย เช่น จากเดิมไม่ออกกำลังกาย เป็นเลือกการออกกำลังกายด้วยการเล่นสูล่าสูลวันละ 30 นาทีทุกวัน เพิ่มระยะเวลาเดินรอบบ้านตอนเช้าเป็น



20 นาที เป็นต้น ด้านการจัดการความเครียด เช่น สวดมนต์ ก่อนนอนทุกวัน

จากนั้นผู้วิจัยพัฒนาความรู้และฝึกทักษะ ด้านต่างๆ ตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การคำนวณพลังงานที่ต้องการต่อวัน อาหารแลกเปลี่ยน อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน การประเมิน การออกกำลังกาย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย การประเมินความเครียด การจัดการความเครียด เป็นต้น

3. กลุ่มตัวอย่างต้องกลับไปปฏิบัติกิจกรรม ที่บ้าน ตามแผนที่วางแผนในขั้นตอนที่ 2 และลงบันทึก ในแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกวัน จากบันทึกในแบบบันทึกเป้าหมายและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างบันทึกในแต่ละวัน ซึ่งการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้จะทำให้ผู้ที่มีภาวะ ก่อนเป็นเบาหวานเกิดการเรียนรู้ ความเชื่อมั่น และทักษะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม นำไปสู่การลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้

4. การประเมินผลร่วมกัน โดยประเมินผล การสอนโดยการซักถามทันที พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะ และมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจากการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง ครึ่งละ 20 นาที เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน พบว่า มีคะแนนพฤติกรรม สุขภาพ ค่าเฉลี่ย 86.67 คะแนน และส่งผลให้ระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างลดลง จึงอาจ สรุปได้ว่า การสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ที่มีภาวะก่อนเป็น เบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Navichareon และ Aungsueroch¹⁵ ศึกษาผลของระบบการพยาบาลชี้แนะ แบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจ ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือดลดลงสอดคล้องกับ Pikun และ Navichareon¹⁴ ที่พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ลดลงหลังจากได้รับโปรแกรม

การสอนแนะ และสอดคล้องกับ Whittemore และ Melkus¹⁶ ที่ศึกษาผลของการสอนแนะในผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง และสอดคล้องกับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Sherifali¹³ ที่ทบทวนงานวิจัยการนำโปรแกรมการสอนแนะมาใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 เรื่อง และสามารถทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ก่อนการทดลองกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพมีค่าที่ระดับ 5.92% ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติมีค่าที่ระดับ 5.79% ซึ่งมีค่าไม่แตกต่างกัน ($p=0.80$) แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่าที่ ระดับ 5.79% ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่เพิ่มขึ้นเป็น 6.02%

จากผลดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ จะได้รับการสอนแนะซึ่งเป็นกระบวนการและมี ขั้นตอนต่างๆ ที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่มี ภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ซึ่งวิธีการพัฒนาความรู้ฝึกทักษะ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้ที่มี ภาวะก่อนเป็นเบาหวานได้รับการประเมินและวิเคราะห์ พฤติกรรมร่วมกับผู้วิจัย และเข้าใจในปัญหาการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ทำให้เกิดระดับน้ำตาล ในเลือดมากกว่า 100 มก./ดล. หรือมีระดับน้ำตาลสะสม เกิน 5.7% ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจึงร่วมกันกำหนด เป้าหมายโดยมีการระบุพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้และมีความเป็นไปได้ที่สอดคล้องกับปัญหา ที่ต้องการแก้ไข ระบุระยะเวลา และมีการวางแผนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจนสอดคล้องกับเป้าหมาย



หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Navichareern และ Aungsuroch¹⁵ พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง หลังได้รับระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลาย สอดคล้องกับ Pikun and Navichareern¹⁴ ที่พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ลดลง หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และสอดคล้องกับ Whitemore and Melkus¹⁶ ที่ศึกษาผลของการสอนแนะในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Sherifali¹³ ที่ทบทวนงานวิจัยการนำโปรแกรมการสอนแนะมาใช้

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 เรื่อง และสามารถทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. การติดตามประเมินผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานควรมีการติดตามในระยะยาวมากกว่า 3 เดือน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพตัวอื่น เช่น ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ระดับไขมัน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือในช่วงวัยอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทีมอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ เพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. Aekplakorn W, et al. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014.
2. Srichang N. Prediction of Type 2 Diabetes Population in Thailand, 2011-2020. Weekil Epidemiological Surveillance Report 2009;41(39):622-4. (In thai)
3. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017;40(1):s11-24.
4. Plantinga LC, Crews DC, Coresh J, Miller ER, Saran R, Yee J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in US adults with undiagnosed diabetes or prediabetes. Clinical Journal of the American Society of Nephrology 2010;5(4):673-82.
5. Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. Pathumthani: Romyen-media; 2017.
6. Chen MF, Wang RH, Hung SL. Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory. Applied Nursing Research 2015;28(4):299-304.
7. Intarawichian S. Changing Health behavior by participate to sustainable, in the diabetes mellitus risk group, Kasetwisai district: Roi-et province. The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen 2012;19(2):65-75. (In thai)



8. Dheengarm B, Tiautchasuwan Y, Boromtanarat C. Factors Affecting the Practice in Prevention of Diabetes and Hypertension of Population at Risk Group in the Responsible Area of Ban Phon Muang Health Center, Chumphonburi District, Surin Province. *Research and Development Health System Journal* 2012; 5(3):127-34. (In thai)
9. Banklang A, Muktabhant B. Diabetes Prevention attitude among government and state enterprise employees with Prediabetes in Muang District, Khon Kaen Province. *Journal of The office of DPC 6 Khonkaen* 2011;18(2):38-46. (In thai)
10. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008;22(3): 455-62.
11. Geiss LS, James C, Gregg EW, Albright A, Williamson DF, Cowie CC. Diabetes risk reduction behaviors among US adults with prediabetes. *American journal of preventive medicine* 2010;38(4):403-9.
12. Chen SF, Lin CC. The predictors of adopting a health-promoting lifestyle among work site adults with prediabetes. *Journal of clinical nursing* 2010;19(19-20): 2713-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03320.x.
13. Sherifali D. Diabetes coaching for individuals with type 2 diabetes: A state-of-the-science review and rationale for a coaching model. *Journal of Diabetes* 2017;9(6):547-54.
14. Pikun P, Navichareern R. The Effect of Coaching Program for Lifestyle Modification on HbA1c Level in Newly Diagnosed Type 2 Diabetic Persons. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2016;43(2):55-73. (In thai)
15. Navichareern R, Aungsuroch Y, Thanasilp S. Effects of Multifaceted Nurse-Coaching Intervention on Diabetic Complications and Satisfaction of Persons with Type 2 Diabetes. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2009;92(8): 1102-12. (In thai)
16. Whittemore R, Melkus GD, Sullivan A, Grey M. A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *The diabetes educator* 2004;30(5):795-804.
17. Haas SA. Coaching: Developing Key Players. *Journal of Nursing Administration* 1992; 22(6):54-8.
18. Diabetes Prevention Program Research Group. The prevalence of retinopathy in impaired glucose tolerance and recent-onset diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Diabetic Medicine* 2007;24(2):137-44.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

จิรพรรณ สาบุญมา* ประนอม รอดคำดี** และ สุนิศา สุขตระกูล***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กสมาธิสั้น และบิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดา 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น 3) โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติอนพารามตริก

ผลการวิจัย: พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: การใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาส่งผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลง

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา/ พฤติกรรมก้าวร้าว/ เด็กสมาธิสั้น

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลักอาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effect of Group Experiential Learning for Parents on Aggressive Behaviors of Children with Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder

Jirapan Saboonma^{*} Branom Rodcumdee^{**} and Sunisa Suktrakul^{***}

Abstract

Purposes: to compare aggressive behaviors of children with ADHD before and after using the group experiential learning for parents program and to compare aggressive behavior of children with ADHD using the group experiential learning for parents program and those who received regular caring activities.

Design: Quasi-experimental research

Methods: Forty children with ADHD receiving services in outpatient department Rajanukul Institute, who met the inclusion criteria, were paired up and then randomly assigned to experimental group and control group; 20 subjects in each group. The experimental group received the group experiential learning for parents program for 6 weeks whereas the control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) The personal data questionnaire, 2) The aggressive behaviors assessment scale and 3) The group experiential learning for parents program of children with ADHD. All instruments were content validated by a panel of 5 experts. The Content Validity Index of the aggressive behavior scale was .93 and The Nonparametric statistics was used in data analysis.

Findings: 1) Aggressive behaviors of children with ADHD after using the group experiential learning for parents program was significantly less than that of before the treatment, at the .05 level. 2) Aggressive behaviors of children with ADHD received the group experiential learning for parents program was significantly less than those received regular nursing care, at the .05 level.

Conclusion: The results of this study lead to the recommendation for the use of the group experiential learning for parents program to decrease aggressive behavior.

Keywords: Group experiential learning for parents/ Aggressive behaviors/ ADHD

^{*} Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

^{**} Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor. branomrod@gmail.com.

^{***} Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Co-research Advisor.

E-mail: auyyoo@yahoo.com



บทนำ

แนวโน้มเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติประชากรทั่วโลกพบความชุกเท่ากับร้อยละ 5-12¹ กลุ่มเด็กที่พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 คือเด็กอายุ 8-11 ปี ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้นปี พ.ศ. 2555 พบมากถึง ร้อยละ 8.1 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1² จากสถิติของสถาบันราชานุกูลพบเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2558-2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันคือ 1,275 ราย 2,272 ราย 3,037 ราย และ 3,325 ราย ตามลำดับ³ อาการของเด็กสมาธิสั้นที่เป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ และกลุ่มอาการไม่นั่ง/หุนหันพลันแล่น⁴ ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน การเข้าสังคมกับผู้อื่น และความมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาพบเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกรงกลัว พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมด้านอารมณ์⁵ และจากสถิติงานพยาบาลผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูล พบว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 57.5³

“พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น” หมายถึง การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากอารมณ์โกรธและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ โดยกระทำต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบให้ตนเองและผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และ/หรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆ เสียหาย⁶ หากพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อเด็กในด้านการต่อต้านสังคม ติดยาเสพติด เป็นอันตรายก่อปัญหาอาชญากรรม และสร้างความเดือดร้อนต่อสังคมเป็นต้น และยังส่งผลกระทบกับเด็ก คือ มักต่อต้านสังคมเพื่อนไม่ยอมรับ อาจนำไปสู่ภาวะก้าวร้าวรุนแรงและติดสิ่งเสพติดได้และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าบิดามารดามีความเครียด จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าว

ในเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องดูแลและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเด็กวัยเรียนต้องเติบโตเป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ในอนาคต

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ภาวะการแสดงออกทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์โกรธ และบกพร่องทางการสื่อสารจากการที่เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา และ 2) ปัจจัยภายนอก คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง บิดามารดามีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง เด็กจะเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวนี้มาตลอดทั้งบิดามารดาไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง ขาดระเบียบวินัย จากปัจจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลที่จะช่วยจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น และป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีความรุนแรงมากขึ้น จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นนอกจากการใช้ยาการรักษาที่ได้ผลดีคือ การใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสาน ที่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยา การปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพบิดามารดา และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้ แต่ยังไม่พบปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นคือ บิดามารดาไม่เข้าใจถึงธรรมชาติและจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็ก ไม่สามารถจัดการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม บางปัญหาจึงถูกละเลยหรือถูกแก้ไขอย่างผิดวิธีด้วยความไม่รู้ ทำให้ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม การสอนบิดามารดาให้เรียนรู้วิธีและมีทักษะในการปรับพฤติกรรม รู้วิธีจัดการกับปัจจัยกระตุ้นอาการ ร่วมกับการให้การดูแลช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับ



โปรแกรมการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยบิดามารดาพบว่า เมื่อบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการฝึก หรือได้รับความรู้ในการดูแลเด็กตามแนวทางการรักษา และให้การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสมแล้วจะทำให้บิดามารดามีความเข้าใจในพฤติกรรมของเด็ก สามารถใช้ความรู้และทักษะในการดูแลเด็กได้เหมาะสมกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก โดยพบการศึกษาในโรงพยาบาลลำปาง ในปี 2013⁷ ที่นำโปรแกรมอินคริดิเบิลเยียร์สหรือโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กก้าวร้าว สำหรับเด็กอายุ 2-10 ปี (Incredible Years: IY) มาใช้กับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นวัยก่อนเรียนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคดื้อและโรคเกรนนั้น ส่งผลต่อการจัดการอาการคน อยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมต่อต้าน การใช้อารมณ์และทักษะทางสังคม รวมถึงการใช้ภาษา อารมณ์และความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กสมาธิสั้น อายุ 4-6 ปี ดีขึ้น ในประเทศไทยพบการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมบิดามารดา/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของชมัยพร จันทรศิริ พบว่าหลังบิดามารดา/ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง และความสามารถในการปฏิบัติของบิดามารดา/ผู้ดูแลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของกัญญาวีร์ บุญเสนันท์⁸ ได้ศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะการักษ์ พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และความสามารถของบุคคลนั้น พบการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb⁹ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ด้านประสบการณ์ ซึ่งเป็นการนำประสบการณ์เดิมที่เคยรับรู้ออกมาใช้ในการเรียนรู้เพื่อการสะท้อนความคิด และอภิปรายในกลุ่มที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้

ข้อสรุปที่หลากหลาย โดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ทำให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้อง นำมาซึ่งความคิดรวบยอดและส่งผลต่อการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิดา มีทิพย์ และคณะ⁹ ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม.มีระดับความรู้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการให้คำแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาสำรวจเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง โดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์พบว่า โปรแกรมฝึกทักษะครูด้วยการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ช่วยให้ครูมีความรู้ความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเด็กสามารถลดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และเพิ่มทักษะสังคมของเด็กได้ หลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน เด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมชอนอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 33.96 มีคะแนนปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาขึ้น โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาการเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลเด็กของบิดามารดา เพื่อให้บิดามารดามีความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน และช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมุ่งเน้นและให้ความสำคัญการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมองการรับรู้ของบิดามารดาที่ถูกต้องทั้งต่อตนเองและเด็กสมาธิสั้น หากบิดามารดาเข้าใจ



และปฏิบัติได้ถูกต้องจะทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ในสังคมและเติบโตได้อย่างมีความสุข โดยเริ่มจากองค์ประกอบด้าน Cognitive เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับทัศนคติโดยให้ผู้ปกครองรับรู้และตระหนักถึงผลกระทบที่รุนแรงจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น สำหรับองค์ประกอบด้าน Behavioral เป็นการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น เทคนิคการสื่อสาร เทคนิคการฝึกวินัย และความรับผิดชอบ โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีแนวทางและสามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสมภายใต้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ของ Kolb^๖ ซึ่งพบว่า สามารถพัฒนาผู้เรียนด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจเนื้อหาความรู้ มีแรงจูงใจ ในการเรียน มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติใช้ในการทำงานได้จริง อีกทั้งรูปแบบการเรียนรู้มีลำดับองค์ประกอบที่ชัดเจนทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์รูปธรรม 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง แต่ละองค์ประกอบ ผู้เรียนมีส่วนร่วมไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ สรุปเนื้อหา และการลงมือปฏิบัติจริง ไม่ใช่การฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว อีกทั้งผู้สอนคอยกระตุ้นผู้เรียนอยู่ตลอดเวลา เกิดการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอนอย่าง

ต่อเนื่องตลอดเวลาการเรียนรู้^๖ และกระบวนการกลุ่ม โดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับการแบ่งปัน และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กัน และกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนตนเองก่อน สามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจเกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนที่เพิ่มความยืดหยุ่นและศักยภาพในการผสมผสานความรู้เดิมกับประสบการณ์ในรูปแบบใหม่ และแตกต่างกันออกไปจนเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ถือเป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จึงสอดคล้องกับการเรียนรู้แบบประสบการณ์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบหนึ่งที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และสามารถส่งเสริมศักยภาพปิตามารถได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดการคิดวิเคราะห์ และสรุปมาเป็นแนวคิดหลักการนำไปปฏิบัติจริงในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของปิตามารถา

ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation)

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation)

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆ รวมกัน

พฤติกรรม
ก้าวร้าวของเด็ก
สมาธิสั้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังบิดามารดาได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่บิดามารดาได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

2) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และบิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กสมาธิสั้น และบิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เด็กสมาธิสั้นได้รับการจับคู่ (Matched-Pair) ด้วยวิธีการจับคู่เพศ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดา 2) แบบ

ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น¹¹ ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .93

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1) โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดาหรือมารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning theory) ของ Kolb⁸ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วยบิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำให้ความรู้ เรื่องกลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก และกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่าง ๆ รวมกัน

2.2) คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดาหรือมารดา เด็กสมาธิสั้น (สำหรับบิดาหรือมารดา)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2561 (รหัสโครงการ RI 006/2561) ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งมีการเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างที่สนใจตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้บิดาหรือมารดาลงนามในเอกสารยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง (บิดาหรือมารดา) ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และเมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจะแสดงพฤติกรรมอย่างไร และสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดาหรือมารดา

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยสอบถามจากบิดาหรือมารดา และให้บิดาหรือมารดาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น

3. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดาหรือมารดา ซึ่งในแต่ละกิจกรรม จัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม เด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือ

มารดาได้รับบริการทางด้านการพยาบาลจากพยาบาลทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพที่จัดให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวที่มีมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและสถาบันเด็กในสังกัดกรมสุขภาพจิตตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน

4. กลุ่มทดลอง บิดาหรือมารดาของเด็กสมาธิสั้นทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน และนำสรุปผลมาให้กับผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งผู้วิจัยนัดบิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้นเพื่อประเมินผลหลังครบโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มทดลอง บิดาหรือมารดาทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน และนำสรุปผลมาให้กับผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 8 จากนั้นผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยและบิดาหรือมารดา เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และให้คำปรึกษากับผู้ปกครอง บิดาหรือมารดา รวมทั้งสรุปผลการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดา มารดาน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดา มารดาน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดา (n=20) (Wilcoxon signed ranks test)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น						
กลุ่มควบคุม	17.35	4.65	20.85	5.01	-3.559	.000
กลุ่มทดลอง	17.75	5.04	11.90	4.30	-3.743	.000

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (Mann-Whitney U Test)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น						
ก่อนการทดลอง	17.75	5.04	17.35	4.65	-.179	.858
หลังการทดลอง	11.90	4.30	20.85	5.01	-4.499	.000

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนผลการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้คือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดาลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของ



บิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเนื้อหาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์ แบบกลุ่มของบิดามารดา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวน เนื้อหาทางวิชาการของโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองและครู ในการปรับพฤติกรรมเด็กในต่างประเทศ และทบทวน โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง (Parent management training) ในประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับ ครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการปัญหา อารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ส่งเสริมความสามารถ ทางสังคม อารมณ์ ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรม ของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎี การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning theory) ของ Kolb⁸ ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิด ความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (Empowerment) กระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่าง ไร้ตรง (Reflective observation) 3) การสรุปเป็น หลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active experimentation) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ซึ่งให้ ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งหาก บิดามารดามีความเข้าใจในเรื่องทักษะต่างๆ จากกิจกรรม ทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์ แบบกลุ่มของบิดามารดา ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้ และทักษะในการจัดการกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้มากขึ้น พิจารณาได้จากพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน ลดลงอย่างชัดเจนและบิดามารดาให้ความร่วมมือกับการ เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ชิริติกล, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง¹² ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างความสามารถของ

ผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบัน จิตเวชเด็กและวัยรุ่นนราชนครินทร์ ผลการทดลองพบว่า การเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแล เด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก และสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแล ในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติ และกัญญาวิรุ์ บุญเสนัน⁶ ได้ศึกษา ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก สมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ ใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ แบบมีเงื่อนไขของ Skinner ร่วมกับแนวคิดที่ใช้การพยาบาล องค์กรวม (Holistic care) พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของ เด็กสมาธิสั้นหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับ พฤติกรรมบำบัด

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับ การพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์ แบบกลุ่มของบิดามารดาลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลจาก การศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเรียนรู้ โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาสามารถลด พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นจากการไปจัดการกับ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งให้ความสำคัญกับ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิด การเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาสให้ สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้การรับภาระแบ่งปัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไข ปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจ ต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไข ข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยเน้นการปรับเปลี่ยนตนเองก่อน สามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่าง ส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อย่างจริงใจ จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยน



พฤติกรรมของสมาชิก โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นภายใต้การประยุกต์แนวคิดและโปรแกรมดังกล่าว ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามกระบวนการการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning theory) ของ Kolb^๖ และกระบวนการกลุ่ม (Group process) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและตัวเด็กและตั้งความหวังกับเด็กบนความเป็นจริง และรับทราบแนวทางในการช่วยเหลือ

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก โดยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบิดามารดาที่เคยประสบปัญหาพฤติกรรมเด็ก ให้นำเสนอกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมเด็กแล้วได้ผลให้กลุ่มฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็น และให้บิดามารดาเรียนรู้ผ่านสื่อโดยใช้ DVD และนำเสนอภายในกลุ่มเรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่เหมาะสม สมาชิกสามารถเลือกนำไปใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กต่อไป

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ

จากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมทำให้บิดามารดาสามารถใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการอภิปราย สามารถสรุปเป็นหลักการความรู้เป็นขั้นตอนเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ ซึ่งเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มจากการที่ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม ศึกษาจากใบงานและใบความรู้ในกิจกรรม ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจและเกิดมโนทัศน์ซึ่งมโนทัศน์นี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยทำให้บิดามารดาสามารถนำไปดูแลเด็กสมาธิสั้น และจัดการพฤติกรรม ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงได้

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆ รวมกัน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่บิดามารดานำเอาความเข้าใจที่สรุปได้จากกิจกรรมที่ผ่านมาไปทดลองปฏิบัติจริงเพื่อทดสอบความถูกต้องของข้อสรุป เน้นที่การประยุกต์ใช้การทดลองปฏิบัติจริง

จากการทำกิจกรรมจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning theory) ของ Kolb (1984) นั้น สามารถจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็กและปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู การสื่อสาร การฝึกวินัย การแสดงออกทางอารมณ์ และการจัดการพฤติกรรมเด็กของพ่อแม่ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective



Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ทำให้บิดามารดา มีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ถูกต้อง รวมถึงการมีทักษะและความรู้ในการจัดการพฤติกรรม จะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้ ทั้งยังช่วยให้เด็กเรียนรู้การอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ครอบคลุมการเรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กซึ่งจะช่วยให้เด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้

เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและมีส่วนช่วยพัฒนา ประเทศชาติในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำโปรแกรมการเรียนรู้โดย ประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาไปใช้กับเด็กที่ป่วย เป็นโรคทางจิตเวชอื่นและบิดามารดา

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณเด็กสมาธิสั้นและครอบครัวที่ให้ความ ร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

References

1. Freitag CM, Hänig S, Schneider A, Seitz C, Palmason H, Retz W, Meyer J. Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *Journal of neural transmission* 2012;119(1):81-94.
2. Wisanuyothin T. Prevalence of ADHD in Thailand *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2):66-75. (In Thai)
3. Rajanukul Institute. Statistics of Rajanukul Institute, year 2018. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai).
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Soikum K, Sirisattayawong P. Behavioral problems in school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder [Master thesis, Public Health Program]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. (In Thai)
6. Boonsanun K, Yunibhand J. The Effect of Behavior Therapy on Aggressive Behaviors of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder [Master thesis, Nursing science program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (In Thai)
7. Chompoosuab W. Effectiveness of implementing the caregiver training regarding behavior modification of children with attention deficit hyperactivity disorder program, child and adolescent psychiatric clinic, Lampang hospital [Master thesis, Nursing science program]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. (In Thai)
8. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.



9. Meethip N, Tumdee D, Bhuddhirakkul P. Effects of Experiential Learning on Knowledge and Screening Practice and Advice for Hypertension Among Village Health Volunteers. *Nursing Journal* 2016;43 Suppl:104-15. (In Thai)
10. Juengsiragulwit D, Chaiudomsom C, Rueng P, Poowichai C. A Pilot Study of The Efficacy of Group Teacher Training for Behavioral Modification in School-Aged Children at-Risk for Emotional and Behavioral Problems. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(2):115-26. (In Thai)
11. Kanlaya P, Yunibhand J. The effect of aggressive behavior management program in children with attention-deficit hyperactivity disorder [Master thesis, Nursing science program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (In Thai)
12. Wachidilog P, Muangkwa M, Teamsang T. The Effectiveness of parent training program for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of mental health of Thailand* 2009; 17(2):77-90. (In Thai)



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ณัฐกานต์ หงส์มาลัย* และ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบเชิงสหสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 120 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความปวด แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96, .78, .95 และ .87 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 122.47, S.D. = 18.76) ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$ ตามลำดับ)

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรคและอาการไม่พึงประสงค์คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/ โรคมะเร็งตับ/ เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: Tassana.C@chula.ac.th



Factors Related to Quality of Life in Older People with Hepatocellular Carcinoma Undergoing Transarterial Chemoembolization Therapy

Nattakarn Hongmalai* and Tassana Choowattanapakorn**

Abstract

Purpose: To study the quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy and to study the relationships between factors; fatigue, pain, insomnia, stress and quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy.

Design: Correlation research

Methods: One hundred and twenty inpatient aged over 60 years old of King Chulalongkorn Memorial Hospital and Ramathibodi Hospital who had been diagnosis of hepatocellular carcinoma. The instruments were composed of Demographic information, Piper fatigue scale-12, Numerical rating scales, Insomnia severity index, Percieved stress scale, functional assessment of cancer therapy–hepatobiliary (FACT-Hep). The reliabilities of these questionnaires were .96, .78, .95 and .87 respectively. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Pearson's production-moment correlation.

Findings: The mean score of quality of life among older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy was shown at the high level. (Mean = 122.47, S.D. = 18.76). Fatigue, pain, insomnia and stress were negatively related to quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy at the medium level of .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$, respectively)

Conclusion: Health care providers should pay special attention to the assessment and management of adverse events of older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy to reduce the suffering from diseases and adverse reactions and maintain good quality of life.

Keywords: Quality of life in older people/ Hepatocellular carcinoma/ Transarterial Chemoembolization

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.
E-mail: Tassana.C@chula.ac.th



บทนำ

โรคมะเร็งตับเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรค มะเร็งทั้งหมด 1 ใน 3 อยู่ในประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไทย สำหรับในประเทศไทยมะเร็งตับ พบได้ทุกภูมิภาค พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ 34.8 และ 11.3 ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่ามะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 6 และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี¹ จากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษามากกว่าผู้ป่วย ในและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 471 ราย เป็นผู้สูงอายุ 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 และจากสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย มะเร็งตับกลุ่มนี้จำนวน 435 ราย เป็นผู้สูงอายุ 260 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ปัจจุบันพบว่าปัญหาโรคมะเร็งตับ มีแนวโน้ม สูงขึ้นในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ตามกระบวนการสูงอายุ พบว่าเซลล์ของตับมีการ เปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ทำให้การกำจัดยาที่เข้าสู่ร่างกายช้าลง ผู้สูงอายุจึงมีความโน้มเอียงในการเกิดพิษจากยาและ แอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป² การเกิดมะเร็งตับ เป็นขบวนการที่ซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน (Multi-step process) และใช้เวลายาวนานกว่าสิบปี พยาธิสภาพมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ แต่อาการ และอาการแสดงเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ และมักพบในระยะ สุดท้ายแล้ว^{2,3} และมีความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การรักษามะเร็งตับโดยการผ่าตัดเอาก้อน เนื้องอกออก และการผ่าตัดเปลี่ยนตับเป็นวิธีรักษาที่ดี ที่สุด แต่ร้อยละ 60-70 ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะ แพร่กระจาย ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัด⁴ การรักษา โดยให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Transarterial Chemoembolization: TACE) เป็นทางเลือกลำดับแรก

ในการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับ ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เพื่อชะลอการดำเนินของโรค การควบคุมอาการ และการมีชีวิตรอดนานขึ้น เพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40-50 นาน 16-20 เดือน³

การรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เป็นการสอดสายสวนเข้าไปในหลอดเลือดแดงบริเวณ ขาหนีบไปที่ก้อนเนื้องอก โดยให้ยาเคมีบำบัดและสาร ออกกันหลอดเลือด เพื่อไม่ให้เลือดมาเลี้ยงและเกิดการตาย ของก้อนมะเร็ง อาการที่พบหลังให้เคมีบำบัดทาง หลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และภาวะเครียด⁴ พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบ มากที่สุด รองลงมาคือ ความปวด โดยมักพบมากใน 1 สัปดาห์หลังรับการรักษา⁵ นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะ เครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน โดยเฉพาะ กลุ่มผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในทางเสื่อมลง รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ส่งผลต่อ การเผาผลาญ การกระจายตัว และการขับถ่ายของยา ออกจากร่างกายช้าลง ทำให้ฤทธิ์ยาอยู่นานขึ้นจึงเพิ่ม ความเสี่ยงในการแพ้ยาเคมีบำบัด ส่งผลให้เกิดความ เหนื่อยล้า ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ หรือมีความปวด ร่วมด้วย จากปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ดังกล่าว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง⁶

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทางหลอดเลือดแดง พบว่าคุณภาพชีวิตลดลงทั้งมิติด้าน ร่างกายและจิตใจ⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบด้าน ร่างกาย (Physical well-being) พบว่าเมื่อร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยจากมะเร็งตับ และได้รับเคมีบำบัดทาง หลอดเลือดแดง จะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น⁵ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตมากที่สุด โดยมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม⁸ ส่วนองค์ประกอบด้านอารมณ์ (Emotional well-being) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจะมี



ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวลกลัวการเสียชีวิต⁷ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด⁸ แต่พบว่าคุณภาพชีวิต ด้านสังคมครอบครัว (Social well-being) สูงขึ้น เนื่องจากมีบุคคลใกล้ชิดให้การช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁹ สำหรับองค์ประกอบด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Functional well-being) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในระยะลุกลาม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจึงยังสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลายอย่าง จากการศึกษา Ryu และคณะ¹⁰ พบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่พบได้มากที่สุด ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิต Shun และคณะ⁵ กล่าวว่า ความปวดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้มากใน 1 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ส่วน Xie และคณะ⁷ พบว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับ จะทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อารมณ์ไม่สดชื่น มีความแปรปรวนทางสภาวะจิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และ Cao และคณะ⁴ พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในทางลดลงตามกระบวนการสูงอายุ และมีปัจจัยจากโรคเรื้อรังดังเช่นมะเร็งตับเข้ามากระทบอีกด้านหนึ่ง เนื่องจากอาการของโรคมะเร็งตับและความทุกข์ทรมานของอาการมีหลายอย่างทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จึงส่งผลกระทบต่อเรื่องถึงคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุมากขึ้น จากวรรณกรรมในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบการศึกษาของ Maninet⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เกี่ยวกับองค์ประกอบด้านอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์

ทรมานจากโรคและการรักษาต่างๆ ไป ยังไม่มีการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงลงไปในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับ และให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับ ได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

สมมติฐานการวิจัย

ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS)¹¹ ในการเลือกตัวแปรต้น เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายความหมายของอาการได้ชัดเจนว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของ



ร่างกาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต Lenz¹¹ อธิบายว่าองค์ประกอบของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1. อาการ (Symptoms) 2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) 3. ผลของอาการ (Performance outcomes) ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบด้านอาการ (Symptoms) ในการเลือกตัวแปรต้น ดังนี้ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงที่พบได้มากมักเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ เมื่ออาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ และใช้องค์ประกอบด้านปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) ในการเลือกตัวแปรต้นตามปัจจัยย่อย ดังนี้ ด้านจิตใจ คือ ภาวะเครียด ซึ่งมีอิทธิพลทำให้อาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีภาวะเครียดสูงก็จะส่งอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ความปวด และอาการนอนไม่หลับให้มีความรุนแรงมากขึ้น ส่วนองค์ประกอบด้านผลของอาการ (Performance outcomes) ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย เป็นมิติที่กล่าวถึงผลลัพธ์ของการมีประสบการณ์อาการหรือผลกระทบจากอาการ เมื่อเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การปฏิบัติตามบทบาท การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการเรียนรู้ และกระบวนการแก้ปัญหาลดลง หากอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยประเมินได้จากแบบวัดของ Cella¹²

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับทุกระยะและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษามะเร็งผู้ป่วยในตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ผู้รักษา 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีอาการที่รุนแรงขึ้นก่อนเริ่มเก็บข้อมูลหรือระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ มีอาการปวดรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบ เป็นต้น

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ 0.3 ค่าอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ ที่ร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (α) 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 120 คน

คัดเลือกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคตับสามารถรักษาผู้ป่วยด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 8 โรงพยาบาล โดยสุ่มมา 2 โรงพยาบาล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคิดตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาลได้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 64 คน และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 56 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือด

2. **แบบประเมินความเหนื่อยล้า** ใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Piper fatigue scale-12¹³ ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลและแปลกลับ (Backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ (Bilingual person) จำนวน 2 ท่าน จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อคำถามเป็นมาตรวัด ลักษณะตัวเลข 0-10 ให้เลือกตอบจำนวน 12 ข้อ โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย และตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข 10 คะแนนเกณฑ์การแปลผลคะแนน กำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าออกมาเป็น 4 ระดับ คือ 1) ไม่มีความเหนื่อยล้า 2) เหนื่อยล้าเล็กน้อย 3) เหนื่อยล้าปานกลาง 4) เหนื่อยล้ามาก โดยคะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก และคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย

3. **แบบประเมินอาการปวด** เป็นแบบวัดความรู้สึกปวดแบบ Numeric rating scale เป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด ไปจนถึง 10 หมายถึง มีระดับอาการปวดมากที่สุด

4. **แบบประเมินการรับรู้ความเครียด** Percieved Stress Scale ของ Cohen ฉบับภาษาไทยของ Wongpakaran¹⁴ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 อันดับ (0-4) การคำนวณและแปลผลคะแนนรวมของแบบประเมินการรับรู้ความเครียดทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0 – 40 คะแนน แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ไม่มีความเครียด 2) มีความเครียดระดับต่ำ 3) มีความเครียดระดับปานกลาง

4) มีความเครียดระดับสูง

5. **แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ** ของ Morin ฉบับภาษาไทยของพัชรริญา แก้วแพง เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้ 1) ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย 2) อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับ 3) มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง 4) มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

6. **แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ** (FACT-Hep Thai version) ของ Cella¹² จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป 27 ข้อ (FACT-G) ข้อคำถามประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย (Physical Well-being) มิติด้านสังคม/ครอบครัว (Social/Family Well-being) มิติด้านอารมณ์ (Emotional Well-being) มิติด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-being) 2) ส่วนของคำถามด้านอาการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยมะเร็งตับ Hepatobiliary Cancer Subscale จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ดังนั้น คะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ จึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 180 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ เท่ากับ .96, .78, .95 และ .87 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการวิจัยเลขที่ ID-06-61-56ย (6 สิงหาคม 2561) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยเลขที่ 372/61 (7 สิงหาคม 2561) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ข้อมูลต่างๆ ถือเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และการรักษาสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1) ก่อนการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่มีในหอผู้ป่วยนั้นๆ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) และแจ้งเบอร์โทรศัพท์แก่พยาบาลประจำการเพื่อติดต่อผู้วิจัยโดยตรง หากมีกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละราย ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 8 ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

2.2) เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในวันที่เก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.3) หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินด้วยตนเองประมาณ 20-30 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำได้ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาขณะทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามและคำตอบให้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อยหรือใช้เวลาในการตอบนาน ผู้วิจัยจะให้หยุดพัก 5-10 นาที หลังจากนั้นสอบถามความต้องการให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามและคำตอบให้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุคำตอบ และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประหยัดเวลาและไม่รบกวนกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป

2.4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน



มาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (85%) อายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และมากที่สุด คือ อายุ 81 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (79.2%) มีสถานภาพสมรสคู่ (92.5%) ผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพ (65.8%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (34.2%) นับถือศาสนาพุทธ (94.2%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (65%) มีผู้สูงอายุไม่ได้รับการศึกษา (4.2%) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป (85.8%) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (62.5%) และโรคเบาหวาน (34.2%) ส่วนมากมีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า

1 ครั้ง (92.5%)

2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (66.7%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 122.47 จากคะแนนทั้งหมด 180 คะแนน เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19 จากคะแนนเต็ม 28) ความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.61 จากคะแนนเต็ม 24) และคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งระดับ) อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.68 จากคะแนนเต็ม 72) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (33.3%) คือ ความผาสุกด้านสังคม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.28 จากคะแนนเต็ม 28) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.9 จากคะแนนเต็ม 28) ($\bar{X} = 122.47$, S.D. = 18.76)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

คุณภาพชีวิต	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD.	การแปลผล
ความผาสุกด้านร่างกาย	28	19	4.48	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์	24	18.61	4.16	สูง
ความผาสุกด้านอื่นๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งระดับ)	72	54.68	10.71	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	28	16.28	3.18	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	28	13.9	3.06	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	180	122.47	18.76	สูง

ความเหนื่อยล้า พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง (45.8%) รองลงมา คือ มีความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย (34.2%) ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 2.18)

ความปวด พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีความปวดระดับน้อย (54.2%) รองลงมา คือ

มีความปวดระดับปานกลาง (28.3%) ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 2.15)

อาการนอนไม่หลับ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ (47.5%) รองลงมา คือ ไม่มีอาการนอนไม่หลับ (39.2%) ($\bar{X} = 9.43$, S.D. = 5.40)



ภาวะเครียด พบว่า 2 ใน 3 มีภาวะเครียด ระดับต่ำ (68.3%) รองลงมา คือ ไม่มีภาวะเครียด (16.7%) ($\bar{X} = 15.50$, S.D. = 5.77) ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จากการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้า

ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	P-value	การแปลผล
ความเหนื่อยล้า	- 0.444	0.000	ปานกลาง
ความปวด	- 0.540	0.000	ปานกลาง
อาการนอนไม่หลับ	- 0.579	0.000	ปานกลาง
ภาวะเครียด	- 0.466	0.000	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

การศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี (85%) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่ส่วนใหญ่ยังมีการเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุก่อนข้าน้อย สภาพร่างกายแข็งแรง อาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า ความปวด ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะเครียด และนอนไม่หลับตามมาได้^{4,5} จากการศึกษาส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จึงทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (65%) และมีจำนวนน้อยที่ไม่ได้รับการศึกษา (4.2%) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์

ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ถึงร้อยละ 92.5 ซึ่งการเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ วิธีการรักษา และผลข้างเคียง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการการเรียนรู้และการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (92.5%) เนื่องจากอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน จึงมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจที่ดี โดยวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ปลูกฝังในเรื่องของความกตัญญูทดแทนบุญคุณ ทำให้บุตรหลานให้ความเคารพ เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี นอกจากนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (94.2%) โดยศาสนาเป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเป็นเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ เช่น การเข้าถึงพระรัตนตรัย การมีเมตตา การทำความดี เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม¹⁴ จึงส่งผลให้มีภาวะเครียดอยู่ในระดับต่ำ (68.3%) และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง



2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444$) อธิบายได้ว่าการได้รับเคมีบำบัดทำให้เกิดความเหนื่อยล้าผ่านกลไกของเซลล์ จากการที่เซลล์มะเร็งเติบโตถูกทำลาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับการเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง^{4,6} และเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา พลังงานสำรองของร่างกายลดลง (Reduced body reserve) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายและรุนแรงกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun และคณะ⁵ พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinrichs และคณะ¹⁵ พบความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (30.1%) ความเหนื่อยล้าเป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก (90.6%)¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun และคณะ⁵ พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.86$, $p < .01$)

ความปวด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.540$) อธิบายได้ว่าความปวดหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

เป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เป็นความปวดของอวัยวะที่อยู่ภายใน (Visceral pain) มีสาเหตุมาจากความตึงตัวของกระเพาะที่หดรัด การตายของก้อนเนื้อจากการขาดเลือดไปเลี้ยงของเนื้อตับ หรือผลข้างเคียงของการให้สารอุดกั้นหลอดเลือดตันเข้าไปอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงถุงน้ำดี ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้ภายหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ผู้สูงอายุต้องนอนราบเหยียดขาข้างที่ใช้ในการรักษานาน 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดเลือดคั่ง (Hematoma) หรือเลือดไหล (Bleeding) ในบริเวณที่แทงเข็ม ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนในท่าเดียวนานๆ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ประกอบกับการปิดยึดรอยแทงเข็มบริเวณขาหนีบให้แน่นด้วยพลาสติกชนิดเหนียว (Tensoplast) เพื่อให้มีแรงกด (Pressure) ผิวหนังมาก เลือดจะไม่ออก ทำให้เกิดการตึงรั้งของผิวหนังบริเวณขาหนีบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย และส่งผลต่ออาการปวดมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cao และคณะ⁴ พบว่าความปวดภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงพบได้มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งความปวดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง มีความรุนแรง (Severity) มากกว่าก่อนได้รับการรักษา ความปวดที่เกิดขึ้นยังรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำงาน และการนอนหลับ

อาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.579$) อธิบายได้ว่า อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง สาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอยของวัยสูงอายุ มีการลดลงของเซลล์ประสาทที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลตาที่มีผลต่อการนอนหลับลึก ทำให้ผู้สูงอายุมีระยะหลับลึกลดลงและหลับไม่สนิทเหมือนวัยอื่น ผู้สูงอายุมักตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ³ ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้าน



ร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายพบว่าทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายขาดพลังงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell ลดลง ทำให้ความสามารถในการต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้สูงอายุลดลง¹⁵ ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ คือ ทำให้มีอาการเมื่อยล้าแปรปรวน เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง^{5,10} สอดคล้องกับการศึกษาของ Cao และคณะ⁴ ศึกษากลุ่มอาการหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ คือ พยาธิสภาพของโรค ผลจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทำให้หลับได้ยาก หลับไม่สนิท หรือไม่ต่อเนื่อง ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี

ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.466$) อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงถือว่าเป็นสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดสภาวะกดดันหรือความไม่สมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตส่งผลให้เกิดภาวะเครียด⁴ ความเครียดที่ยาวนานก่อให้เกิดผลเสียทางด้านสรีระ เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ทำให้ร่างกายทำงานบกพร่อง เช่น ทำให้ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ส่วนผลเสียทางด้านจิตใจ คือ จะส่งผลให้จิตใจหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ขาดสมาธิ ผลคือความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิตลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Palmieri และคณะ¹⁷ พบว่าภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับ จะมีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่สำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน ความคิดอ่านสับสน

ความจำเสื่อม การรับรู้บกพร่องและบิดเบือน ความเครียดเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตต่ำลง^{5,7,10}

จากผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ เมื่ออาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา และหากมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันสองอาการหรือมากกว่าก็จะส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรด้านภาวะเครียด ที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความไม่แน่นอนของการรักษาและกลัวการเสียชีวิต ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต¹⁶ เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) มีอิทธิพลทำให้อาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีภาวะเครียดสูงก็จะส่งอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ความปวด และอาการนอนไม่หลับให้มีความรุนแรงมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามคือถ้าอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับเล็กน้อยก็ทำให้มีภาวะเครียดลดลงเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้งสองด้านนี้ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านผลของอาการ (Performance outcomes) ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย^{11,18} จากผลการศึกษาพบว่าอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้สูงอายุจึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การคงไว้ซึ่งบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำกิจกรรมต่างๆ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

สรุปผลการศึกษา

ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ดังผลการวิจัย เช่น ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ



จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่กับโรคและการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนํามาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ และภาวะ

เครียด เป็นต้น เพื่อทุเลาอาการไม่พึงประสงค์และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆ รวมทั้งการศึกษาเชิงทำนายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย

References

1. The Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
2. Kew MC. Hepatitis B virus x protein in the pathogenesis of hepatitis B virus induced hepatocellular carcinoma. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2011;26 suppl 1:144-52. doi:10.1111/j.1440-1746.2010.06546.x
3. Cabrera R, Nelson DR. The management of hepatocellular carcinoma. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2010; 31(4):461-76.
4. Cao W, Li J, Hu C, Shen J, Liu X, Xu Y, Ye Z. Symptom clusters and symptom interference of HCC patients undergoing TACE: a cross-sectional study in China. *Supportive Care in Cancer* 2013;21(2): 475-83.
5. Shun SC, Chen CH, Sheu JC, Liang JD, Yang JC, Lai YH. Quality of life and its associated factors in patients with hepatocellular carcinoma receiving one course of transarterial chemoembolization treatment: a longitudinal study. *The oncologist* 2012; 17(5):732-9.
6. Hinrichs JB, Hasdemir DB, Nordlohne M, Schweitzer N, Wacker F, Vogel A, et al. Health-Related Quality of Life in Patients with Hepatocellular Carcinoma Treated with Initial Transarterial Chemoembolization. *Cardiovascular and Interventional Radiology* 2017; 40(10):1559-66.
7. Xie ZR, Luo YL, Xiao FM, Liu Q, Ma Y. Health-related quality of life of patients with intermediate hepatocellular carcinoma after liver resection or transcatheter arterial chemoembolization. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015;16(10):4451-6.



8. Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer nursing* 2011;34(6):434-42. (In thai)
9. Maninet S. Relationships among Symptoms, Symptom Management, Sense of Coherence, and Quality of Life in Patients with Hepatobiliary Carcinoma. *Kuakarun Journal of Nursing* 2015; 21(1):161-77. (In thai)
10. Ryu E, Kim K, Cho MS, Kwon IG, Kim HS, Fu MR. Symptom clusters and quality of life in Korean patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer Nursing* 2010;33(1): 3-10.
11. Lenz ER, Pugh LC. The Theory of Unpleasant Symptoms. In Smith MJ, Liehr PR. (editors.), *Middle range theory for nursing*. 3th ed. New York: Springer; 2003. p. 69-90.
12. Heffernan N, Cella D, Webster K, Odom L, Martone M, Passik S, et al. Measuring health-related quality of life in patients with hepatobiliary cancers: the functional assessment of cancer therapy-hepatobiliary questionnaire. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20(9):2229-39.
13. Reeve BB, Stover AM, Alfano CM, Smith AW, Ballard-Barbash R, Berstein L, et al. The Piper Fatigue Scale-12 (PFS-12): Psychometric findings and item reduction in a cohort of breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment* 2012;136(1):9-20.
14. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine* 2010;4(1):1-6. (In thai)
15. Hinrichs JB, Hasdemir DB, Nordlohne M, Schweitzer N, Wacker F, Vogel A, Rodt T. Health-Related Quality of Life in Patients with Hepatocellular Carcinoma Treated with Initial Transarterial Chemoembolization. *Cardiovascular and interventional radiology* 2017; 40(10):1559-66.
16. Fan SY, Eiser C, Ho MC. Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2010;8(7): 559-64.
17. Palmieri VO, Santovito D, Margari F, Lozupone M, Minerva F, Di Gennaro C, et al. Psychopathological profile and health-related quality of life (HRQOL) in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) and cirrhosis. *Clinical and experimental medicine* 2015; 15(1):65-72.
18. Fox SW, Lyon DE. Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. In *Oncology nursing forum* 2006; 33(5):931-6.



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น*

จักรกฤษ ปิจติ**, รุจา ภูไพบูลย์*** และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์****

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น อายุ 13-19 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสอนนักเรียนพิการทางการเห็น จำนวน 99 คน คัดเลือกแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่เป็นอักษรเบรลล์ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เรื่องเพศศึกษา 3) ทศตนคติเรื่องเพศ 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน 6) การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และ 7) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา และแบบสอบถามที่ 2-7 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .74, .75, .71, .75, .78, และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 28.19$, $SD. = 5.43$) เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($r_{pb} = .277$, $p < .01$) ผลการเรียนรู้ และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($r = -.211$, $p < .05$, $r = -.268$, $p < .01$, $r = .411$, $p < .01$, $r = .257$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ข้อสรุป: พยาบาลควรส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมแก่วัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น โดยเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการปฏิเสธ และการใช้สื่ออย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ/ วัยรุ่น/ ความพิการทางการเห็น

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562, 31(2) : 48-59

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้รับผิดชอบหลัก ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



Factors Related to Sexual Risk Behaviors of Adolescents with Visual Impairment*

Chakkrich Pidjadee^{**}, Rutja Phuphaibul^{***} and Penchan Pradubmook Sherer^{****}

Abstract

Purpose: The study aimed to examine the level of sexual risk behaviors and relationships between predisposing factors, reinforcing factors, enabling factors and sexual risk behaviors of adolescents with visual impairment.

Design: Descriptive correlational research.

Methods: The subjects were 99 adolescents with visual impairment who studied in 3 schools for the students with visual impairment. Purposive sampling was used. Data were collected using seven Braille's questionnaires, including 1) demographic characteristics, 2) sexual knowledge, 3) sexual attitude, 4) self-esteem, 5) influence from friends, 6) sexual media accessibility and 7) sexual risk behaviors of adolescent with visual impairment. All questionnaires had content validity. Their Cronbach's alpha coefficients of the 2nd- 7th questionnaires were .74, .75, .71, .75, .78 and .75, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation, Spearman's Rank Correlation and Point Biserial Correlation.

Findings: The mean of sexual risk behaviors was low level ($\bar{X} = 28.19$, $SD. = 5.43$). Gender was related to sexual risk behaviors ($rpb = .277$, $p < .01$). GPA and self-esteem were negatively related while influence from friends and sexual media accessibility were positively related to sexual risk behaviors ($r = -.211$, $p < .05$, $r = -.268$, $p < .01$, $r = .411$, $p < .01$, $r = .257$, $p < .05$, respectively).

Conclusions: Nurses should promote appropriate sexual behaviors of adolescents with visual impairment by increasing self-esteem, refusal skills and appropriate internet accessibility skills.

Keywords: Sexual Risk Behaviors/ Adolescent/ Visual Impairment

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2019, 31(2) : 48-59

Article info: Received December 19, 2018; Revised January 16, 2019; Accepted February 5, 2019.

* Thesis of Master of Nursing Science Program (Pediatric Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Student in Master of Nursing Science Program (Pediatric Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** Corresponding author, Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Rama 6 Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand, Email: ruja.phu@mahidol.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University



บทนำ

วัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างจากวัยรุ่นปกติทั่วไป ไม่มีความอยาการู้อยากลอง มีแรงขับทางเพศสูงจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ซึ่งความพิการทางร่างกายหรือการมองเห็นไม่ได้ทำให้ระดับของฮอร์โมนเพศหรือความรู้สึกทางเพศลดน้อยลงไป แต่ยังคงมีอยู่ เท่ากับวัยรุ่นทั่วไป¹ การศึกษาของ Intapanom และ Bualar² ก็ช่วยยืนยันว่าคนพิการทางการเห็นสามารถแสวงหาความรู้เรื่องเพศผ่านโลกอินเทอร์เน็ตและการเรียนการสอนในโรงเรียน มีการรับรู้เรื่องเพศและแสวงหาความรู้ทางเพศผ่านการฟังและการจินตนาการ โดยไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการแสวงหาความรู้ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยเหตุผลดังกล่าว อาจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นได้

นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้ว มุมมองจากสังคมรอบข้างที่มองว่าคนพิการขาดความสามารถ และไม่มีความต้องการทางเพศ จึงไม่ต้องการให้คนพิการมีครอบครัว เนื่องจากเกรงว่าจะไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรของตนได้ และต้องตกเป็นภาระของสังคม ครอบครัวของคนพิการเองก็เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม จึงไม่ได้สอนเรื่องเพศสุขอนามัยทางเพศ และการจัดการกับปัญหาทางเพศ³ ส่วนครูก็มักลงโทษและตำหนินักเรียนพิการ เมื่อพบเจอว่าเขากำลังบ่บ่ความใคร่ด้วยตนเองอยู่² สาเหตุเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คนพิการมีทัศนคติด้านลบต่อเรื่องเพศของตน มีความเชื่อด้านเพศที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และไม่กล้าที่จะขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องเพศหรือเรียกร้องถึงสิทธิด้านเพศ³ ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีความพิการมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่าวัยรุ่นปกติถึงร้อยละ 1.6⁴

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น เป็นการกระทำที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ จากการ

สำรวจในปัจจุบันที่พบอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นเท่ากับ 15.5 ปี ซึ่งช่วงอายุนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด เมื่อเทียบกับประชากรในช่วงอายุอื่น ๆ⁵ ซึ่งการศึกษาของ Kef และ Bos⁶ ก็พบว่าวัยรุ่นพิการทางการเห็นร้อยละ 54.2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และร้อยละ 53.8 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี

การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นส่งผลกระทบมากมายในหลายด้าน เช่น การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การทำแท้ง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ปัจจุบันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรยังเป็นปัญหาสำคัญในโลก ในวัยรุ่นพิการ พบร้อยละ 3.3 ที่มีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งการเป็นแม่วัยรุ่นของหญิงพิการจะเพิ่มโอกาสการคลอดบุตรก่อนกำหนด 1.68 เท่า และโอกาสการผ่าตัดคลอด 1.55 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงปกติ⁷ และหญิงพิการเหล่านี้ต้องขาดการศึกษา เพราะต้องลาออกจากโรงเรียนกลางคัน จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกา ที่ครูผู้สอนนักเรียนพิการร้อยละ 11 รายงานว่ามีนักเรียนวัยรุ่นในความดูแล 3-4 คน มีการตั้งครรภ์และต้องออกจากโรงเรียนเพื่อไปสร้างครอบครัว⁸

แนวคิดแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ที่พัฒนาโดย Green และ Kreuter⁹ เป็นแบบจำลองที่ใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และติดตามประเมินพฤติกรรมที่บุคคลได้แสดงออก แบบจำลองนี้อธิบายว่า การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น เกิดจากปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เช่น อายุ เพศ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง แรงเสริมการกระทำ เช่น รางวัล การลงโทษ และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่สามารถหาได้ง่ายและเข้าถึงได้ มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรเข้าศึกษา จากการทบทวน



วรรณกรรม การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ระดับชั้นที่ศึกษา ความรู้เรื่องเพศ ศึกษาทัศนคติเรื่องเพศ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ การดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง และการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ¹⁰⁻¹⁴

เนื่องจากปัจจุบันยังมีการศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นอยู่จำกัด ซึ่งพบว่าการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่ศึกษาในวัยรุ่นปกติ มีบางส่วนที่ศึกษาในวัยรุ่นที่มีความพิการ และพบการศึกษาในวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นอยู่น้อยมากในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษานี้ ส่วนต่างประเทศยังพบน้อยอยู่เช่นกัน ได้แก่ การศึกษาของ Kef และ Bos⁵ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องเพศ พฤติกรรมทางเพศ และการปรับตัวทางด้านจิตใจของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นชาวดัตช์ อายุ 14-24 ปี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตระหนักถึงสิทธิทางเพศ โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนที่วัยรุ่นพิการทางการเห็นพึงได้รับเช่นกันเกี่ยวกับบุคคลทั่วไป จึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ⁹ มาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปร ร่วมกับคัดสรรตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับบริบทของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นเข้ามาศึกษาในครั้งนี้

ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ปรับทัศนคติ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันพฤติกรรม

เสี่ยงทางเพศ และส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทัศนคติเรื่องเพศ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากร คือ วัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสอนนักเรียนที่มีความพิการทางการเห็น

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นอายุ 13-19 ปีที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสอนนักเรียนพิการทางการเห็นจำนวน 3 แห่ง ซึ่งสะท้อนทั้งบริบทชุมชนเมืองและต่างจังหวัด ได้แก่ โรงเรียนในเขตภาคกลาง 1 แห่ง และโรงเรียนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้

- 1) มีเพศชายหรือหญิง อายุ 13-19 ปี
- 2) กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-มัธยมศึกษาปีที่ 6
- 3) มีความพิการทางการเห็นทั้งประเภทการเห็นเลือนราง และตาบอด
- 4) มีสติสัมปชัญญะดี
- 5) สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย และ



สามารถใช้อักษรเบรลล์ได้ 6) กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย 7) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปการประมาณค่าอำนาจการทดสอบ สำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์¹⁵ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลปานกลาง เนื่องจากในการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นมาก่อน โดยทั่วไปแล้วงานวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาในกลุ่มใหม่จะมีขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง .2 ถึง .3¹⁶ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน การศึกษาครั้งนี้มีวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นยินดีเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 99 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามและกระดาษคำตอบที่ได้แปลและพิมพ์เป็นอักษรเบรลล์ ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา ผลการเรียนรู้เฉลี่ยในภาคเรียนที่ผ่านมา ประสิทธิภาพของการเห็น ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในแต่ละวัน สถานภาพของครอบครัว แหล่งความรู้เรื่องเพศ และความสนใจทางเพศ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องเพศศึกษา ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศศึกษา ของ Koktatong¹⁷ ที่สร้างตามตัวชี้วัดของกลุ่มสาระการเรียนรู้ สุขศึกษา และพลศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) 2 คำตอบ มีจำนวน 16 ข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเรื่องเพศ ดัดแปลงจากแบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของ Silrungtham¹³ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวกและลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้ค่าคะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามทักษะด้านความภาคภูมิใจในตนเองของ Worraka และคณะ¹⁴ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้ค่าคะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ดัดแปลงจากแบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของ Worraka และคณะ¹⁴ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้ค่าคะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง เพื่อนมีอิทธิพลมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ดัดแปลงจากแบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ของ Butcharoen และคณะ¹⁰ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ยากที่สุด (1 คะแนน) ถึงง่ายมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง การเข้าถึงสื่อสะดวกมาก



ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนิสิตของ Silrungham¹³ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ ถึงไม่เคยเลย การให้ค่าคะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก เป็นประจำ (1 คะแนน) และ ไม่เคยเลย (4 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เป็นประจำ (4 คะแนน) และไม่เคยเลย (1 คะแนน) แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนนระหว่าง 16-32 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับต่ำ 33-48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับปานกลาง และ 49-64 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามส่วนที่ 2-7 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยในคนพิการ นักวิชาการด้านความพิการ และครูผู้ฝึกอบรมเรื่องเพศศึกษาให้แก่ครูและนักเรียนในโรงเรียนสอนนักเรียนที่มีความพิการทางการเห็น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92, .89, .93, 1, 1 และ .90 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับวัยรุ่นพิการทางการเห็นที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74, .75, .76, .71, .76 และ .70 ตามลำดับ และแบบวัดความรู้เรื่องเพศศึกษามีค่าความยากง่ายในแต่ละข้ออยู่ระหว่าง .40-.70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ID 01-61-46 ย เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561 เนื่องจาก การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี

โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความยินยอมจากผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมการวิจัย แนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 8-29 มิถุนายน พ.ศ. 2561 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงโรงเรียนสอนนักเรียนพิการทางการเห็นทั้ง 3 แห่ง และเข้าพบผู้อำนวยการและผู้จัดการโรงเรียน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ตลอดจนนัดหมายวัน และช่วงเวลาที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการและผู้จัดการโรงเรียนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบครูฝ่ายวิชาการ ครูประจำชั้น และครูที่รับผิดชอบดูแลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวางแผนกำหนดช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่กระทบกับการเรียนการสอน และเวลาส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ติดต่อผู้ปกครองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

4. เลือกเก็บข้อมูลเฉพาะรายที่ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย และรายที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายถึงขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิโดยละเอียด



5. แจกแบบสอบถามและกระดาษคำตอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ระหว่างที่ผู้เข้าร่วมวิจัยกำลังตอบแบบสอบถาม หากผู้ร่วมวิจัยมีปัญหาในการอ่านแบบสอบถามหรือมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง หรือให้ความกระจ่างกับข้อสงสัยนั้น ๆ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวน

6. เก็บข้อมูลจากโรงเรียนสอนนักเรียนพิการทางการเห็นในเขตภาคกลาง จำนวน 61 ราย และโรงเรียนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีก 2 แห่ง จำนวน 30 และ 28 ราย ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้สถิติบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ได้แก่ เพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ด้วยสถิติ Point Biseiral Correlation Coefficient ผลการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าในตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งได้แก่ อายุ ความรู้เรื่องเพศศึกษา และทัศนคติเรื่องเพศ กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น โดยแปลงค่าตัวแปรดังกล่าวจากคำตอบเนื่องเป็นค่าในมาตราวัดอันดับมาตรา และวิเคราะห์ด้วยสถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (54.5%) และเพศหญิง (45.5%) มีอายุเฉลี่ย 15.8 ปี (SD. = 2.03) ร้อยละ 53.5 มองเห็นเลือนราง และร้อยละ 46.5 อยู่ในประเภทตาบอด ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (37.4%) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (SD. = 0.52) ใช้จ่ายเฉลี่ย 66.36 บาทต่อวัน (SD. = 58.40) สื่อต่าง ๆ เป็นแหล่งความรู้เรื่องเพศที่พบมากที่สุด (51.5%) รองลงมาคือครู และเพื่อน (24.2% และ 16.2% ตามลำดับ) ส่วนผู้ปกครองและบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งความรู้เรื่องเพศที่พบน้อยที่สุด (4%) ส่วนใหญ่มีความสนใจในเพศตรงข้าม (76.8%) รองลงมาคือเพศเดียวกัน (13.1%) และสนใจทั้งสองเพศ (10.1%)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องเพศศึกษา เท่ากับ 11.60 คะแนน (SD. = 2.09) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-16 คะแนน ค่าเฉลี่ยทัศนคติเรื่องเพศ 21.85 คะแนน (SD. = 4.50) จากค่าที่เป็นไปได้ 8-32 คะแนน ค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 28.46 คะแนน (SD. = 4.06) จากค่าที่เป็นไปได้ 10-40 คะแนน ค่าเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เท่ากับ 15.94 คะแนน (SD. = 3.78) จากค่าที่เป็นไปได้ 7-28 คะแนน และค่าเฉลี่ยการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เท่ากับ 18.40 คะแนน (SD. = 5.41) จากค่าที่เป็นไปได้ 8-32 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เท่ากับ 28.19 คะแนน (SD. = 5.43) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ (80.8%) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (19.2%) เมื่อวิเคราะห์ตามเพศ พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เท่ากับ 29.56 คะแนน (SD. = 5.15) เพศหญิง เท่ากับ 26.56 คะแนน (SD. = 5.35) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ (75.9% และ 86.7% ตามลำดับ)



ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น (n = 99)

	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb})	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (r)	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน (r_{sp})	p-value
อายุ			-.065	.523
เพศ	.277**			.006
ผลการเรียน		-.211*		.036
ความรู้เรื่องเพศศึกษา			.076	.457
ทัศนคติเรื่องเพศ			.182	.072
การเห็นคุณค่าในตนเอง		-.268**		.007
อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน		.411**		.000
การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ		.257*		.010

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

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{pb} = .277$, $p < .01$) การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.268$ และ $.411$, $p < .01$ ตามลำดับ) ผลการเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบ และการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.211$ และ $.257$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนอายุ ความรู้เรื่องเพศศึกษา และทัศนคติเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ($r_{sp} = -.065$, $.076$ และ $.182$, $p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการ

ทางการเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (80.8%) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังเริ่มมีความรู้สึกและอารมณ์เพศเกิดขึ้น โดยมักจะแสดงออกต่อเรื่องเพศในรูปแบบของการพูดคุย เล่าเป็นเรื่องขำขันกับกลุ่มเพื่อน มากกว่าที่จะแสดงพฤติกรรมทางเพศออกมาโดยตรง¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Worraha และคณะ¹⁴ พบว่านักเรียนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น อายุ 11-15 ปี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น สอดคล้องกับสมมติฐานโดยเพศชายมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าหญิง อภิปรายได้ว่า จากบรรทัดฐานของสังคมและวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ยึดถือว่าเพศชายเป็นเพศที่มีอิสระในเรื่องเพศ เพราะถือว่าเพศชายเป็นฝ่ายไม่เสียหาย ในขณะที่เพศหญิง สังคมไทยยังถือว่าการปฏิบัติตัวที่



พึงประสงค์เป็นสิ่งสำคัญ วัยรุ่นเพศหญิงต้องรักษานวลสงวนตัว ผู้ปกครองจึงเคร่งครัดต่อการปฏิบัติในเรื่องเพศของวัยรุ่นหญิงมากกว่าชาย¹³ การศึกษาของ Intapanom และ Bualar² ก็พบว่าคนพิการทางการเห็นเพศชายมีกระบวนการรับรู้เรื่องเพศและแสวงหาความรื่นรมย์ทางเพศไม่ต่างจากคนทั่วไปวัยรุ่นเพศชายจึงมีโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Woraka และคณะ¹⁴ ก็พบว่าวัยรุ่นเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าเพศหญิง

อายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญต่อการคบเพื่อนหรือบุคคลที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน เพื่อการยอมรับซึ่งกันและกัน²⁷ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันในระบบโรงเรียนประจำ และมีระบบดูแลช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อน รุ่นพี่ และรุ่นน้อง จึงอาจมีการถ่ายทอดประสบการณ์ทางเพศ ความรู้ และทัศนคติเรื่องเพศต่อกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriwangsya และ Kasiphon¹² พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

ผลการเรียน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น สอดคล้องกับสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า ผลการเรียนเป็นตัวชี้วัดของระดับสติปัญญา วัยรุ่นที่มีสติปัญญาดี จะมีกระบวนการเรียนรู้ที่ดี มีความสามารถในการคิด แก้ไขปัญหา และการปรับตัวที่ดี⁶ ดังนั้น วัยรุ่นที่มีผลการเรียนดี จึงสามารถนำความรู้ต่าง ๆ จากการเรียนไปประยุกต์ใช้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ หากมีผลการเรียนต่ำหรือสติปัญญาไม่ดี อาจมีกระบวนการคิดที่ไม่ลึกซึ้ง และถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย จึงเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Butcharoen และคณะ¹⁰ พบว่า ผลการเรียนมีความ

สัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

ความรู้เรื่องเพศศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kef และ Bos⁶ พบว่าความรู้เรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น อภิปรายตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ⁹ ได้ว่า การเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบกันด้วย ซึ่งการได้รับความรู้ใหม่ ๆ หรือการรับรู้สิ่งใหม่ของบุคคลจะเป็นพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 4 ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องเพศจากบุคลากรทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นพิการทางการเห็นได้รับความรู้หรือข้อมูลเรื่องเพศจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับที่น้อยมาก จึงควรตระหนักถึงการให้ความรู้เรื่องเพศเพื่อให้วัยรุ่นพิการทางการเห็นได้มีแนวทางในการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ทัศนคติเรื่องเพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมทางเพศที่แต่ละบุคคลได้แสดงออก ไม่ได้เกิดจากการมีทัศนคติเรื่องเพศของบุคคลนั้น ๆ เพียงอย่างเดียว มักถูกหล่อหลอมจากการรับรู้และบริบทของสังคม วัฒนธรรมประเพณี และศีลธรรมจรรยาที่มีอยู่ในตัวบุคคล รวมถึงอิทธิพลจากทัศนคติของคนรอบข้าง เช่น กลุ่มเพื่อน และครอบครัว เป็นต้น¹³

การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น สอดคล้องกับสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง จะตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และจะนำพาตนเองออกห่างจากสิ่งที่ไม่ดี หรือสิ่งที่ลดคุณค่าของตนเองลง¹³⁻¹⁴ ดังนั้น หากวัยรุ่น



มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมักออกห่างจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kef และ Bos⁶ พบว่าวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์มาก

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น สอดคล้องกับสมมติฐาน อภิปรายได้ว่าการที่บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามคนรอบข้างหรือกระทำตามระเบียบของสังคม เนื่องจากคาดหวังว่าจะได้รับคำชมเชย การยอมรับ หรือรางวัลอื่น ๆ ในทำนองเดียวกัน อาจถูกลงโทษ และไม่ได้รับการยอมรับจากการกระทำนั้น ๆ ด้วย บุคคลรอบข้างหรือกฎระเบียบต่าง ๆ จึงอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำนั้น ๆ ได้⁹ ซึ่งวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เพื่อนมีอิทธิพลต่อความคิดและความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ¹⁸ จึงพบว่าการที่วัยรุ่นพิการทางการเห็นตัดสินใจกระทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การดื่มสุรา ฟังเสียงจากวิดีโอ หนึ่งปี หรือเสียงคลิปวิดีโอไปจากอินเทอร์เน็ตนั้นเกิดจากการชักชวนหรืออิทธิพลของเพื่อน เป็นสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tipwarrerom และคณะ¹¹ พบว่าการที่เพื่อนชวนให้ดื่มสุรา และชวนให้ดูหนังโป๊ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น สอดคล้องกับสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า สิ่งภายนอกตัวบุคคลที่มีคุณสมบัติในการหาได้ง่าย (available) และสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้¹⁹ ซึ่งคนพิการทางการเห็นสามารถเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศผ่านการฟังและการใช้โปรแกรมที่ช่วยอ่านข้อความจากอินเทอร์เน็ตได้โดยง่าย² การศึกษาครั้งนี้ก็ช่วยยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องเพศจากสื่อต่าง ๆ มากที่สุดถึงร้อยละ 51.5 หากสื่อต่าง ๆ นำเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศที่ขาดการควบคุมอย่างรัดกุม มีการนำเสนอ

ข้อความ ข่าวดารา ภาพยนตร์ต่าง ๆ ที่เป็นการยั่วยุให้เกิดอารมณ์เพศ เมื่อวัยรุ่นได้รับสื่อดังกล่าวอย่างไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อความรู้สึกรู้สึกผิด ระบบความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อเรื่องเพศ และถูกถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Butcharoen และคณะ¹⁰ พบว่า ความสะดวกในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

บทสรุป

วัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 80.8 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ เพศ ผลการเรียนรู้ และการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ส่วนอายุ ความรู้เรื่องเพศศึกษา และทัศนคติเรื่องเพศ เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ ซึ่งได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการเห็นคุณค่าในตนเอง ตามลำดับ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมแก่วัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น โดยใช้ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดอบรมให้ความรู้ และเสริมสร้างความเข้าใจในบทบาททางเพศ เช่น ส่งเสริมทักษะการเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการปฏิเสธ และการอบรมกลุ่มเพื่อน เพื่อเป็นแบบอย่างของการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม เป็นต้น

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรเลือกปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อิทธิพลของครอบครัว หรืออิทธิพลของครู เป็นต้น ที่จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง



ทางเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นเข้ามาศึกษา หรือศึกษาในเชิงทำนาย ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็นกับวัยรุ่นปกติ รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้ เรื่องเพศและมุมมองเรื่องเพศของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการเห็น เป็นต้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา และศึกษาในโรงเรียนสอนนักเรียน พิการทางการเห็นจำนวน 3 แห่ง จึงอาจมีข้อจำกัด ในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในวัยรุ่นที่มีความพิการ ทางการเห็นในกลุ่มอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ ผู้จัดการ และคณะครูในโรงเรียนสอนนักเรียนพิการทางการเห็น ทั้ง 3 แห่ง ตลอดจนวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง ที่กรุณาให้ความ ร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

References

1. McCabe MP, Cummins RA, Deeks AA. Construction and psychometric properties of sexuality scales: knowledge, experience, and needs scale for intellectual disabilities (SexKEN-ID), people with physical disabilities (SexKEN-PD) and the general population (SexKEN-GP). *Research in Development Disabilities* 2005; 20: 241-54.
2. Intapanom S, Bualar T. Sexual consciousness of the blinded men [Master's thesis in Arts]. Nakhonpathom: Silpakorn University; 2013. [In Thai]
3. Limmanee A, Yoelao D, Peungposob N. The causal relationship model and effectiveness of the behavioral modification program on reproductive health of female students with mobility impairment. [Doctoral dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2017. [In Thai]
4. Brunnberg E, Bostrom ML, Berglund M. Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child Abuse & Neglect* 2012; 36: 285-95.
5. Department of Disease Control. Annual epidemiological surveillance report 2014 [Internet]. 2015 [cited 2017 January 23]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2014/aesr2557/Par%201/1-6/1-61.pdf>
6. Kef S, Bos H. Is Love Blind? sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sexuality and Disability* 2006; 24: 89-100.
7. Hoglund B, Lindgren P, Larsson M. Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: A national register study. *Childbearing and intellectual disability* 2006; 91: 1381-7.



8. Jones KH, Domenico DM, Valente JS. Incidence of pregnant and parenting teens with disabilities within FACS programs. *Journal of Family and Consumer Sciences Education* 2006; 24: 24-35.
9. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An education and environment approach. 2nd ed. London: May field Publishing; 1991.
10. Butcharoen W, Pitchayapinyo P, Powwattana A. Factors related to sexual risk behaviors among secondary school students [Master's thesis in Public Health Nursing]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2011. [In Thai]
11. Tipwareerom W, Powwattana A, Larpongwattana P. Predictors of risky sexual behaviors among adolescent boy, Phitsanulok province. *Journal of Public Health Nursing* 2013; 27: 32-45. [In Thai]
12. Sriwangya J, Kasiphol T. Factors related to sexual risk behaviors among grade 2 of secondary school students Bangkok [Master's thesis in Community Nurse Practitioner]. Samutprakan: Huachiew Chalermprakiet University; 2014. [In Thai]
13. Silrungham, S. Factors affecting the sexual risk behaviors of undergraduate students, major of physical education and health education, faculty of education and development sciences, Kasetsart University Kamphaengsaen campus. *Journal of Education Thaksin University* 2016; 16: 104-19. [In Thai]
14. Worraka A, Tansakul S, Iamee N. Life skills and sexual risk behaviors of junior high school students, Kanchanaburi province [Master's thesis in Public Health]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2013. [In Thai]
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
16. Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2005.
17. Koktatong U. The survey from adolescent sexual behavior of children and adolescent in the 4th and 5th public health region [Internet]. 2011 [cited 2017 November 19]. Available from: http://www.hpc5.anamai.moph.go.th/rcenter/_fltext/20130322142429_471/fulluthiwan2.pdf [In Thai]
18. Arreekul W. Adolescent Health Care and Supervision. Bangkok: Roongsil Press; 2010. [In Thai]



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

รุ่ง พิบูลย์วรกุลกิจ* ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล** และ เสริมศรี สันตติ***

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขต
พื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 312 คน โดยการสุ่มตัวอย่างหลายชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดสวนปรุง แบบประเมินสุขวิทยาการนอนของวัยรุ่น แบบสอบถาม
พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: นักเรียนชั้นมัศึกษามีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 46.20 และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพ
การนอนหลับที่ไม่ดีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ 18-19 ปี ($OR_{adj} = 3.16, 95\% CI = 1.50 - 6.69$) การเป็นโรคภูมิแพ้ ($OR_{adj} = 1.82, 95\% CI = 1.06 - 3.15$) ความเครียดระดับ
รุนแรง ($OR_{adj} = 6.34, 95\% CI = 1.13 - 35.47$) และสุขวิทยาการนอน ($OR_{adj} = 0.537, 95\% CI = 0.34-0.83$)

สรุป: ทีมสุขภาพ โรงเรียน และผู้ปกครองควรส่งเสริมและให้ความสำคัญกับคุณภาพการนอนหลับของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษา โดยร่วมกันวางแผนจัดทำโปรแกรมที่ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาให้มี
คุณภาพการนอนหลับที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ/ ความเครียด/ สุขวิทยาการนอน/ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562, 31(2) : 60-71

* นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, Email: sermsri.san@mahidol.ac.th



Factors Predicting Sleep Quality of Secondary School Students in Bangkok, Thailand

Rung Piboonworakulkij* Chuanrudee Kongsaktrakul** and Serm Sri Santati***

Abstract

Purpose: To explore sleep quality and factors predicting sleep quality of secondary school students in Bangkok, Thailand.

Design: Descriptive and predictive research

Methods: The samples consisted of 312 Mathayomsuksa 1-6 students who were studying at schools under the supervision of the Secondary Educational Service Area Office, Bangkok. They were selected by multi-stage sampling. The research instruments were the general information questionnaire, the Suanprung Stress Test, the assessment form on adolescents' sleep hygiene practices, the questionnaire on electronic device using behavior, and the Pittsburgh Sleep Quality Index. The data were analyzed by using frequency distribution, percentage, mean, and logistic regression.

Findings: 46.20% of secondary school students had poor sleep quality. There were some factors which could predict poor sleep quality of secondary school students with a statistical significance, namely, age 18-19 years ($OR_{adj} = 3.16$, 95 % CI = 1.50 – 6.69), having allergic rhinitis ($OR_{adj} = 1.82$, 95 % CI = 1.06 – 3.15), severe stress ($OR_{adj} = 6.34$, 95 % CI = 1.13 – 35.47), and sleep hygiene practices ($OR_{adj} = 0.537$, 95 % CI = 0.34–0.83).

Conclusion: Health team members, schools, and parents should enhance and put emphasis on sleep quality of secondary school students by jointly planning to launch a program for promoting good sleep quality of secondary school students.

Keywords: Sleep quality/ Stress/ Sleep hygiene practices/ Secondary school students

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2019, 31(2) : 60-71

Article info: Received April 22, 2019; Revised May 20, 2019; Accepted May 28, 2019.

* Student in Master of Nursing Science Program, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Research Advisor.

*** Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Research Advisor. Email: sermsri.san@mahidol.ac.th



บทนำ

การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่จำเป็นต่อชีวิต เพราะเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายเพื่อให้ชีวิตสามารถดำรงภาวะสมดุล (Homeostasis) บุคคลจึงควรนอนหลับให้มีคุณภาพ โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกายและการพัฒนาระบบประสาทถ้าหากนักเรียนได้นอนหลับอย่างมีคุณภาพ การเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนาของระบบประสาทจะพัฒนาได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากช่วงเวลาที่นอนหลับร่างกายได้พักและซ่อมแซมระบบต่างๆ ของร่างกายจึงเป็นการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ในช่วงที่มีการหลั่งลิกจะมีการหลั่งของโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ซึ่งช่วยในการเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้ร่างกายของวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตสมวัย และช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ปรับสมดุลของสารเคมีต่างๆ ในร่างกาย และที่สำคัญในระหว่างที่นอนหลับเป็นช่วงที่สมองทำการเรียบเรียงข้อมูลต่างๆ และจัดเก็บให้เป็นหมวดหมู่ทำให้สามารถดึงมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด^{1,2} การนอนหลับจึงเป็นช่วงที่สมองของนักเรียนเกิดการจดจำ และมีการพัฒนาสติปัญญา นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจึงควรนอนหลับอย่างมีคุณภาพ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาควรนอนหลับอย่างมีคุณภาพทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณหมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาควรนอนหลับให้ได้ 8.5-9.25 ชั่วโมงต่อวัน³ ส่วนเชิงคุณภาพหมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนหลับและตื่นนอนด้วยความสดชื่น รู้สึกว่าพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ และพึงพอใจต่อการนอนหลับที่ผ่านมา⁴ แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา หรือวัยรุ่นทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวนมากมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยการศึกษาซึ่งรวมทั้งนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบอัตราการนอนหลับที่ไม่มี

คุณภาพ ร้อยละ 34-69^{5,6,7} สำหรับการศึกษาที่สำรวจเฉพาะคุณภาพการนอนหลับในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายพบอัตราการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ ตั้งแต่ร้อยละ 56 - 72^{1,2,8} สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการพบ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีคุณภาพการนอนหลับไม่ถึงร้อยละ 60⁹

การที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อนักเรียนหลายประการในด้านร่างกาย ทำให้อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มีโอกาสเสี่ยงที่ค่าดัชนีมวลกายจะสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดและหัวใจในอนาคต ส่วนผลกระทบต่ออารมณ์และการรู้คิด ทำให้หงุดหงิดง่าย เจ้าอารมณ์ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองให้เป็นปกติได้ ทักษะการตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดแรงจูงใจ และขาดสมาธิ การรับรู้บกพร่อง ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ขาดความคิดสร้างสรรค์ ความจำระยะสั้นลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ส่งผลให้ผลการเรียนไม่ดี และขาดเรียนบ่อย และการนอนไม่เพียงพอจนทำให้เกิดหนี้การนอน (Sleep debt) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์รุนแรง สำหรับผลกระทบต่อด้านพฤติกรรม พบว่าทำให้ง่วงนอนตอนกลางวัน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางจราจร เนื่องจากความง่วงนอน และเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การขับรถเร็ว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดต่างๆ เป็นต้น^{3,5} จะเห็นได้ว่ากาการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพส่งผลกระทบต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเป็นอย่างมาก

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ผ่านมา ร่วมกับทฤษฎี Two-Process model ซึ่งอธิบายการควบคุมการนอนหลับโดยอาศัยการทำงานของระบบประสาท จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ ความเครียด โรคประจำตัว การอาศัยอยู่ในเมืองหรือในชนบท รายได้ของครอบครัว การทำงาน



พิเศษ ผลการเรียนรู้ สุขวิทยาการนอน ระยะเวลาที่อยู่หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และจำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาทั้งข้อมูลที่สนับสนุนและขัดแย้ง และยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับอย่างแท้จริง และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบททางด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่แตกต่างจากประเทศไทย ในประเทศไทยงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นนั้นพบเพียงการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ และไม่รวมถึงนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และยังไม่พบการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งตอนต้นและตอนปลายในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ที่มีบริบทและวิถีชีวิตที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ เช่น ปัญหาโรคติด ที่พักอาศัยอยู่ไกลจากโรงเรียน ทำให้นักเรียนต้องตื่นนอนแต่เช้าเพื่อจะไปโรงเรียน และการแข่งขันเรื่องการเรียนที่มีการแข่งขันกันค่อนข้างสูง นอกจากนั้นการศึกษาที่ผ่านมาไม่ครอบคลุมตัวแปร สุขวิทยาการนอน การเป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ การเป็นโรคหืด การเป็นโรคปวดศีรษะไมเกรน การเป็นโรคติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ระยะเวลาที่อยู่หน้าจอ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และจำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของนักเรียน เป็นพฤติกรรมซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลและส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดี จึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ได้แก่ อายุ โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรคหืด โรคปวดศีรษะไมเกรน โรคติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ความเครียด สุขวิทยาการนอน ระยะเวลาที่อยู่หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และจำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน ซึ่งผลของการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริม

คุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของตัวแปรที่คัดสรร ได้แก่ อายุ โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรคหืด โรคปวดศีรษะไมเกรน โรคติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ความเครียด สุขวิทยาการนอน ระยะเวลาที่อยู่หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และจำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Descriptive predictive research)

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร เขต 1 และเขต 2

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ที่ศึกษาในโรงเรียน 2 แห่ง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร เขต 1 และเขต 2 ซึ่งได้จากการสุ่มแบบง่าย สุ่มจากโรงเรียน เขต 1 จากจำนวน 68 โรงเรียน เขต 2 จากจำนวน 53 โรงเรียน สุ่มมาเขตละ 1 โรงเรียน จากนั้นสุ่มห้องเรียนโดยสุ่มชั้นละ 1 ห้องเรียน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 12 ห้องเรียนจาก 2 โรงเรียน จากนั้นสุ่มรายชื่อให้นักเรียนตามเลขที่นักเรียน โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่มเลขที่นักเรียน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างห้องละ 27 คน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อ 1 ตัวแปรทำนาย¹⁰ การวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน และเพื่อป้องกัน



ความคลาดเคลื่อนหรือสูญหายจากการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 20% ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้คือ 324 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบโดยวิธีเติมคำลงในช่องว่าง และแบบเลือกคำตอบ

2. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh sleep quality index: PSQI) ซึ่งเป็นของ Buysse และคณะ¹¹ โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทยที่แปลโดย ดุยลา สิตสุวรรณ¹² เพื่อวัดคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน ในแต่ละด้านมีคะแนน 0-3 คะแนน ค่าคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และถ้าคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ผ่านการทดสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.83

3. แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย Mahatnirankul¹³ เพื่อประเมินระดับความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของความเครียด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ ผ่านการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

4. แบบประเมินสุขวิทยาการนอนของวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ซึ่งผู้วิจัยแปลมาจาก Adolescent Sleep Hygiene Scale (ASHS) ของ LeBourgeois และคณะ¹⁴ โดยวิธีการแปลกลับ (Back translation) มีทั้งหมด 28 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วน 6 ระดับ การคิดคะแนนคิดเป็นค่าเฉลี่ยโดยมีค่าระหว่าง 1-6 คะแนน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง มีสุขวิทยาการนอนหลับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีสุขวิทยา

การนอนหลับไม่ดี ผ่านการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อวัดจำนวนการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน และระยะเวลาที่อยู่หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่เวลา 18.00 น. จนกระทั่งหลับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ จำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน มีค่าคะแนน 0-6 คะแนน และระยะเวลาที่อยู่หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ตอบเป็นจำนวนชั่วโมงและนาที ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยการวัดซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 11-60-48ย กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงว่า มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลการเรียน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหน้าที่ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะเข้าเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยส่งหนังสือชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอมถึงผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนก่อนเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ช่วงเวลาเก็บข้อมูล มกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.60 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 12-19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 15.2 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 92.60 มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน จนถึงมากกว่า 60,000 บาท/เดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26

2. ปัจจัยคัดสรรและคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.20 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.80 ไม่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ร้อยละ 91.30 ไม่เป็นโรคหืด ร้อยละ 93.60 ไม่เป็นโรคปวดศีรษะ ไมเกรน ร้อยละ 64.40 ไม่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.90 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยมีระดับความเครียดเฉลี่ย 46.26 คะแนน (S.D. = 15.10) สุขวิทยาการนอนหลับมีคะแนนระหว่าง 2.04-5.90 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 4.28 คะแนน (S.D. = 0.60) การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน มีตั้งแต่ ไม่ใช้เลย และใช้มากที่สุดถึง 6 ชั่วโมงส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.70 ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน 2 ชั่วโมงและระยะเวลาที่อยู่หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มีตั้งแต่ 0-540 นาที โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 23.40 ใช้เวลาอยู่หน้าจออุปกรณ์

อิเล็กทรอนิกส์ 121-180 นาที โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 53.80 ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ละชิ้น อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาใช้มากที่สุดก่อนนอน คือ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 90.10 และรองลงมาคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 50

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ การเป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ความเครียด และสุขวิทยาการนอน โดยพบว่า นักเรียนที่มีช่วงอายุ 18-19 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเพิ่มสูงขึ้น เป็น 3.16 เท่าเมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีช่วงอายุ 10-14 ปี ($OR_{adj} = 3.16$, 95% CI = 1.50 – 6.69) การเป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ พบว่า นักเรียนที่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 1.82 เท่าเมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ($OR_{adj} = 1.82$, 95% CI = 1.06 – 3.15) ส่วนปัจจัยด้านความเครียดพบว่า นักเรียนที่มีความเครียดรุนแรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 6.34 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีความเครียดน้อย ($OR_{adj} = 6.34$, 95% CI = 1.13 – 35.47) สำหรับสุขวิทยาการนอนพบว่า นักเรียนที่มีคะแนนสุขวิทยาการนอนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีลดลง ร้อยละ 46.3 ($OR_{adj} = 0.537$, 95% CI = 0.34–0.83) สำหรับจำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน และระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่หน้าจอสกรีนของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ พบว่า ไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาด้วยสถิติ Logistic Regression (Forward stepwise) (N = 312)

ตัวแปร	คุณภาพ การนอนหลับ ไม่ดี n (%)	คุณภาพ การนอนหลับ ดี n (%)	OR _{CRUDE} (95% CI)	P value	OR _{adj} (95% CI)	P value
1. อายุ						
- 10-14 ปี (ref)	39 (27.1)	72 (42.9)	1.00		1.00	
- 15-17 ปี	73 (50.7)	79 (47.0)	1.70 (1.03-2.82)	.037	1.70 (0.99-2.91)	.050
- 18-19 ปี	32 (22.2)	17 (10.1)	3.47 (1.71-7.03)	.001	3.16 (1.50-6.69)	.003
2. โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้						
- ไม่เป็น (ref)	96 (66.7)	131 (78.0)	1.00		1.00	
- เป็น	48 (33.3)	37 (22.0)	1.77 (1.07-2.92)	.026	1.82 (1.06-3.15)	.030
3. ระดับความเครียด						
- น้อย (ref)	2 (1.4)	11 (6.5)	1.00		1.00	
- ปานกลาง	40 (27.8)	75 (44.6)	2.93 (0.62-13.88)	.175	2.07 (0.41-10.32)	.374
- สูง	68 (47.2)	69 (41.1)	5.42 (1.15-25.37)	.032	2.90 (0.58-14.46)	.194
- รุนแรง	34 (23.6)	13 (7.7)	14.38 (2.80-73.90)	.001	6.34 (1.13-35.47)	.035
4. สุขวิทยาการนอน	144 (46.2)	168 (53.8)	0.43 (0.28-0.64)	.000	0.537 (0.34-0.83)	.006
5. ระยะเวลาที่อยู่น้ำจ่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์						
- 0-210 นาที (ref)	70 (48.6)	101 (60.1)	1.00			
- มากกว่า 210 นาที	74 (51.4)	67 (39.9)	1.59 (1.01-2.49)	.042	-	-
6. จำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน						
- 0-3 ชิ้น (ref)	130 (90.3)	162 (96.4)	1.00			
- มากกว่า 3 ชิ้น	14 (9.7)	6 (3.6)	2.90 (1.08 -7.77)	.033	-	-



อภิปรายผล

1. คุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็นจำนวนมาก โดยมีความชุกถึงร้อยละ 46 ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศต่างๆ ที่พบว่า มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาหรือวัยรุ่นมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ในอัตราร้อยละ 34-69⁵⁻⁷ แต่อย่างไรก็ตาม ความชุกของการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพในการศึกษาค้นคว้านี้ต่ำกว่าการศึกษาที่จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบความชุกถึงร้อยละ 60⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในขณะที่การศึกษาที่จังหวัดสมุทรปราการกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจเรียนหนักกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพราะต้องเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการนอนหลับอย่างไม่มีคุณภาพนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญควรได้รับการแก้ไข เนื่องจากการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจะส่งผลเสียหลายประการ ได้แก่ ทำให้อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดและหัวใจ ในอนาคต และยังส่งผลต่อด้านอารมณ์และการรู้คิด ทำให้หงุดหงิดง่าย เจ้าอารมณ์ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองให้เป็นปกติได้ การรับรู้บกพร่อง ขาดสมาธิความสามารถในการเรียนรู้ลดลง และทำให้ผลการเรียนไม่ดี

2. ความสามารถของปัจจัยคัดสรรในการทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

- อายุ ผลการศึกษาค้นคว้านี้พบว่า นักเรียนช่วงอายุ 18-19 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเพิ่มสูงขึ้นเป็น 3.16 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนช่วงอายุ 10-14 ปี แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น

มีโอกาเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเพิ่มมากขึ้น โดยนักเรียนที่มีอายุอยู่ในช่วง 18-19 ปี มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นนาฬิกาชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลมาจากการเจริญพันธุ์และฮอร์โมนส่งผลต่อวงจรการนอนหลับและตื่น วัยรุ่นจึงนอนหลับช้ากว่าเดิม ในขณะที่ต้องตื่นไปโรงเรียนแต่เช้า ทำให้มีระยะเวลาการนอนหลับไม่เพียงพอ นอกจากนี้นักกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18-19 ปี เป็นนักเรียนที่เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร การเรียนมีการแข่งขันค่อนข้างสูง อีกทั้งต้องเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในกรุงเทพมหานคร นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจึงนอนดึก และการเปิดไฟอ่านหนังสือตอนกลางคืน ทำให้ยับยั้งการหลั่งของเมลาโทนิน ทำให้ไม่รู้สึกง่วง ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนหลับลดลง และคุณภาพการนอนหลับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่จังหวัดสมุทรปราการที่พบว่า นักเรียนอายุ 17 ปี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 2.04 เท่าเมื่อเทียบกับนักเรียนช่วงอายุ 18-19 ปี⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นประเทศบราซิล ที่พบว่าวัยรุ่นช่วงอายุ 17-19 ปี มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 1.28 เท่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นช่วงอายุ 15-16 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย ได้หวัน และจิน ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁷

- โรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เป็นโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 1.82 เท่าเมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่เป็นโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ เนื่องจากโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้มักมีอาการหายใจไม่ออก คัดจมูก น้ำมูกไหล จนไม่สามารถนอนหลับ หรือต้องตื่นนอนกลางดึก ซึ่งรบกวนวงจรการนอนหลับปกติ ส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า บุคคลที่เป็นโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี¹⁵



- *ความเครียด* ผลการวิเคราะห์พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีความเครียดรุนแรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 6.34 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีความเครียดน้อย การที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากเครียดเรื่องการเรียนที่มีการแข่งขันสูงกว่าในจังหวัดอื่นๆ ซึ่งความเครียดจะกระตุ้นการทำงานระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้มีการหลั่งคอร์ติซอล กลูคาгон และแคทีโคลามีน ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้กระตุ้นให้มีการตื่นตัว ทำให้นอนหลับยากและมีผลยับยั้งการนอนหลับระยะที่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นระยะหลัก เป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่จังหวัดสมุทรปราการพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ไม่มีความเครียด มีโอกาสที่จะมีคุณภาพการนอนหลับดีเพิ่มขึ้นเป็น 23 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีความเครียด⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่พบว่าความเครียดสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัย¹⁶

- *สุขวิทยาการนอน* ผลการวิเคราะห์พบว่า สุขวิทยาการนอนสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสุขวิทยาการนอนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีลดลงถึงร้อยละ 46.30 เนื่องจากสุขวิทยาการนอนเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ส่งเสริมการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ เช่น การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หลัง 6 โมงเย็น เพื่อไม่ให้คาเฟอีนมีผลยับยั้งการหลั่งอะดีโนซีน (Adenosine) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการหลับ การนอนในห้องที่มืด ทำให้ส่งเสริมการนอนหลับที่ดี เพราะไม่มีแสงมายับยั้งการหลั่งเมลาโทนิน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นหลายประเทศ เช่น ประเทศอิตาลี ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศนิวซีแลนด์ ที่พบว่า สุขวิทยาการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ

และสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้^{1,14}

- *โรคหืด* ผลการศึกษาพบว่า การเป็นโรคหืดไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ พบนักเรียนที่เป็นโรคหืดเพียงร้อยละ 8.7 ซึ่งนักเรียนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สามารถควบคุมอาการได้ถึงร้อยละ 88 ทำให้ไม่มีอาการกำเริบตอนกลางคืน จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneity) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคหืด อาจทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

- *โรคปวดศีรษะไมเกรน* ผลการศึกษาพบว่า การเป็นโรคปวดศีรษะไมเกรนไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในครั้งนี้ได้ เนื่องจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไมเกรนพบเพียงร้อยละ 6.4 และภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีอาการกำเริบถึงร้อยละ 55 จึงไม่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เป็นโรคปวดศีรษะไมเกรน พบเพียง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเป็นเอกพันธ์สูง ข้อมูลมีไม่เพียงพอที่จะทำนายคุณภาพการนอนหลับ

- *โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ* ผลการศึกษาพบว่า การเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในครั้งนี้ได้ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย ได้แก่ หวัด หลอดลมอักเสบ ไข้หวัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ระยะเวลาในการเป็นไม่นาน และอาการไม่ค่อยรุนแรง รวมทั้งวัยรุ่นสามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดูแลทางเดินหายใจให้โล่งได้เอง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

- *ระยะเวลาที่อยู่หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์* ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่อยู่หน้าจอไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียน



ชั้นมัธยมศึกษา อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คือโทรศัพท์มือถือก่อนนอน ถึงร้อยละ 90 ซึ่งโทรศัพท์มือถือมีหน้าจอขนาดเล็ก และส่วนใหญ่มีการติดฟิล์มป้องกันแสง ทำให้สัมผัสแสงจากหน้าจอเพียงเล็กน้อยจนไม่รบกวนการทำงานของเมลาโทนิ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ที่พบว่า ระยะเวลาการใช้เทคโนโลยีสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของวัยรุ่นได้¹ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่น ที่พบว่า วัยรุ่นที่ใช้เวลาอยู่ที่จอมากกว่า 4 ชั่วโมง หลังเลิกเรียนจะมีการนอนหลับไม่เพียงพอ และทำให้ประสิทธิภาพการนอนลดลง นอนหลับยากขึ้น และคุณภาพการนอนหลับไม่ดี¹⁷

- จำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอน ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า จำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ก่อนนอนไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ อธิบายได้ว่า นักเรียนส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.4 ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 2 ชิ้นก่อนนอน แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.8 ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้น และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นโทรศัพท์มือถือซึ่งมีแสงน้อย ทำให้ไม่รบกวนการหลับของเมลาโทนิ จำนวนการใช้ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์จึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับในต่างประเทศ ที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 3 ชิ้น มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่า นักศึกษาที่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์น้อยกว่า 3 ชิ้น¹⁸

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาคุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้แก่ อายุ 18-19 ปี การเป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ การมี สุขวิทยาการนอนที่ไม่ดี และการมีความเครียดระดับรุนแรง ในการส่งเสริมให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาคุณภาพการนอนหลับที่ดีจึงควรลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้

ข้อจำกัดในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงาน

เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปอ้างอิงกับนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาที่เรียนอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบริบทและวิถีชีวิตคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ที่กำลังศึกษาอยู่ในจังหวัดอื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างจาก กรุงเทพมหานคร และไม่สามารถอ้างอิงถึงวัยรุ่น อายุ 12-19 ปี ที่ไม่ได้ศึกษาอยู่ในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- ควรจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริม การดูแลและเกี่ยวกับโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ เพื่อให้ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาสามารถควบคุมโรคจมูกอักเสบ จากภูมิแพ้ไม่ให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ

- ควรให้มีการประเมินความเครียดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเป็นระยะ และให้การช่วยเหลือ เช่น การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ นักเรียนสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันไม่ให้ความเครียดส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ของนักเรียน

- ควรจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริม สุขวิทยาการนอน ให้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

2. ด้านการวิจัย

- ควรศึกษาคุณภาพการนอนหลับของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่าง จากกรุงเทพมหานคร หรือในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่ไม่ได้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

- ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อทดสอบ ผลของการส่งเสริมสุขวิทยาการนอน การลดความเครียด และการส่งเสริมการดูแลตนเองของนักเรียนที่เป็นโรค จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ต่อคุณภาพการนอนหลับ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง และอาจารย์ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ

และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เป็นอย่างดี

References

1. Galland BC, Gray AR, Penno J, Smith C, Lobb C, Taylor RW. Gender differences in sleep hygiene practices and sleep quality in New Zealand adolescents aged 15 to 17 years. *Sleep Health* 2017;3(2):77-83.
2. Merdad RA, Merdad LA, Nassif RA, El-Derwi D, Wali SO. Sleep habits in adolescents of Saudi Arabia; distinct patterns and extreme sleep schedules. *Sleep Medicine* 2014;15(11):1370-8.
3. The National Sleep Foundation. Adolescent sleep needs and pattern [Internet]. 2000 [Cited 2016 June 6] Available from: https://www.sleepfoundation.org/sites/default/files/2019-02/sleep_and_teens_report1.pdf.
4. Choombuathong A. Sleep-wake cycle. *Journal of health science* 2009;18(2):294-304. (In Thai).
5. Romanzini LP, dos Santos AA, Nunes ML. Characteristics of sleep in socially vulnerable adolescents. *European Journal of Paediatric Neurology* 2017; 21(4):627-34.
6. Woods HC, Scott H. #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence* 2016;51:41-9. doi:10.1016/j.adolescence.2016.05.008.
7. Zhou HQ, Shi WB, Wang XF, Yao M, Cheng GY, Chen PY, et al. An epidemiological study of sleep quality in adolescents in South China: a school-based study. *Child Care Health Dev* 2012;38(4):581-7.
8. Ismail DM, Mahran DG, Zarzour AH, Sheahata GA. Sleep Quality and Its Health Correlates Among Egyptian Secondary School Students. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences* 2017; 11(1):67-79.
9. Phiyong Y. Sleep Quality Among High School Children, Samut Prakarn Province [Master thesis, Nursing science program]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (In Thai)
10. LeBlanc M, Fitzgerald S. Research design and methodology section : Logistic regression for school psychologists. *School psychology quarterly* 2000; 15(3):344-58.
11. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28(2):193-213.



12. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Journal of the Medical Association of Thailand 2014;97 Suppl 3:S57-67.
13. Mahatnirunkul S, Poompaisanchai W, Tapanya P. A study on Suanprung Stress Test Development. Suanprung Hospital, Chiang Mai province; 1997. (In thai).
14. LeBourgeois MK, Giannotti F, Cortesi F, Wolfson AR, Harsh J. The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. Pediatrics 2005;115 Suppl1:257-65.
15. Koinis-Mitchell D, Craig T, Esteban CA, Klein RB. Sleep and allergic disease: A summary of the literature and future directions for research. Journal of Allergy and Clinical Immunology 2012; 130(6):1275-81.
16. Chanamanee P, Taboonpong S, Inthanon T. Sleep quality and related factors among university students in southern Thailand. Songklanagarind Medical Journal 2006;24(11):163-73. (In thai).
17. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. BMJ Open 2015;5(1):1-7. doi:10.1136/bmjopen-2014-006748
18. Hapuarachige C, Fakunle I, Ahmed HI, Sparrow S, Hasan S, Alsaad L, et al. The Effects of Electronic Device Use On The Sleep Quality Of Health Science Students In The United Arab Emirates. Gulf medical journal 2014;3(S2):S6-S15.



บทความวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแล บิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

อังคณา ศรีสุข* และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูล คือ บุตรชายที่มีประสบการณ์ในการดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง เขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Van Manen ข้อมูลอ้อมตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย

ผลการวิจัย: ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องปรับสมดุลการทำงานเข้ากับการดูแล มีข้อจำกัดในการเข้าถึงคนและเวลาส่วนตัวมากขึ้น 2) ปรับตัว ปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลโดยการมองโลกในแง่บวก จัดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ เข้าใจและยอมรับอาการแสดงของโรค 3) การดูแลที่ได้ทั้งชายหญิง คือ เมื่อปรับตัวได้ การดูแลไม่ยาก และบุตรชายมีความแข็งแรงในการอุ้มพยุง แม้ไม่ถนัดงานละเอียดแต่สามารถดูแลได้ เพราะถ้าใส่ใจดูแลได้ทั้งชายหญิง 4) เรียนรู้วิธีการดูแล เนื่องจากช่วงแรกไม่มั่นใจในการดูแล จึงต้องวางแผน ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น 5) ความสุข ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล ความสุข คือ การมีความสุข ภาควิไม่ว่าที่ได้ดูแลและตอบแทนบุญคุณบุพการี การได้รับคำชื่นชม ความทุกข์ คือ เหนื่อยและเครียดจากการดูแล กังวลค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

สรุป: ผลการวิจัยนี้ นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพ ส่งเสริม สนับสนุนบุตรชายผู้ดูแล ให้มีความมั่นใจและปฏิบัติกรดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชาย/ บุตรชายผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์,

E-mail: wattanaj@yahoo.com



Lived Experiences of Sons Being Caregiver for Dependent Elderly Parents

Angkana Srisuk* and Jiraporn Kespichayawattana**

Abstract

Purpose: To describe the lived experiences of a son being the caregiver for dependent elderly parents.

Design: The phenomenological research methodology was employed based on the concept of Heidegger.

Methods: The participants were sons with experience as the caregiver for dependent elderly in Bangkok. Data were collected using interview guidelines with in-depth interview. Data were analyzed by using Van Manen's method and audio recording and until saturated data with the 12 informants.

Findings: The lived experiences of the son being caregiver for dependent elderly parents were categorized into 5 main aspects: 1) Changes in life. It is a way of life-changing working style. There are limits to social and personal time. 2) Caregiver must adjust the mind, and accept the role of the caregiver. Be optimistic and eliminate bad moods. Understand and accept signs of disease. 3) Caring that can be provided by both men and women. Son caregivers can adjust as basic care is not difficult and men are strong in physical support when taking care. The son does not do a great job but is caring if taking care of both men and women. 4) Learn how to care. The first phase is feeling not confident in the care, so the caregiver must learn to adjust the care plan, and ask for help from other people. 5) Happiness and suffering of being a caretaker. Happiness is to be happy and pride in providing care, expressing gratitude to parents and receiving praise. The suffering from fatigue and stress caused by providing care and worrying about increased expenses.

Conclusion: This research. Taken as a basic to promote health care personnel to the son of parents who care for dependent elderly patients to be confident and approach to care appropriately.

Keywords: Live experiences of son/ Son caregiver for dependent elderly parents.



บทนำ

สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในขณะเดียวกันแนวโน้มของภาระโรคในผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นด้วย จากความเสื่อมถอยของร่างกายตลอดจนผลของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพที่มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพจนนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงได้ในที่สุด¹ จากการสำรวจประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน ในปี พ.ศ. 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 4 สาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาวนั้น ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด โรคเรื้อรังร่วม ภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปจะประสบปัญหาความอ่อนแอของร่างกาย จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้² ซึ่งร้อยละ 7 ของประชากรสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล และร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง โดยบริบทของสังคมไทยครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและยังคงยึดถือค่านิยมเรื่อง “ความกตัญญูตอเวทีย” เป็นคุณธรรมสำคัญที่บุตรต้องปรนนิบัติเลี้ยงดูบิดา/มารดาในยามชรา ซึ่งบทบาทการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงเป็นหน้าที่ของบุตรหลานที่มักถูกกำหนดไว้ให้เป็นหน้าที่ของบุตรสาว³ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว ร้อยละ 42 และเป็นบุตรชาย ร้อยละ 13.2 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความคาดหวังของสังคมในเรื่องของบทบาททางเพศ (Gender) ที่บุตรสาวมักถูกคาดหวังจากสังคมให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่าบุตรชาย^{3,4}

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบุตรชายจะมีสัดส่วนการดูแลบิดา/มารดาที่น้อยกว่าบุตรสาว แต่จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า บุตรชายมีแนวโน้มในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงขึ้น เนื่องจากขนาดครอบครัวเล็กลง ประกอบกับเพศหญิงมีแนวโน้มในการทำงาน

นอกบ้านมากขึ้น⁵ ส่งผลให้บุตรชายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลบิดา/มารดามากขึ้น และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นอีกในอนาคต จากการศึกษาที่มีอยู่อย่างจำกัด พบว่า บุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาสูงอายุมีประสบการณ์ความรู้สึกรู้สึกว่าการดูแล เป็นภาระ มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล^{6,7} ซึ่งเป็นผลมาจากขาดโอกาสในการเข้าสังคมและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลบิดา มารดาสูงอายุ⁸ แต่ในขณะเดียวกันบางการศึกษาพบว่าเพศชายมีความพึงพอใจในบทบาทการดูแลและมีความสามารถในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จสูงกว่ามากกว่าเพศหญิง ในประเทศไทยนั้นได้มีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ชายในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทไทย โดยผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นบุตรชาย น้องชาย สามี และบิดา ซึ่งพบว่าเพศชายมีความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทการเป็นผู้ดูแลในช่วงแรก แต่ก็สามารถให้การดูแลได้เช่นเดียวกับเพศหญิง และเพศชายสามารถนำความแข็งแกร่งมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี⁹

จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง เพศหญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ในขณะที่ ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลมากขึ้น โดยบุตรยังคงยึดถือค่านิยมเรื่องความกตัญญูในการตอบแทนบุญคุณบิดามารดา ดังนั้น บุตรชายจึงเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลมากขึ้นด้วย แต่จากการศึกษาที่มีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาประสบการณ์ของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุ ภาวะพึ่งพิง โดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ จะนำมาซึ่งข้อมูลเชิงลึกที่ทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เพื่อเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการส่งเสริม สนับสนุนให้บุตรชายภายใต้บริบทของสังคมไทยดูแลบิดา มารดาสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic



phenomenology) ของ Martin Heidegger

ผู้ให้ข้อมูล คือ บุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดา สูงอายุภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ 1) เป็นเพศชาย อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะบุตรชาย 2) เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลบิดา/มารดาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่า 12 คะแนน และ/หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม 3) เป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง 4) มีความยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เนื้อหาความรู้ และมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพนำร่องในการสัมภาษณ์บุตรชายผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุ 3 รายในชั้นเรียนมาแล้ว โดยมีเครื่องมือช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิด เช่น ช่วยเล่าประสบการณ์ของคุณในการดูแลบิดา มารดาว่าเป็นอย่างไร คุณรู้สึกอย่างไรกับการที่บุตรชายรับหน้าที่ในการดูแลบิดา มารดาในครั้งนี้ เป็นต้น 2) แบบบันทึกภาคสนาม บันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล รายละเอียด อาทิ กิริยา บริบท ปัญหา การบรรยายฉาก และบรรยายลักษณะสัมภาษณ์ 3) เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 1 เครื่อง สำหรับเป็นเครื่องมือเก็บบันทึกรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของกลุ่มสถาบัน

ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 096.1/61 ได้รับการอนุมัติวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยทั้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์การเผยแพร่ในลักษณะของภาพรวมซึ่งเทบบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลได้ถูกทำลายเมื่อการวิเคราะห์และรายงานผลเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในสถานศึกษาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2561 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยผ่านผู้ประสานงานในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล (Gatekeeper) ได้แก่ พยาบาลในโรงพยาบาล พยาบาลเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ที่รู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งค้นหาผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยเองจากสื่อรายการโทรทัศน์ เมื่อผู้วิจัยสามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลหลักตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำความรู้จักกับผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก ผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดและสอบถามความสมัครใจอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายเข้าพบผู้ให้ข้อมูลในเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยเบื้องต้นขออนุญาตเดินทางไปสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และดำเนินการพิทักษ์สิทธิในทุกขั้นตอน ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที ทำการสัมภาษณ์คนละ 1-2 ครั้ง นำข้อมูลมาถอดเทปแบบคำต่อคำ สิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว ได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย และทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Van Manen ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) โดยวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิต เริ่มต้นจากทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงจากการทบทวนวรรณกรรม และกำหนดคำถาม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเปิดรับประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลประสบการณ์เดิมของผู้วิจัย และข้อมูลประสบการณ์ใหม่ของผู้ให้ข้อมูลตีความร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่มีชีวิตอยู่กับประสบการณ์นั้น การรวบรวมข้อมูลเป็นงานที่สำคัญในขั้นตอนนี้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นหลัก และมีการทบทวนรากศัพท์ที่จะใช้เชื่อมโยงไปถึงปรากฏการณ์นั้นๆ ก่อนการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนเพื่อนำไปสู่ประเด็นหลัก ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) การมองในภาพรวม 2) การค้นหาและเน้นส่วนที่สำคัญ และ 3) การลงรายละเอียด บรรทัดต่อบรรทัด

ขั้นตอนที่ 4 การบรรยายปรากฏการณ์ผ่านศิลปะ การเขียนและการทบทวนการเขียน เป็นขั้นตอนในการนำเสนอ ผลการศึกษาวิจัย ซึ่งผู้วิจัยใช้ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย โดยใช้ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่เกิดขึ้นเป็นแนวทางในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยทั้งหมด

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดย Guba และ Lincoln ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Method triangulation) คือการใช้

หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจสอบและเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตการจดบันทึกเข้าด้วยกัน 2) ตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) จำนวน 4 รายที่อธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (Informative case) ช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 ราย เห็นด้วยกับประสบการณ์ที่สรุปผลการวิจัย 3) ตรวจสอบโดยผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ท่านร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (Peer debriefing) ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 4) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบ และมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจน การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยผ่านผู้ประสานงานมากกว่า 1 คน เพื่อป้องกันไม่ให้ผลการวิจัยจำกัดอยู่ในวงแคบ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นบุตรชายวัยทำงาน มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (27–67 ปี) สถานภาพโสด 7 ราย สมรส 4 ราย และหย่าร้าง 1 ราย มีประสบการณ์การดูแลเฉลี่ย 2 ปี 6 เดือน โดยให้การดูแลในรูปแบบทำงานร่วมกับการดูแล 6 ราย แบบเต็มเวลา 6 ราย มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา พี่สาว พี่ชาย 8 ราย และเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว 4 ราย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

1.1) ปรับสมตฺลการทำงานเข้ากับการดูแล
เมื่อบิดา มารดาสูงอายุเจ็บป่วย บุตรชายวัยทำงานที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลต้องปรับวิถีชีวิตในการทำงานประจำ ให้กับการดูแล เพื่อให้การดูแลสามารถดำเนินไปพร้อมกับงานได้ ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ชีวิตที่เปลี่ยนไปเกือบ 70% งานที่เคยทำแบบรับ Job พิเศษที่เคย fix วันไว้ก็ไม่ได้แล้ว เพราะเราต้องมาดูแลพ่อ” (ID5)



“ผมก็ขออนุญาตที่ทำงานว่าขอพามาทำงานด้วย...หลังจากนั้นเวลาไปทำงาน ผมก็พามาอยู่ที่ออฟฟิศ ชั้น 2 บางทีผมทำงานชั้นล่าง อาศัยว่าขึ้น-ลงไปหาบ่อยๆ ดูเป็นระยะๆ ทั้งเรื่องห้องน้ำ อารมณ์ เพราะแม่ป่วยเรื่องความจำด้วย เราก็ทำงานไม่ค่อยตัวเท่าไร...ผมอาจจะโชคดีที่ทำงานแล้ว ไม่เครียด การดูแลมันดำเนินไปพร้อมกับการทำงาน” (ID3)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่บิดามารดาสูงอายุต้องการการช่วยเหลือเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้บุตรชายวัยทำงานต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลแบบเต็มเวลา ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ช่วงหลังๆ ที่แม่แก่เข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ ผมเลยต้องลางานมาเฝ้าแม่บ่อยด้วย...ผมเลยลาออกจากงานเพราะไม่มีคนดูแลแม่ ” (ID8)

1.2) มีข้อจำกัดในการเข้าถึงคนและเวลาส่วนตัว การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลที่ต้องดูแลตลอดเวลา ส่งผลให้ต้องลดกิจกรรมทางสังคมลงไปมากและไม่มีเวลาส่วนตัวดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ก็รู้สึกเลยว่าชีวิตเราเปลี่ยน อยากรู้อะไรก็ไม่ได้ทำ...กิจกรรมทางสังคมที่ต้องเพาลงไปเยอะมาก แทบไม่มีเลย เพราะถ้าเราออกไปข้างนอก ท่านก็จะไม่ได้รับการดูแล” (ID1)

“การดูแลเบียดเบียนเวลาส่วนตัวของเราไปเยอะมาก...เมื่อก่อนพี่ไปต่างประเทศประจำปี ซึ่ง 4-5 ปีที่ผ่านมา พ่อแม่ป่วย พี่ก็ไม่ได้ไปเที่ยวต่างประเทศอีกเลย” (ID4)

2) ปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ต้องมีการปรับตัว ปรับใจ ยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยการมองโลกในแง่บวก จัดการอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ และเข้าใจและยอมรับอาการแสดงของโรคในภาวะสมองเสื่อม ทำใจกับการตอบคำถามซ้ำๆ เพื่อให้การดูแลดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

2.1) มองโลกในแง่บวก เป็นการปรับความคิด สภาพจิตใจให้มองโลกในแง่บวก และพยายามดูแลบิดามารดาสูงอายุในภาวะพึ่งพิงให้ดีที่สุด ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“การยอมรับได้แล้วมองโลกในแง่บวก มันช่วยได้...ให้เรามองสิ่งที่อยู่ตรงหน้าว่าเรากำลังทำอะไรอยู่แล้วทำให้ดีที่สุด เราต้องปรับตัว ปรับสภาพจิตใจให้ค่อยเป็นค่อยไป” (ID1)

2.2) จัดการอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล เช่น โมโห หงุดหงิด บุตรชายผู้ดูแลจึงพยายามควบคุมอารมณ์ด้านลบนี้ในระหว่างให้การดูแล ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ต้องคอยตอบคำถามแกซ้ำๆ วันละหลายรอบ...เราก็จะมีอารมณ์หงุดหงิดใส่แก ก็ต้องควบคุมความคิดตัวเองให้ได้ ถ้ามันเกิดขึ้นก็พยายามบอกตัวเองเตือนสติตัวเองว่าอย่าให้เกิดขึ้นอีก” (ID4)

2.3) เข้าใจและยอมรับอาการแสดงของโรค ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หลงลืม ถามซ้ำๆ บุตรชายผู้ดูแลจึงต้องเข้าใจและยอมรับกับอาการแสดงเหล่านี้ เพื่อให้การดูแลสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“เราต้องยอมรับกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ได้ว่าเขาจะหลงลืมได้ แล้วเราจะไม่เครียดมาก เพราะเราเข้าใจแก ” (ID3)

3) การดูแลทำได้ทั้งชายหญิง เมื่อบุตรชายสามารถปรับตัวเข้ากับการดูแลได้ พวกเขาจะรู้สึกว่าการเป็นพ่อผู้ดูแลนั้นไม่ยาก และบุตรชายสามารถนำข้อดีด้านความแข็งแรงของร่างกายมาใช้ประโยชน์ในการอุ้มพยุงบิดามารดาได้ แม้บุตรชายบางรายจะยอมรับว่าไม่ถนัดในการดูแลบางอย่าง แต่เมื่อรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลแล้วก็สามารถให้การดูแลได้ เพราะการดูแลขึ้นอยู่กับความใส่ใจ หากผู้ดูแลเป็นเพศหญิง แต่ถ้าไม่ใช่ใจดูแล คุณภาพการดูแลก็แย่ลงได้



3.1) เมื่อปรับตัวได้การดูแลไม่ยาก แม้บุตรชายที่รับบทบาทในการดูแลบิดา มารดา จะรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลช่วงแรก แต่เมื่อสามารถปรับตัวเข้ากับ การดูแลได้ก็รู้สึกว่าการดูแลนั้นไม่ยาก ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ช่วงแรกอาจจะยากหน่อย...พอเราปรับตัวได้ ก็ไม่มีอะไรยากเลยครับ” (ID6)

“ถ้าตั้งใจมันไม่ยากเลยครับ...พอเราเปิดใจอยากจะเรียนรู้มันก็จะง่าย แล้วเราจะเรียนรู้ได้ไว” (ID8)

3.2) ผู้ชายมีความแข็งแรงในการอุ้มพยุง บุตรชายทราบว่าชายหญิงมีความแตกต่างทางสรีระและความแข็งแรงของร่างกาย โดยเพศชายจะมีความแข็งแรงในการอุ้มบิดา มารดาเพื่อทำกิจกรรมการดูแลต่างๆ ได้ดี บุตรชายจึงนำข้อดีในความแข็งแรงของตนเองมาใช้ประโยชน์ในการดูแล ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ผู้ชายกับผู้หญิงจะแตกต่างในเรื่องของสรีระทางกายภาพในการดูแล เพราะมนุษย์ชายหญิงถูกสร้างมาให้แตกต่างกัน อย่างผู้หญิงกำลังการยกตัวหรืออะไรแบบนี้จะลำบากกว่า แต่เรื่องการดูแลอื่นๆ ก็เหมือนกัน” (ID5)

“เวลาพาแม่ไปอาบน้ำน้องสาวเขาอุ้มแม่ไม่ไหว ผมก็คอยมาช่วยกันอุ้ม” (ID11)

3.3) แม้ไม่ถนัดงานละเอียดแต่สามารถดูแลได้ บุตรชายที่มีภรรยาคอยให้การช่วยเหลือดูแล จะยกงานละเอียดที่ภรรยามีความถนัดให้ทำก่อน เช่น การทำอาหาร การเปลี่ยนแพมเพิสให้มารดา แต่หากภรรยาไม่อยู่บุตรชายผู้ดูแลก็สามารถทำกิจกรรมการดูแลที่เป็นงานละเอียดแทนภรรยาได้ ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“งานละเอียดๆ ผมจะให้ภรรยาทำ... เขาจะละเอียดเรื่องอาหารการกิน จะรู้ว่าแม่ชอบทานอาหารรสชาติแบบไหน...อย่างเปลี่ยนแพมเพิสภรรยาทำก็ง่ายจะถนัดกว่า แต่ถ้าภรรยาไม่อยู่เราเองก็ทำได้ เพราะนี่คือแม่เรา” (ID9)

“อาหารปั่นผมจะให้ภรรยาช่วยทำ เขาจะถนัดเรื่องทำอาหาร เตรียมของอะไรพวกนี้...นานๆ ที่ผมจะทำนะ แต่ถ้าทำมันก็ทำได้แต่ช้าหน่อย”

3.4) ถ้าใส่ใจดูแลได้ทั้งชายหญิง บุตรชายตระหนักถึงความสำคัญของการใส่ใจดูแลบิดา มารดา ซึ่งไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็สามารถให้การดูแลที่ดีได้ ถ้ามีความใส่ใจในการดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยบุตรชายบางรายที่เคยจ้างผู้ดูแลเพศหญิงมาดูแลมารดา แต่ไม่ได้รับการใส่ใจดูแลที่ดี คุณภาพการดูแลก็แย่ลงไปด้วย ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ผมว่ามันอยู่ที่ความใส่ใจมากกว่า ถ้าเราใส่ใจมันก็ทำได้ไม่ยากหรอก” (ID10)

“เคยจ้างคนมาดูแลแต่เขาไม่ค่อยใส่ใจ... คือปกติแกละยิ้ม หัวเราะ แต่พอเราถามวันนี้แม่เป็นไงแกละพูดออกมาเลยว่า อายากตาย...บางคนเสียเงินจ้างเยอะหน่อย ดูแลแม่เป็นทุกอย่างตั้งแต่หัวจรดเท้า ดูแลบังคับแม่เราเหมือนเป็นชิ้นงาน ไม่ดูแลเรื่องจิตใจเลย” (ID9)

4) เรียนรู้วิธีการดูแล ช่วงแรกที่บุตรชายให้การดูแลบิดา มารดา อาจทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ไม่มั่นใจ ในกิจกรรมการดูแลเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ ในด้านนี้มาก่อน บุตรชายจึงต้องมีการวางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถดูแลบิดา มารดาสูงอายุได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า การมีคนคอยช่วยเหลือจะช่วยให้อาการการดูแลบิดา มารดาลดลงได้

4.1) ช่วงแรกไม่มั่นใจในการดูแล เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่เคยทำ ทำให้รู้สึกกลัวว่าตนเองจะทำได้ไม่ดี กลัวพ่อแม่ได้รับบาดเจ็บ และรู้สึกเขินอายเมื่อให้การดูแลมารดา ดังคำสัมภาษณ์

“พอได้มาดูแลตอนแรกรู้สึกกลัวกลัวเรื่องใส่สายให้อาหาร กลัวเรื่องอาการเปลี่ยนแปลงของแม่ทุกอย่าง กังวล กลัวว่าใส่สายให้อาหารแล้ว แม่จะเป็นยังไง เราจะทำได้ไหม” (ID6)



“แรกๆ ก็กลัวนะตอนดูตลกซะม๊...
บางทีเหมือนเขาน้ำตาไหล กลัวว่าแม่จะเจ็บ” (ID7)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ช่วงแรกของการดูแลบุตรชายที่มีสถานภาพโสดบางรายมีความรู้สึกเขินอายที่ต้องดูแลเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่มารดา ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ผมก็รู้สึกเขินๆ นะแม่เราเป็นผู้หญิง...
แล้วผมเองก็ไม่เคยคลุกคลีกับผู้หญิงมาก่อน...และแม่
แก็งเองก็ไม่ยอมด้วยนะ ช่วงแรกๆ แก็งก็มีขึ้นๆ...พี่สาวก็
ช่วยพูดให้ว่ามันเป็นลูก แม่ไม่ต้องอายหรอก” (ID8)

4.2) วางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม แม้การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในช่วงแรกทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแล แต่เมื่อการดูแลดำเนินมาได้สักระยะหนึ่ง บุตรชายผู้ดูแลจะเกิดการเรียนรู้กิจกรรมการดูแลขั้นพื้นฐาน มีการวางแผนการดูแลจนกระทั่งสามารถจัดสรรการดูแลให้เป็นเวลา ปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสม มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำยามว่าง และคิดค้นอุปกรณ์ช่วยในการดูแลในรูปแบบที่บุตรชายผู้ดูแลสามารถกำหนดด้วยตนเองได้ ดังคำสัมภาษณ์

“พี่จะจัดทุกอย่างเป็นตารางเวลา
เพื่อให้สะดวกกับเรา และการดูแลมันจะไม่ยุ่งยากมาก...
ก็คือแม่พี่จะกินข้าวตรงเวลา พักผ่อนตรงเวลา” (ID4)

“ผม Anti วิชาการ บางทีเขาก็จะมี
สอนท่าจับพุงเวลาเดินอะไรที่ฝึกมา แต่สถานการณ์
จริงๆ บางทีวิชาการมันช่วยไม่ได้นะ...บางทีก็ลองทำนะ
ทำแล้วดีก็ทำ ถ้าทำแล้วไม่โอเค ก็ลองวิธีอื่น แล้วต้องเป็น
วิธีไม่เสี่ยงกับแม่เราด้วยนะ ผมก็ปรับเอาเองดูแลตาม
ธรรมชาติ” (ID9)

“เวลาพาแกมาเดินศูนย์การค้า
เป้าหมายไม่ได้มาซื้อของอย่างเดียว...แต่เป็นการเอา
ของหนักๆ มาใส่รถเข็นต้านแรงมือ จะได้ไม่อ่อนแรง
ซึ่งมากกว่าการซื้อของที่หนักๆ คือแก็งได้สุขภาพ ” (ID3)

“มันมีช่วงที่แก็งมากๆ จะลงจากเตียง
ผมซื้อท่อ PVC มาตัดทำเป็นกรงให้แกเลย...ไม่จั้นเราจะ
ไปทำอย่างอื่นไม่ได้เลย อย่างจะไปหุงข้าว ซื้อกับข้าว
ก็กลัวแก็งตกเตียง” (ID8)

4.3) การขอความช่วยเหลือ การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ถือเป็นภาระงานที่หนัก บุตรชายผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทั้งด้านการช่วยผลิตเปลี่ยนหมอนเวียนในการดูแล การได้รับคำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ด้านการดูแล รวมถึงบุตรชายที่ลาออกจากงานหรือมีปัญหาด้านการเงิน ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่มากขึ้น การมีบุคคลเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ภาระในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงลดลง ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“โชคดีที่ผมมีภรรยาคอยช่วย เพราะว่า
ถ้าผมคนเดียวภาระก็จะเยอะและเครียด... เขาก็ช่วยผม
ทุกอย่าง เขาก็น่ารักนะครับ เพราะฉะนั้นภาระต่างๆ ก็
เบาบางลงไปเยอะ” (ID1)

“เวลาแม่มีอาการเปลี่ยนแปลงก็คุย
กับพี่สาวเพราะเขาเป็นพยาบาล เช่น แม่เป็นผื่นอะไร
แบบนี้ก็ปรึกษาพี่สาว แล้วเราก็ไปหาซื้อยามาทาไม่ต้อง
พาไปโรงพยาบาล ให้มันยุ่งยาก” (ID9)

“พอพี่ตัดสินใจมาดูแลแม่ พี่สาวเขา
ก็ช่วยเราทุกอย่าง...พี่สาวคนโตให้เรื่องการดูแล เดือนละ
10,000 บาท ให้ค่าขนมพี่เดือนละ 2,000 (หัวเราะ)
แล้วก็พี่สาวคนที่ 3 จ่ายค่าจ้างเด็กที่มาช่วยดูแล แล้วก็
ค่าน้ำค่าไฟ ส่วนพี่ก็ไม่ต้องกังวลเรื่องเงินล่ะ...ก็ลงแรง
ดูแลแม่ให้ดีที่สุด” (ID6)

5) ความสุขความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล
บุตรชายผู้ดูแลรับรู้ได้ถึงความสุข ความภาคภูมิใจ การได้รับคำชื่นชมจากสังคมที่บุตรชายทำหน้าที่ดูแลตอบแทนบุญคุณบิดามารดาที่เลี้ยงดูมา อย่างไรก็ตาม การดูแลยังคงส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด และความวิตกกังวลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน



5.1) ความสุขจากการดูแล การที่บุตรชาย รับผิดชอบต่อภาระเป็นผู้ดูแลบิดา มารดา ทำให้เกิดความรู้สึก มีความสุข มีความภาคภูมิใจ รู้สึกถึงความมีคุณค่าที่ได้ ตอบแทนบุญคุณบิดา มารดา อีกทั้งยังได้รับคำชื่นชม ในทางที่ดีที่ได้ทำบทบาทการดูแลนี้ ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“แม่คือผู้มีพระคุณสูงสุด...ยิ่งแม่มี เวลาอยู่กับผมนานเท่าไร มันก็ยิ่งคุ้มค่าสำหรับชีวิตผม มากขึ้น...เห็นแก่มารอยยิ้ม เราก็มีความสุขไปด้วย...ผมก็ ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแลแม่” (ID3)

“ผมไปเฝ้าแม่ที่โรงพยาบาล ญาติ เเดียวข้างๆ เขาก็ชมว่าผมดูแลแม่ดีจัง” (ID7)

“ได้รับพ่อมาย่อยด้วย มันก็ทำให้ผม มีความสุขนะครับ เพราะเลิกงานมาก็ได้เจอกันทุกวัน... ไปไหนก็มีแต่คนทักทาย ชื่นชมเรา” (ID12)

5.2 ความทุกข์จากการดูแล บทบาท การเป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ทำให้บุตรชาย ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าและเครียดจากการดูแล รวมไปถึง ความกังวลใจเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น โดยบุตรชาย บางรายที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจะรู้สึกกังวลใจหากไม่มีเงิน ในการพามารดาไปรักษา ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“แรกๆ เครียดมากทั้งสายอาหาร สายฉี...ยังอาหารบ้นตอนนั้นนะ ยุ่งยากมาก ต้องตวงชั่ง อะไรอีก...ช่วงนั้นแกก็ชอบทำสายหลุดบ่อย จนพยาบาล เขาบอกว่าสายหลุดอีกแล้ว” (ID2)

“ช่วงแรกมันก็มีเครียดนะ เครียด การดูแลช่วงที่ทำอะไรไม่เป็น” (ID6)

“แม่เขาไม่พูดมา 2 วันแล้ว...อยาก พาแม่ไปหาหมอแต่ยังไม่ถึง” (ID11)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นบุตรชายวัยทำงาน และมีสถานภาพโสด จึงมีความเหมาะสมในการเป็น ผู้ดูแลบิดา มารดาในยามเจ็บป่วย เนื่องจากไม่มีภาระ

ในการดูแลครอบครัวและยังคงอาศัยอยู่กับบิดา มารดา สูงอายุ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย ที่ให้การดูแลบิดา มารดาในรูปแบบเต็มเวลาทุกวัน จะได้รับความช่วยเหลือ จากสมาชิกในครอบครัว เช่น ภรรยา พี่สาว พี่ชาย ทั้งด้านการผลิตเปลี่ยนหมอนเวียนดูแล คอยให้คำปรึกษา และให้การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ทำให้บุตรชายผู้ดูแล ไม่รู้สึกว่าบทบาทการเป็นผู้ดูแลนั้นเป็นภาระที่หนักมาก เนื่องจากยังคงได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้การดูแลสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่ต้องให้การดูแลหลักเพียง คนเดียวหรือให้การดูแลไปพร้อมกับการทำงานก็พยายาม ปรับสมดุลการทำงานให้เข้ากับการดูแลได้เป็นอย่างดี

ประเด็นที่ 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อบุตรชาย วัยทำงานรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดา มารดา จึงต้อง ปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือลักษณะการทำงานประจำให้เข้ากับการดูแล เพื่อให้การทำงานและการดูแลมีความสมดุลกัน และสามารถดำเนินไปพร้อมกันได้ ในขณะที่บุตรชาย บางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เกือบตลอดเวลา ซึ่งบทบาทการเป็นผู้ดูแลนี้ส่งผลให้ บุตรชายมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม ไม่มีเวลาส่วนตัว เนื่องจากใช้เวลาในแต่ละวันหมดไปกับกิจกรรมในการดูแล บิดา มารดาสูงอายุ³ สอดคล้องการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า บุตรชายที่ต้องทำงานควบคู่ไปกับการดูแลบิดา มารดาภาวะสมองเสื่อมจะประสบกับปัญหาความยาก ลำบากกับการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป⁷ และบุตรชายมี ความเครียดจากการขาดโอกาสในการเข้าสังคมและมี ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เนื่องจากต้อง ใช้เวลา ส่วนใหญ่ไปกับการดูแลบิดา มารดาสูงอายุ อีกทั้งไม่มีเวลา ดูแลสุขภาพของตนเอง⁸ ดังนั้น การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลได้มีเวลาส่วนตัว และได้ทำกิจกรรมทางสังคม ถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งประการของบทบาทการเป็น ผู้ดูแลที่นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้¹⁰

ประเด็นที่ 2 ปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาท การเป็นผู้ดูแล บทบาทการดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะ พึ่งพิงเป็นภาระงานที่หนัก การดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้



บุตรชายผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด เกิดอารมณ์ไม่ไหวจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ ดังนั้น บุตรชายผู้ดูแลจึงต้องปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลด้วยการมองโลกในแง่บวก หาวีธีการจัดความรู้สึกล้นด้านลบที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดการกระทำหรือคำพูดที่รุนแรงในระหว่างให้กิจกรรมการดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้ อีกทั้งยังต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของโรค โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุตรชายผู้ดูแลได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mc Donnell⁷ บุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาสมองเสื่อม พบว่า เมื่อบิดา มารดาสูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม มักส่งผลให้ระดับการพึ่งพาของบิดา มารดาสูงอายุเพิ่มขึ้น บุตรชายจะใช้เวลาในการปรับตัวและเรียนรู้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม เช่น ระเบิดระงับความปลอดภัยมากขึ้น ต้นตัวกับการรับรู้ของบิดา มารดาที่เปลี่ยนแปลงไป และยอมรับว่าการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งบุตรชายมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลที่ดีแก่บิดา มารดาสูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ความผูกพันมาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลครั้งนี้ ดังนั้น การปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต⁸ ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะแก่ผู้ดูแลและความสมดุลให้กับชีวิตของผู้ดูแลได้

ประเด็นที่ 3 การดูแลทำได้ทั้งชายหญิง

ในช่วงแรกของการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง อาจทำให้บุตรชายผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแล แต่เมื่อสามารถปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ บุตรชายผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้เป็นอย่างดี แม้บุตรชายบางรายยอมรับว่าไม่ถนัดงานละเอียด เช่น การทำอาหาร การเปลี่ยนแพมเพิสให้แก่บิดา แต่เนื่องจากการดูแลเป็นสิ่งสามารถฝึกฝนและเรียนรู้ได้ การดูแลบางอย่างที่ต้องใช้

ความละเอียดอ่อนผู้ชายจึงสามารถเรียนรู้และทำได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเป็นชายและหญิงของ Bem¹¹ ที่เชื่อว่าบทบาททางเพศมิได้แยกบุคคลเป็นเพียงลักษณะของความเป็นเพศชายหรือเพศหญิงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น แต่ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีลักษณะทั้งสองอยู่ในตัวเองจึงอาจกล่าวได้ว่า เพศชายสามารถปรับตัวเพื่อให้การดูแลบิดา มารดาสูงอายุในงานที่ไม่ถนัดได้เช่นเดียวกับเพศหญิง และจากการศึกษาครั้งนี้บุตรชายนำความแตกต่างทางสรีระและความแข็งแรงของร่างกายมาใช้ในการอุ้มพยุงบิดา มารดา เพื่อทำกิจกรรมการดูแลต่างๆ ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสดสวยทองมหา⁸ พบว่า ผู้ชายในฐานะผู้ดูแลใช้ข้อดีของความเป็นชายมาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เช่น สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้สะดวก สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้ดี ซึ่งมีแนวโน้มว่าเพศชายสามารถให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยสำเร็จได้มากกว่าเพศหญิง^{6,7} นอกจากนี้ บุตรชายให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งความสำคัญของการดูแลบิดา มารดาสูงอายุนั้นคือความใส่ใจในการดูแลมากกว่าความเป็นเพศชายหรือเพศหญิงของผู้ดูแล ซึ่งบุตรชายบางรายมีประสบการณ์ในการจำผู้ดูแลเพศหญิงมาดูแลมารดา แต่กลับไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ดูแลที่ดี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางที่แย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mc Donnell⁷ และ Thongmana⁹ ที่พบว่าเพศชายสามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยความรักความเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

ประเด็นที่ 4 เรียนรู้วิธีการดูแล บุตรชายที่ไม่มี

ประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลมาก่อนอาจทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลบิดา มารดาสูงอายุในช่วงแรกเนื่องจากกลัวว่าตนเองจะทำได้ กลัวจะทำให้ ได้รับบาดเจ็บ ทำให้บุตรชายผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Grant และคณะ¹² ที่พบว่าในช่วงแรกของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะต้องพบกับปัญหาการดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เมื่อบุตรชายให้การดูแลบิดา มารดาสูงอายุมาได้ในระยะหนึ่ง บุตรชายจะมีทักษะในการเรียนรู้กิจกรรมการดูแลและมีความชำนาญในการดูแลมากขึ้น จนสามารถวางแผนและปรับวิธีการดูแลได้อย่างเหมาะสม สามารถคิดค้นอุปกรณ์มาเป็นตัวช่วยให้การดูแลง่ายขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาการปรับตัวของบทบาทการเป็นผู้ดูแลของ Hirunchuha และคณะ¹³ พบว่า ผู้ดูแลจะมีกระบวนการปรับตัว 4 ระยะ โดยช่วงแรกของการดูแลอาจจะยังตั้งตัวไม่ติด จึงต้องลองฝึกทำไปเรื่อยๆ จนพบวิธีการดูแลที่เหมาะสมและทำให้ชีวิตการเป็นผู้ดูแลลงตัวมากขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ในช่วงแรกของการดูแล บุตรชายที่มีสถานภาพโสดบางรายมีความรู้สึกเงินอายที่ต้องดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่มารดาเนื่องจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีไทย โดยบุคคลที่เป็นเพศตรงข้ามกันจะไม่สะดวกใจในการยุ่งเกี่ยวอวัยวะต้องห้าม ซึ่งบุตรชายก็ยอมรับว่าเงินอายในเรื่องละเอียดอ่อนนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongman⁹ ในผู้ดูแลเพศชายในบริบทไทยในการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นเพศชายเหมือนกัน ทำให้ผู้ดูแลเพศชายสามารถเข้าถึงความเป็นชายได้มากกว่าเพศหญิง ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในระยะแรก เพื่อให้บุตรชายผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในตนเองและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุตรชายได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวทั้งจากภรรยา พี่สาว พี่ชาย ในการเข้ามาช่วยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลคอยให้คำปรึกษาในการดูแล และได้รับความช่วยเหลือด้านภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้การเป็นของผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Trakunvong¹⁴ ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นคนรัก คนเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยอมรับนับถือ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากครอบครัว

มีความสำคัญมากสำหรับสังคมไทย

ประเด็นที่ 5 ความสุขความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล การดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงถึงแม้จะเป็นภาระงานที่หนัก แต่เนื่องจากสังคมไทยได้รับการขัดเกลาในเรื่องความกตัญญูต่เวทีของบุตรที่มีต่อบิดา มารดา จากผลการศึกษา พบว่า บุตรชายผู้ดูแลสามารถรับรู้ได้ถึงความสุขที่ได้ตอบแทนบุญคุณเลี้ยงดูบิดา มารดา สามารถทำในสิ่งที่บุตรพึงกระทำออกมาได้ดี จนบิดา มารดามีอาการดีขึ้น ได้รับคำชื่นชมจากสังคม ทำให้บุตรชายเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าความภาคภูมิใจเป็นรางวัลชีวิตของผู้ดูแล^{3,15} ในขณะเดียวกัน พบว่า บุตรชายที่ให้การดูแลบิดา มารดาสูงอายุมีความเหนื่อยล้าและความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล รวมไปถึงกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น โดยบุตรชายบางรายที่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจจะรู้สึกกังวลใจค่าใช้จ่ายในการพามารดาไปรักษา สอดคล้องกับการศึกษาศศิพัฒน์ ยอดเพชร¹⁵ ที่พบว่า ความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอดเวลาถือว่าเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก หากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจก็ตามจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความเครียด อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายได้เช่นกัน ดังนั้นการรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ หากผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลนำผลกระทบเชิงบวกมาเป็นแรงผลักดันให้คุณภาพการดูแลดีขึ้นได้

บทสรุป

บุตรชายในบริบทสังคมไทยยังคงยึดถือค่านิยมความกตัญญูในการตอบแทนบุญคุณบิดา มารดาในยามเจ็บป่วย ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง แม้ว่า



การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านการปรับสมดุลการทำงานกับการดูแล และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสังคมมากขึ้น แต่เมื่อมีโอกาสได้ดูแลบิดา มารดาก็พร้อมจะดูแลด้วยความรักและความเอาใจใส่ ซึ่งการดูแลในช่วงแรกอาจต้องอาศัยการปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล รวมถึงเรียนรู้วิธีการดูแลต่างๆ ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เช่น การเปลี่ยนแพมเพิส การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ เป็นต้น เมื่อการดูแลดำเนินไปได้ ในระยะหนึ่งบุตรชายจะสามารถปรับตัวได้ และนำความแข็งแรงของร่างกายมาใช้ประโยชน์ในการอุ้มพยุงได้ดี ซึ่งการดูแลบิดา มารดาสูงอายุถือเป็นภาระงานที่หนัก ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด เกิดความกังวลกับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ภาระการดูแลตกอยู่ที่ใครคนใดคนหนึ่งมากเกินไป ทำให้บุตรชายผู้ดูแลให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและไม่ใช้ตัวแทนประชากร

ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ แต่งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ลุ่มลึก ละเอียดครบถ้วน และครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในปรากฏการณ์หรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักตามความเหมาะสมในบริบทของตนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุในภาวะพึ่งพิงในบริบทสังคมไทย สามารถนำเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลของบุตรชาย เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายผู้ดูแลมากขึ้น
2. จัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในช่วงแรกของการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลให้แก่บุตรชายผู้ดูแล เช่น การเปลี่ยนแพมเพิส การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ เป็นต้น เพื่อให้บุตรชายมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Health Problems of Thai elderly. Bangkok: The Thai Health Research Institute, National Public Health Foundation and Office of Public Health Policies and Plans. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 1999.

2. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2014.
3. Yodpet S. Caregivers for the Elderly in the Family. In: A forum for brainstorming on policy issues. Care and service system for the elderly. Bangkok: Chulabhorn Research Institute; 2009. p.1-9.



4. Archavanitkul K. Sexuality transition in Thai society. In: Punpuing S, Sunpuwan M, editors. Thailand's population in transition: a turning point for Thai society. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2011. p. 43-65.
5. Prasatkul P, Rittirong J, Chuanwan S, Kanchanachitra M, Katewongsa P, Thianlai K, et al. Situation of the Thai Elderly 2014. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2015.
6. Robinson CA, Bottorff JL, Pesut B, Oliffe JL, Tomlinson J. The male face of caregiving: A scoping review of men caring for a person with dementia. *American journal of men's health* 2014;8(5):409-26. doi: 10.1177/1557988313519671.
7. Mc Donnell E, Ryan A. Male caregiving in dementia: A review and commentary. *Dementia* 2013;12(2):238-50. doi: 10.1177/1471301211421235.
8. Grigorovich A, Rittenberg N, Dick T, McCann A, Abbott A, Kmielauskas A, et al. Roles and coping strategies of sons caring for a parent with dementia. *American Journal of Occupational Therapy* 2016;70(1):1-9. doi: 10.5014/ajot.2016.017715.
9. Thongmanas, Tharawan K. Experience of men as caregivers in Thai society [Master thesis, Medical and health social science program in social sciences and humanities]. Bangkok: Mahidol University; 2012.
10. Sanders S, Power J. Roles, responsibilities, and relationships among older husbands caring for wives with progressive dementia and other chronic conditions. *Health & Social Work* 2009; 34(1):41-51. doi: 10.1093/hsw/34.1.41.
11. Bem SL. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological review* 1981;88(4): 354-64. doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354
12. Grant JS, Glandon GL, Elliott TR, Giger JN, Weaver M. Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research* 2004; 27(2): 105-11.
13. Hirunchuha S, Chuaprapaisilp A, Taboonpong S, Khampalikit S. Development of a care model for the caregivers of stroke patients at home [Doctoral thesis, Philosophy Program in Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 1998. (In Thai)
14. Trakunvong B. Social support to solve public health problems. Bangkok: Samdee Printing; 1985.
15. Yodphet S, Sombat L, Choktanawanit P, Sakdaphon T. Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand. *J Gerontol Geriatr Med* 2009;10(3):13-24.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียน ตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา* วนลดา ทองใบ** และ จีราภรณ์ กรรมบุตร***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระดับอ้วน อายุ 10-12 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดรัฐบาล จังหวัดสระบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อสรุป: พยาบาลสามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนไปใช้โดยประสานงานร่วมกับครูและผู้ดูแลหลัก เพื่อส่งเสริมให้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน/ เด็กวัยเรียนตอนปลาย/ ภาวะน้ำหนักเกิน/ พฤติกรรม
การบริโภคอาหาร/ พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้รับผิดชอบหลัก, อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์,
E-mail: swanalada@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



The Effects of a Planned Behavior Program on The Eating and Physical Activity Behavior of Overweight Late Primary School-Aged Children

Supalux Srithanya* Wanalada Thongbai** and Jeeraporn Kummabutr***

Abstract

Purpose: To examine the effects of a planned behavior program on the eating behavior and physical activity behavior in late primary school-aged children with overweight.

Method: Quasi-experimental design

Design: This study employed the theory of Planned Behavior as the framework. Simple random sampling was used in order to select a sample of children aged 10 to 12 years studying in the public school in, Saraburi, Thailand. The sample group was selected in accordance with the criteria and randomly chosen to be in the experimental group and control group. Thirty-five children in the experimental group were assigned to the 6-week behavioral change program and other 35 children in the control group received normal treatment. The duration of the study was 6 weeks for the experimental group. Eating behavior and physical activity questionnaires were used for collecting the data before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The mean score for the eating behavior and physical activity of the experimental group after the program was higher than on the pretest, with a statistical significance ($p < .01$). Further, the mean score for the eating behavior and physical activity behaviors of the experimental group was higher than that of the control group with a statistical significance of $p < .01$.

Conclusion: Nurses can use this program by coordinating with teachers and main caregivers in order to encourage children with obesity to develop appropriate behavior.

Keywords: planned behavior program/ late primary school-aged children/ overweight/ eating behavior/ physical activity

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University.

** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University, Research Advisor.

E-mail: swanalada@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University.



บทนำ

เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนเป็นหนึ่งในความท้าทายทางด้านสุขภาพในการจัดการปัญหาในยุคศตวรรษที่ 21 โดยเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วน คือ เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่าค่ามัธยฐานเกิน +3 SD. สถิติเด็กวัยเรียนทั่วโลกมีภาวะเริ่มอ้วน คือ มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่าค่ามัธยฐานเกิน +2 SD. มีจำนวนมากถึง 200 ล้านคน และในเด็กจำนวนดังกล่าวมีภาวะอ้วนถึง 40-50 ล้านคน¹ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่เด็กมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับหลายๆ ประเทศทั่วโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 เด็กไทยวัยเรียนมีภาวะอ้วนร้อยละ 10.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.74 ในปี พ.ศ. 2561 โดยพบว่ามีเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนอยู่ในทุกภาคของประเทศไทยและภาคที่พบความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด คือ ภาคกลาง จังหวัดสระบุรีเป็นจังหวัดในภาคกลางพบสถิติเด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติในปี พ.ศ. 2558-2561 พบร้อยละ 13.19, 14.69, 15.53 และ 18.43 ตามลำดับ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีมีเป้าหมายการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข² คือ ต้องลดจำนวนเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไม่ให้เกินร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ. 2564

เด็กวัยเรียนตอนปลายอายุ 10-12 ปี เป็นวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อ กระดูก สมอง หัวใจ การทำงานของฮอร์โมนและระบบประสาทมีผลต่อความคิดที่มีการพัฒนาขึ้น³ ดังนั้นเด็กวัยเรียนตอนปลายจึงเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง เนื่องจากเด็กวัยนี้สามารถตัดสินใจเลือกอาหารที่จะบริโภคและทำกิจกรรมทางกายได้ด้วยตนเอง เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวรไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

ปัญหาเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วนมีสาเหตุจากปัจจัยหลักคือ ปัจจัยด้านบุคคลและด้านสังคม

โดยด้านบุคคลพบว่าในเด็กที่มีภาวะอ้วนมีสาเหตุจากพันธุกรรม ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เด็กคิดว่าหากอ้วนสามารถลดน้ำหนักด้วยการรับประทานยาลดน้ำหนัก และเด็กรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมตามวัย รับประทานอาหารตามใจ รับประทานอาหารต่อมื่อจำนวนมากและวันละหลายมื้อ ทำให้เด็กได้รับปริมาณอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ส่งผลทำให้เด็กเกิดภาวะน้ำหนักเกินจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง⁴ รวมทั้งพบว่า เด็กไทยมีกิจกรรมทางกายลดลงจากร้อยละ 67.6 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 64.8 ในปี พ.ศ. 2558 หากจำแนกเด็กที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้น พบว่า ปฏิบัติกิจกรรมทางกายทุกวันตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 19.5 โดยเด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับกิจกรรมที่ใช้แรงน้อย ได้แก่ การดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์ การใช้อินเทอร์เน็ต เฉลี่ยวันละ 3.1 ชั่วโมง และมีแนวโน้มสูงขึ้น และยังมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น ทำให้มีกิจกรรมทางกายต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และขาดทักษะการเข้าสังคม⁵ ทั้งนี้พฤติกรรมกรรมการมีกิจกรรมทางกายตามท้องที่การอนามัยโลก⁶ และกระทรวงสาธารณสุข² กำหนดเกณฑ์ระดับการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับเด็กคือ การทำกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน ทุกวัน

ปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญสำหรับเด็กวัยเรียนคือ ครอบครัวและโรงเรียน โดยครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่จจะอบรมสั่งสอนบุตรให้มีระเบียบวินัย โดยผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายของเด็กจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูของครอบครัว สำหรับโรงเรียนถือเป็นอีกสถาบันหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของเด็ก เนื่องจากเด็กต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียนวันละประมาณ 8-9 ชั่วโมง วันต่อสัปดาห์ โดยครูเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและนักเรียนให้ความเคารพ เชื่อฟัง ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครูและผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญในเด็กวัยนี้³ ทั้งนี้พบว่าบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁷



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดกิจกรรมและโปรแกรมให้กับกลุ่มเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อลดอุบัติการณ์ที่ผ่านมา มีการใช้กลยุทธ์การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย⁸ โดยบางการศึกษาจะจัดกระทำเฉพาะกับเด็ก⁹ บางการศึกษาจัดกระทำเฉพาะเด็กและครู¹⁰ หรือการจัดกระทำเฉพาะเด็กกับครอบครัว¹¹ เด็กจึงไม่เกิดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างเพียงพอในระยะเวลาที่เหมาะสม¹²

การจัดการเพื่อช่วยให้เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ควรต้องส่งเสริมให้เด็กมีการวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม และได้รับการดูแลกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเด็ก ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen¹³ โดย Ajzen ให้ความหมายของพฤติกรรมตามแผนว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้นั้นขึ้นกับ 3 ปัจจัย คือ 1) ทศนคติต่อการกระทำนั้น 2) การคล้ายคลึงตามกลุ่มอ้างอิง 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะก่อให้เกิดความพยายามปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะ

น้ำหนักเกินจำเป็นต้องมีการให้ความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานในการปรับทัศนคติและการสร้างให้เด็กเกิดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่มีความต่อเนื่อง นอกจากการวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมโดยตัวเด็กเองแล้ว กิจกรรมที่กระตุ้นเตือนทั้งที่โรงเรียนและที่บ้านตามบริบทที่เหมาะสมกับเด็ก โดยการสนับสนุนจากครูและผู้ดูแลหลัก ซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลต่อเด็กในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กที่ถูกต้อง จะช่วยให้เด็กมีโอกาสร่วมประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตามแผน โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้ายคลึงตามกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเด็ก รวมทั้งส่งเสริมให้เด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการบริโภคอาหาร การทำกิจกรรมทางกายของเด็กที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมต่อไป



กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

1) การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อพฤติกรรมตามแผน เพื่อให้เด็กเกิดความตระหนักและมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ผ่านกิจกรรม

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน เพื่อประเมินความเชื่อและทัศนคติทั้งทางบวกและทางลบของเด็กเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- การดูวิดีโอ “ฝันร้ายของอ้วน” และร่วมกันอภิปรายพฤติกรรมทางบวกและทางลบของเด็กในวิดีโอ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- การเสริมความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมให้เด็กได้เห็นประโยชน์และโทษของการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม พร้อมมอบคู่มือ “ควบคุมหุ่นได้ด้วยตนเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก โดยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น คือ ครูและผู้ดูแลหลัก เป็นบุคคลกลุ่มอ้างอิง ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของเด็ก ผ่านกิจกรรม

- ครูกระตุ้นเตือนและสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมขณะอยู่โรงเรียน พร้อมทั้งชี้แนะ เสริมแรงแก่เด็กที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับเด็กที่สามารถปฏิบัติได้ ให้คำชมเชยและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อไป พร้อมมอบคู่มือสำหรับครูและจัดตั้งกลุ่มไลน์ หากครูต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

- ผู้ดูแลหลักแนะนำ เอาใจใส่ในการจัดเตรียมอาหาร ดูแลช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมขณะอยู่บ้าน พร้อมมอบคู่มือสำหรับผู้ดูแลหลักและจัดตั้งกลุ่มไลน์

3) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของเด็กในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน โดยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ความง่ายที่จะควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งทางด้านการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อสร้างโอกาสและการกระทำในพฤติกรรมนั้น ผ่านกิจกรรม

- “บัดดี้อ้วนหารเจ็ด” เพื่อแลกเปลี่ยนถึงความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

- Walk rally ได้แก่ ฐานออกกำลังกายไร้พุง ฐานกิจกรรมการจ่ายตลาด ฐานรู้ฉลาดอย่างฉลาด ฐานหนูจ่ายอดบันทึกลง และฐานรู้หุ่นด้วยตนเอง เพื่อเป็นการเสริมทักษะให้เด็กเรียนรู้ถึงความยากง่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- จัดประกวดผู้ที่มิคะแนนการบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายดีเด่น เพื่อให้เด็กเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการแข่งขันกับกลุ่มเพื่อนที่มีน้ำหนักเกินด้วยกัน

- ผู้วิจัยให้คำชมเชย กำลังใจ เสริมแรงทางบวก พร้อมทั้งมอบของรางวัลให้เด็กที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

พฤติกรรมตามแผน

1. ด้านการบริโภคอาหาร
2. ด้านการทำกิจกรรมทางกาย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 1 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 10-12 ปี กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 1 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2561 มีเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเมื่อเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง สำหรับเด็กอายุ 5-18 ปี ของเพศเดียวกันที่อายุเท่ากันของกรมอนามัย พ.ศ. 2542 มากกว่า 3 เท่า ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+3 S.D.)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียน โดยเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีนักเรียนมากกว่า 601 คนขึ้นไป ในจังหวัดสระบุรี สังกัดรัฐบาล ที่ไม่ได้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องมีระยะห่างกันมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล

เกณฑ์การคัดเข้าคือ ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพอื่นที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคกระดูก โรคสมาธิสั้น โรคทางจิตเวช เป็นต้น ไม่อยู่ระหว่างการรับประทานยาหรืออาหารลดน้ำหนัก หรือวิธีการใดๆ ในการรักษาเพื่อการลดน้ำหนัก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2¹⁴ ทดสอบด้วยสถิติที่แบบ 2 กลุ่ม (t-test: two groups) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) จากการศึกษาที่ผ่านมาของชินจิตต์ จันทรพร้อม¹⁵ ได้เท่ากับ 0.67 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 29 คน เนื่องจากการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 58 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁶ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) 35 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ (กลุ่มควบคุม) 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) กิจกรรมพิชิตน้ำหนักเกินสำหรับเด็ก ได้แก่ การบรรยาย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดกิจกรรมตามฐาน จำนวน 5 ฐาน 2) กิจกรรมวิเคราะห์ตนเอง สะท้อนความรู้สึก ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไข 3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็กและแนวทางการดูแลพฤติกรรมบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับครูและผู้ดูแลหลัก



2. คู่มือ “พิชิตน้ำหนักเกิน” สำหรับเด็ก สำหรับครู สำหรับผู้ดูแลหลัก และสื่อประกอบการสอน

3. แบบบันทึกพฤติกรรม “หนูจำ...ยอดบันทึก” โดยให้เด็กบันทึกการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของตนเองในแต่ละวัน

4. วิดีทัศน์ เรื่องฝันร้ายของอ้วน ซึ่งเป็นสื่อการสอนภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ของเครือข่ายคนไทยไร้พุง พ.ศ. 2552 โดยเนื้อหาจะช่วยให้เด็กเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องได้ด้วยตนเอง ความยาว 3.10 นาที

5. เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเสาวนีย์ ชูจันทร์¹⁷ โดยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ กรมอนามัย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่รับประทานเลย จนถึงรับประทานเป็นประจำ โดยให้ผู้ตอบระบุการบริโภคอาหารในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถามจำนวน 58 รายการ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสำรวจกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2558 สำหรับเด็กอายุ 10-13 ปี ของ อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล, พิโอน่า บุล และไมเคิล โรเซนเบิร์ก¹⁸ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินระยะเวลาของกิจกรรมจำแนกตามระดับความหนักของกิจกรรม มีคำถามจำนวน 33 ข้อ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้มีความเชี่ยวชาญทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะน้ำหนักเกินในเด็ก 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน ผู้วิจัยได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน ได้เท่ากับ 1 สำหรับแบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้เท่ากับ .95 และแบบสอบถามพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย ได้เท่ากับ 1 และนำไปหาความเที่ยงกับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยผลการทดสอบความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ¹⁶ (Test-retest reliability) ภายใน 2 สัปดาห์ พบว่า แบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และแบบสอบถามพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เลขที่ COA No.085/2561 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยเด็กและผู้ปกครองได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับ แล้วให้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงเรียน และครู เพื่อแนะนำตัวชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นแจกเอกสารแนะนำโครงการวิจัยให้ผู้ปกครองและขอความยินยอมให้เด็กเข้าร่วมโครงการวิจัย แจกเอกสารสำหรับเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือ



และลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นนัดหมายวันเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม มีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับครู ผู้ปกครอง และนักเรียนเพื่อขอความร่วมมือระหว่างการทำนันทนาการ
2. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย คือ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรบุรี จำนวน 4 คน
3. เตรียมสื่อการสอนอุปกรณ์ต่างๆ และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

ขั้นดำเนินการ จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน รวมเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินแก่ครูและผู้ดูแลหลัก สำหรับเด็ก ผู้วิจัยให้เด็กตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) และจัดกิจกรรมพิชิตน้ำหนักเกิน ดังนี้

1. บันทึกการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินน้ำหนักของตนเองจากกราฟ
2. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แนะนำสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน
3. กิจกรรม Body Paint เพื่อให้เด็กค้นหาสาเหตุของภาวะอ้วน นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. บรรยาย “รู้ไว้พิชิตน้ำหนักเกิน” พร้อมแจกคู่มือการควบคุมน้ำหนัก “ควบคุมหุ่นได้ด้วยตนเอง”
5. กิจกรรมเสริมความรู้หลักการบริโภคอาหารตามไพเราะและหลักการทำกิจกรรมทางกาย
6. กิจกรรมภาคปฏิบัติตามฐาน Walk rally “จัดการอย่างไรหนอ...กับความอ้วนของหนู”
7. กิจกรรม “หัวใจจำหนูทำได้” และแจ้งการจัดประกวดผู้ที่มีการบันทึกพฤติกรรมดีเด่น

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรม Theater “ฝันร้ายของอ้วน” และกิจกรรมวิเคราะห์ตนเองว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในสัปดาห์แรกหรือไม่

สัปดาห์ที่ 3 ประชุมครูประจำชั้นและประชุมผู้ดูแลหลัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็ก

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “บัดดี้อ้วนหารเจ็ด” เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย โดยผู้วิจัยชี้แนะ เสริมแรงแก่เด็กที่ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ ส่วนเด็กที่สามารถปฏิบัติได้ให้คำชมเชยและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการควบคุมน้ำหนัก เพื่อวิเคราะห์ตนเอง สะท้อนความรู้สึก ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไข

สัปดาห์ที่ 6 ประกาศผลผู้บันทึก “หนูจำยอดบันทึก” ดีเด่น และประเมินการบรรลุเป้าหมายและการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากกิจกรรม “หัวใจจำหนูทำได้” ของสัปดาห์แรก และตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post- test)

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม Pre-test พร้อมนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถาม Post- test และจัดกิจกรรมพิชิตน้ำหนักเกิน พร้อมทั้งมอบคู่มือ “ควบคุมหุ่นได้ด้วยตนเอง” เช่นเดียวกับเด็กกลุ่มทดลองเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถนำไปปฏิบัติได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square, Dependent t- test, Independent t- test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



ผลการวิจัย

เมื่อทดสอบความแตกต่างเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ร่างของตนเอง บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลและจัดเตรียมอาหารที่บ้าน และประสบการณ์การควบคุมน้ำหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
1. พฤติกรรมการบริโภค							
อาหาร							
กลุ่มทดลอง (n=35)	114.96	4.22	149.63	7.54	24.24	34	.00
กลุ่มควบคุม (n=35)	110.89	4.71	110.63	5.39	.24	34	.41
2. พฤติกรรมในการทำกิจกรรม							
ทางกาย							
กลุ่มทดลอง (n=35)	25.51	5.55	33.29	3.44	8.91	34	.00
กลุ่มควบคุม (n=35)	27.66	6.12	27.54	5.82	.41	34	.34

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย ของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD.	t-test	df	p-value
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง (n=35)	149.63	7.54	24.91	68	.00
กลุ่มควบคุม (n=35)	110.63	5.39			
2. พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย					
กลุ่มทดลอง (n=35)	33.29	3.44	5.03	68	.00
กลุ่มควบคุม (n=35)	27.54	5.82			

อภิปรายผล

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนในเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน (Theory of planned behavior)¹³ เป็นกรอบแนวคิด โดยจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย พบว่า ด้านการบริโภคอาหารของเด็กเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม พบว่า ด้านที่ 1 คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมตามแผน ผ่านกิจกรรม Body Paint โดยการให้เด็กค้นหาสาเหตุที่ทำให้ตนเองมีภาวะน้ำหนักเกิน นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม เพื่อประเมินความเชื่อและทัศนคติทั้งทางบวกและทางลบของเด็กเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก โดยเด็กสามารถบอกถึงสาเหตุของการทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ หลังจากประเมินแล้วผู้วิจัยได้เสริมความรู้ด้าน

การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ด้านที่ 2 คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมตามแผน (Subjective norm) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คือ ครู และผู้ดูแลหลัก เนื่องจากครูและผู้ดูแลหลักมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของเด็ก ทั้งนี้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมทั้งเสริมความรู้และแนวทางในการดูแลเด็กทั้งที่โรงเรียนและที่บ้านให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านที่ 3 คือ การเสริมการรับรู้ความสามารถของเด็กในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนด้วยตนเอง โดยเด็กได้ฝึกทักษะผ่านกิจกรรมภาคปฏิบัติตามฐาน Walk rally ได้แก่ ฐานกิจกรรมจ่ายตลาด เป็นการให้เด็กเลือกอาหารและให้ช่วยกันแยกว่าอาหารที่เลือกอยู่โซนไฟจราจรสีใด และกิจกรรมรู้ฉลาด อย่างฉลาด เป็นการฝึกทักษะการอ่านฉลากอาหาร และร่วมกันตรวจสอบอาหารที่รับประทานว่ายอยู่ในโซนใดตามหลักโซนสีไฟจราจร โดยทั้งสองฐานนี้เป็นอาหารที่เด็กชอบรับประทานในชีวิตประจำวัน ทำให้เด็กรับรู้ได้ว่าการเลือกบริโภคอาหารมีความยากหรือง่ายเพียงใด หากเด็กมีประสบการณ์ที่ต้องใช้ในการเลือกบริโภคย่อมเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะควบคุมการบริโภคให้ถูกหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Tuntiakara¹⁹ ที่ได้ศึกษาพบว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลายครั้งจะช่วยให้เด็กมีความเข้าใจและปฏิบัติตาม ทำให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นและภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น²⁰



พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการควบคุมน้ำหนักโดยการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้เด็กเกิดทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย การให้กลุ่มตัวอย่างฝึกวางแผนจัดเวลาการทำกิจกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเองตามหลักการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนจากครูและผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเด็ก อีกทั้งการจดบันทึกพฤติกรรมในการทำกิจกรรมทางกายของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน โดยหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบร่วมกัน พร้อมทั้งเสริมแรงโดยให้คำชมเชยและให้กำลังใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลอนามัยโรงเรียนสามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนไปใช้ เพื่อควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็ก โดยประสานความร่วมมือกับทางโรงเรียน อาทิเช่น ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น ครูพล และนักโภชนาการของโรงเรียน รวมถึงผู้ปกครองของเด็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ควรมีการกำหนดบทบาทของครูและผู้ดูแลหลักในการดูแลและกระตุ้นเตือนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กให้มีความชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันสำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินทุกคน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนทุนวิจัย ประเภททุนวิจัยทั่วไป สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จากเงินกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2561 สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้



References

1. International Obesity Task Force. A simple guide to classifying body mass index in children. 2014. Retrieved June 18, 2017, Retrieved from http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_11601_A_simple_guide_to_classifying_BMI_in_children.pdf.
2. Ministry of Public Health. Promotion & Prevention Excellence [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018 [cited 2019 Mar 12]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (In Thai)
3. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's Nursing Care of infants and children. 9th ed. St Louis: Mosby/Elsevier; 2011.
4. Chaiyasung P, Yakasem P, Chuthongrat N. Factors predicting food consumption behaviors of overweight elementary school students, grade 4-6. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2014;20(1):30-43. (In Thai)
5. Amomsriwatanakul A, Nakornkhet K, Katewongsa P, Choosakul C, Kaewmanee T, Konharn K, Purakom A, et al. Results from Thailand's 2016 report card on physical activity for children and youth. Journal of Physical Activity and Health 2016; 13(2):S291-8.
6. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: Blossoming. it; 2010.
7. Noin K. Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(1):1-8. (In Thai)
8. Ounnapirok L, Leelahakul V, Bunnag A, Autthakornkovit C. The effects of a health promotion program on the physical activity in overweight primary school children. Journal of Nursing Science 2011;29(2):15-26. (In Thai)
9. Pichairat A, Tato R, Rodcumdee B. Effect of health alliance nursing program on food consumption and exercise behaviors in obese school age children. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2013;29(1):121-34. (In Thai)
10. Rosario R, Oliveira B, Araujo A, Lopes O, Padrao P, Moreira A, et al. The impact of an intervention taught by trained teachers on childhood overweight. International Journal of Environment Research and public Health 2012; 9(4):1355-67.
11. Yaemmen P, Duangsong R. The effects of health promotion program by application of Health Belief Model and Social Support on behavioral modification for weight control among overweight students at level 5 of primary school, Muang District, Phitsanulok Province. KRU Research Journal (Graduate Studies) 2012;12(1):57-67. (In Thai)



12. Chaisri J, Klungtumneim K, Buajarean H. Clinical nursing practice guideline for management of obesity in children: the synthesis of thesis. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(2): 360-7. (In Thai)
13. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes 1991;50(2):179-211.
14. Orathai P, Phumonsakul S. Power analysis and sample size estimation using G*Power program. Bangkok:pimdee; 2013.
15. Chunechit C, Duangsong R. Effects of a health promotion program for weight control among primary school student, level 4-6, Mueang district, Khon Kaen province. KKU Journal for public health Research 2013;6(4):1-9. (In Thai)
16. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U & I intermedia; 2010.
17. Choojan S, Thongbai W, Kummabutr J. The effect of self- efficacy family support promotion program on consumption behavior among late school- aged children with overweight. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2016;32(1):31-43. (In Thai)
18. Amornsriwatanakul A, Bull F, Rosenberg M. Thailand Physical Activity Children Survey-Version 10-13 (TPACS V10-13) [Internet]. Perth: Thailand Physical Activity Research Centre and University of Western Australia; 2015 [cited 2017 Feb 9]. Available from: <http://padatabase.net/uploads/files/uploads/1499146003-StudentQ1013FinalCoveringTH.pdf>
19. Tuntiakara S, Thongbai W, Takviriyannun N. The effectiveness of obesity prevention program on eating and physical activity behaviors among overweight school aged children. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2015; 31(3):47-61. (In Thai)
20. Institute of Medical Research and Technology Assessment, Ministry of Public Health. Clinical practice guideline of preventing and caring obesity. Bangkok: The agricultural co-operative federal of Thai and Ltd; 2010. (In Thai)



บทความวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ*

วิราภรณ์ ชีระวุฒิ** และรุ่งระวี นาวีเจริญ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11 พระราม 1 ปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic ovary syndrome : PCOS)

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ วัยผู้ใหญ่ อายุ 18-44 ปี จำนวน 157 คน มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลราชวิถี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยง มีค่าเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.87, SD. = 0.52) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (Mean = 4.38, SD. = 0.69 และ)และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Mean = 4.39, SD. = 0.75) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Mean = 4.20, SD. = 0.81) ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Mean = 3.90, SD. = 0.76) ด้านบทบาททางสังคม (Mean = 4.20, SD. = 0.70) และ ด้านสุขภาพจิตทั่วไป (Mean = 3.53, SD. = 0.69) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความกระฉับกระเฉง (Mean = 2.87, SD. = 0.86) และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (Mean = 3.18, SD. = 0.90)

สรุป: พยาบาลควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ เพื่อการวางแผนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มนี้ร่วมกับการดูแลสุขภาพของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ / ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ / สตรี

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562, 31(2) : 98-111

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์,
Email: Rungrawee.N@chula.ac.th

* งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ



Health-related Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome

Wiraporn Theerawut* and Rungrawee Naweecharoen**

Abstract

Purpose: To study the health-related quality of life (HR-QOL) in women with polycystic ovary syndrome (PCOS).

Design: Descriptive research

Methods: Descriptive research was designed and conducted with 157 women with PCOS, aged 18-44 years, who received treatment at the out-patient departments of Gynecology at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Siriraj Hospital and Rajavithi Hospital, and all of them were selected by using multi-stage sampling technique. Data were collected using a personal characteristic form and the HR-QOL questionnaire whose content validity was examined by 5 experts and their Cornbrash's alpha coefficients was at .88. The data were analyzed later using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Findings: The majority of women with PCOS had HR-QOL scored at a good level (Mean = 3.87, SD = 0.52). Domains analysis showed the domain scores at an excellent level includes role limitations due to physical problems (Mean = 4.38, SD = 0.69) and due to emotional problems (Mean = 4.39, SD = 0.75). Meanwhile, the domain scores at a good level includes physical functioning (Mean = 4.20, SD = 0.81), body pain (Mean = 3.90, SD = 0.76), social functioning (Mean = 4.20, SD = 0.70) and general mental health (Mean = 3.53, SD = 0.69). The domain scores at a moderate level were vitality (energy/fatigue) (Mean = 2.87, SD = 0.86) and general health perceptions (Mean = 3.18, SD = 0.90).

Conclusion: Nurses should assess the health-related quality of life in women with PCOS in order to enable themselves to efficiently plan for better improving the health-related quality of life of this woman group along with treatment from other health team providers.

Keywords: Health-related quality of life/ polycystic ovary syndrome/ women

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.
Email: Rungrawee.N@chula.ac.th



บทนำ

ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic ovary syndrome : PCOS) กำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ จากการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ พบว่า อุตติการณ์สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 6-10 ของประชากรทั่วโลก¹ ตามเกณฑ์บ่งชี้ของ National institutes of Health 1990 criteria และถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Androgen excess and PCOS society 2006² หรือ Rotterdam 2003³ อาจพบอุบัติการณ์ได้มากกว่าโดยพบถึงร้อยละ 10-15 และ 6-21 ตามลำดับ

สตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic ovary syndrome : PCOS) พบกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญทางเคมีของร่างกาย (Metabolism syndrome) ที่เกิดจากการสร้างฮอร์โมนผิดปกติของรังไข่ร่วมกับมีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อทางนรีเวชที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ ไขมันเป็นสิวมักพบร้อยละ 15-30 ภาวะขนดกพบร้อยละ 70⁴ มีอาการรอบเดือนผิดปกติพบร้อยละ 85-90 รอบเดือนขาดพบร้อยละ 30-40 มีประวัติมีบุตรยากพบร้อยละ 40 เยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัวผิดปกติพบร้อยละ 3 และมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกพบร้อยละ 9⁵ มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน⁶ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีเกิดภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ ประกอบด้วย ภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง การทำงานผิดปกติของไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ความผิดปกติด้านพันธุกรรม การทำงานผิดปกติของต่อมหมวกไต และภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance)⁷

การรักษาสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ ต้องการการรักษาที่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย การลดน้ำหนัก ร่วมกับมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด การรักษาด้วยการใช้ยา ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม มักพบอาการ

ข้างเคียงได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ลดน้ำหนักยาก^{7,8} ยาลดการต้านอินซูลิน และหากการรักษาทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาไม่สัมฤทธิ์ผลจำเป็นต้องใช้การผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง และใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าจี้ไปที่ตำแหน่งของไข่ที่ไม่สามารถเจริญต่อไปได้ อาการต่าง ๆ จึงลดลง⁹

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและผลของการรักษาต่อต้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เจ็บป่วยบ่อยต้องมารับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทาง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษา หยุดงานบ่อยขึ้น ไม่กระฉับกระเฉง ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทในครอบครัวได้เต็มที่ มีบุตรยาก มีภาวะเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิดลดลง ซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีมีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ^{4, 8, 10}

จากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware และ Sherbourne¹¹ ที่ระบุว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยและผลของการรักษาของบุคคล ที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและบทบาทหน้าที่และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป เมื่อนำมาผสมผสานกับคำว่า สตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ จึงหมายถึง การรับรู้ของสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลของการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและบทบาทหน้าที่และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่ง Ware และ Sherbourne¹¹ กำหนดมิติออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical functioning) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (Role limitation due to physical problems) ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily pain) ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role limitation due to emotional problems) ด้านความกระฉับกระเฉง (Vitality : energy/fatigue) และด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (General



health perceptions) การเจ็บป่วยและการรักษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม Dey¹² ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มนี้ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในด้านบทบาททางสังคม ด้านสุขภาพจิตทั่วไป และด้านความกระฉับกระเฉง อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Coffey และ Bano¹³ ที่สำรวจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มนี้เช่นกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยในด้านความกระฉับกระเฉงและด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป มีระดับต่ำ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีกลุ่มนี้ในประเทศไทย ถึงแม้มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ แต่ไม่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทยได้โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ จึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีกลุ่มนี้ เพื่อมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร สตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-44 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ และได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกนรีเวชกรรม ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-44 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ

และได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกนรีเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ด้วยการสุ่มจากสังกัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี ร่วมกับวิธีสุ่มอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ด้วยการระบุเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) สตรี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ 2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย 3) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุย ได้ตอบ และอ่านออก เขียนได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Thorndike¹⁴ คือ $n \geq 10k + 50$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 130 คนและเพื่อป้องกันการเสียหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 161 คน คัดออกเนื่องจากแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 4 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 157 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลเอง และส่วนที่ 1.2 แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษา โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short Form-36 Health Survey (SF-36) ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย วชิร เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม¹⁵ มีจำนวนข้อคำถามเดิม 36 ข้อ ซึ่งมีมาตราวัดแต่ละรายด้านแตกต่างกันและต่อมา Makboonnee¹⁶ ได้นำมาพัฒนาให้ทุกมิติมีมาตราวัดให้เป็น 5 ระดับที่เท่ากัน สรุปรวม



ข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่
 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 3 ข้อ (ข้อ 3.1-3.3) 2) บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางด้านร่างกาย 3 ข้อ (ข้อ 4.1-4.3) 3) ความเจ็บปวดของร่างกาย 2 ข้อ (ข้อ 7-8) 4) บทบาททางสังคม 2 ข้อ (ข้อ 6 และ 10) 5) สุขภาพจิตทั่วไป 3 ข้อ (ข้อ 9.2-9.4) 6) บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางด้านอารมณ์ 3 ข้อ (ข้อ 5.1-5.3) 7) ความกระฉับกระเฉง 1 ข้อ (ข้อ 9.1)

คะแนน 1.00-1.80

คะแนน มากกว่า 1.80-2.60

คะแนน มากกว่า 2.60-3.40

คะแนน มากกว่า 3.40-4.20

คะแนน มากกว่า 4.20-5.00

8) การรับรู้สุขภาพทั่วไป 4 ข้อ (ข้อ 1 และ 11.1-11.3)

การคิดคะแนน คิดคะแนนเพียง 21 ข้อ เนื่องจากคำถามข้อที่ 2 เป็นคำถามอิสระเปรียบเทียบกับสุขภาพไม่นำมาคิดคะแนน⁽¹¹⁾ ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ คะแนนรวมทั้งหมดคือ 21-105 คะแนน แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยโดยหารด้วย 21 ข้อ เกณฑ์และการแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ วรณย์พันธ์ มากบุญดี¹⁶ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำที่สุด

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพปานกลาง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ จำนวน 5 ท่าน ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .98 ภายหลังปรับแก้ไขข้อคำถามแล้วจึงนำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอจริยธรรมจากหน่วยงานต่างๆ และได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในคนของ 3 โรงพยาบาล ดังนี้ 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (IRB No.504/2561) 2) โรงพยาบาลศิริราช (IRB No.627/256) และ 3) โรงพยาบาลราชวิถี (IRB No.143/2561) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิได้แก่ กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

อธิบายประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และข้อมูลในแบบสอบถามถือเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 ต.ค.61 ถึง 22 เม.ย.62 เป็นระยะเวลา 7 เดือน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย หนังสืออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้กลุ่มตัวอย่าง



อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยจึงมอบแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ระบุคำตอบในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล, ลักษณะข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n=157 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
อายุ 18-24 ปี	54	34.4
อายุ > 24-35 ปี	87	55.4
อายุ > 35-44 ปี	16	10.2
(Mean = 27.85, SD. = 5.93, Min = 18 ปี Max = 44 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	131	83.4
คู่	26	16.6
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	146	93
มีบุตร	11	7
จบการศึกษาในระดับ		
ประถมศึกษา	3	1.9
มัธยมศึกษา/ปวช.	39	24.8
ปวส./อนุปริญญา	6	3.8
ปริญญาตรี	89	56.7
สูงกว่าปริญญาตรี	20	12.7



ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n=157 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	7.0
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	46	29.3
ค้าขาย/เจ้าของกิจการเอง/เกษตรกร	13	8.6
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	48	30.6
อื่นๆ เช่น นักศึกษา	39	24.8
ลักษณะอาชีพ		
ทำงานตามเวลาราชการ	100	63.7
ทำงานเป็นช่วงเวลา/เป็นกะเช้า บ่าย ดึก	37	23.6
ทำงานตามอิสระ	20	12.7
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	12	7.6
5,001-10,000	17	10.8
10,001-15,000	44	28.0
15,001-20,000	25	15.9
20,001-25,000	20	12.7
25,001-30,000	18	11.5
มากกว่า 30,000 ขึ้นไป	21	13.4
(Mean = 21,690.22, SD. = 19,212.62, Min = 0, Max = 178,200)		
สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล**		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22	14
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	35	22.3
ประกันสังคม	70	44.6
ประกันชีวิต	9	5.7
ผู้ใกล้ชิดที่ให้คำปรึกษา และสนับสนุนสิ่งต่างๆ		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีผู้ให้คำปรึกษา	9	6.4
บิดา/ มารดา	126	80.3
สามี	18	11.5
พี่/ น้อง	51	32.5
บุตร	1	0.6
เพื่อน	66	42



ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=157 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคลากรทางสุขภาพที่ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์นรีเวชกรรม	142	90.4
แพทย์เฉพาะทางต่อมไทรอยด์	33	21
แพทย์ผิวหนัง	18	11.5
แพทย์จิตเวช	2	1.3
พยาบาลในคลินิกนรีเวชกรรม	57	36.3
พยาบาลในคลินิกต่อมไทรอยด์	35	22.3
พยาบาลในคลินิกผิวหนัง	2	1.3

จากตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ อายุระหว่าง 18-44 ปี อายุเฉลี่ย 27.85 ปี (SD. = 5.93) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 131 คน (ร้อยละ 83.4) ไม่มีบุตร จำนวน 146 คน (93) การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 89 คน (ร้อยละ 56.7) ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 30.6) รายได้อยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท จำนวน 44 คน (ร้อยละ 28)

ลักษณะอาชีพทำงานตามเวลาราชการ จำนวน 100 คน (ร้อยละ 63.7) มีความเพียงพอของรายได้จำนวน 124 คน (ร้อยละ 79) สิทธิการรักษา คือ ใช้สิทธิ์ประกันสังคม จำนวน 70 คน (ร้อยละ 44.6) ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา จำนวน 126 คน (ร้อยละ 80.3) และได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากแพทย์นรีเวชกรรม จำนวน 142 คน (ร้อยละ 90.4)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (n=157 คน)

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ		
น้อยกว่า 1 ปี	81	51.6
1 ปี – ไม่เกิน 2 ปี	43	27.4
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	33	21
(Mean = 15.99, SD. = 15.99, Min = 1, Max = 96 (เดือน))		
ได้รับคำแนะนำปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต	123	78.3
การใช้ยาปรับฮอร์โมน	153	97.5
การผ่าตัด	0	0
การใช้ยาปรับฮอร์โมนร่วมกับการผ่าตัด	0	0



ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (n=157 คน)

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของการรักษาทางเลือกนอกเหนือจากแพทย์แผนปัจจุบัน		
การใช้สมุนไพร	18	11.5
ไม่มี	139	88.5
อาการของภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ		
ความผิดปกติของรอบเดือน	74	47.1
หน้ามันเป็นสิว	131	83.4
ภาวะขนดก	73	46.5
ผิวหนังหนาคล้ำบริเวณหลังคอ รักแร้	74	47.1
ผมร่วง	92	58.6
โรคประจำตัวที่เป็นโรคร่วม/โรคเรื้อรัง		
ไม่มี	100	63.7
มี 1 โรค	43	27.4
มี 2 โรค	11	7
มี 3 โรค	3	1.9
(ต่ำสุด = 0, สูงสุด = 3 โรค)		
โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบาหวาน	22	14
ไขมันในเลือด	14	8.9
ความดันโลหิตสูง	12	7.6
อื่น ๆ หอบหืด ไวรัสตับอักเสบ บี ไมเกรน ภาวะแพ้อาหาร	28	17.8
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
(Mean = 68.22, SD. = 20.12, Min = 39.20, Max = 137)		
ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา		
น้ำหนักเพิ่มขึ้น	78	49.7
น้ำหนักลดลง	29	18.5
น้ำหนักคงที่	50	31.8
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	14	8.9
ปกติ (18.5-22.9)	48	30.6
ท้วม (23-24.9)	12	7.6
อ้วนระดับ 1 (25-29.9)	39	24.8
อ้วนระดับ 2 (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ขึ้นไป)	44	28.1
(Mean = 26.19, SD. = 6.93, Min = 15.77, Max = 45.27)		



จากตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะเวลาเฉลี่ยของการได้รับการวินิจฉัย 15.99 เดือน (SD. = 15.99) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ 51.6) ได้รับการรักษาโดยได้รับยาฮอร์โมนจำนวน 153 คน (ร้อยละ 97.5) รองลงมาเป็นการได้รับคำแนะนำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองจำนวน 123 คน (ร้อยละ 78.3) ไม่มีโรคประจำตัว/โรคร่วมเรื้อรัง จำนวน 100 คน (ร้อยละ 63.7) มีจำนวนโรคประจำตัว/โรคร่วมเรื้อรัง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 36.3) เป็นเบาหวานจำนวน 22 คน (ร้อยละ 14) รองลงมาเป็นไขมันในเลือดจำนวน 14 คน (ร้อยละ 8.9) ดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับปกติ ($18.5-22.5 \text{ kg/m}^2$) จำนวน 48 คน (ร้อยละ 30.6) รองลงมาคือ อ้วนระดับ 1 ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$ ขึ้นไป) จำนวน 39 (ร้อยละ 24.8) ในระยะเวลา 3 เดือนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น จำนวน 78 คน (ร้อยละ 49.7)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.87, SD. = 0.52) และเมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 8 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบที่อยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (Mean = 4.39, SD. = 0.75 และ Mean = 4.38, SD. = 0.69 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านบทบาททางสังคม ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย และด้านสุขภาพจิตทั่วไป (Mean = 4.20, SD. = 0.81; Mean = 4.20, SD. = 0.70; Mean = 3.91, SD. = 0.76; Mean = 3.53, SD. = 0.70) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปและด้านความกระฉับกระเฉง (Mean = 3.19, SD. = 0.90; Mean = 2.87, SD. = 0.86) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (n=157 คน)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	SD.	การแปลผล
1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	4.20	0.81	ดี
2. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย	4.38	0.69	ดีมาก
3. ความเจ็บปวดของร่างกาย	3.91	0.76	ดี
4. บทบาททางสังคม	4.20	0.70	ดี
5. สุขภาพจิตทั่วไป	3.53	0.70	ดี
6. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์	4.39	0.75	ดีมาก
7. ความกระฉับกระเฉง	2.87	0.86	ปานกลาง
8. การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป	3.19	0.90	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	3.87	0.52	ดี



อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ ดังนี้คือ ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ และจากผลการศึกษาในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ จำนวน 157 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 3.87$, $\text{SD.} = 0.52$)

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการศึกษานี้บ่งชี้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยเจริญพันธุ์และอยู่ในวัยทำงาน (อายุ 18-44 ปี) มีรายได้และเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.6 เมื่อประเมินจากด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่อยู่ในระดับดี และยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องออกแรงระดับปานกลางถึงระดับมากได้ สามารถทำกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน เช่น กวาดดูบ้าน เล่นกีฬาเบา ๆ ยังคงยกถือของเวลาไปตลาดได้เอง ช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย และไม่ต้องลดระยะเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถทำงานได้สำเร็จตามที่ต้องการ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่าง ความมั่งคั่งฐานะอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 และ 2 ร้อยละ 52.90 (คิดเป็น 83 คน) การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไประดับปานกลางอาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง มากกว่า 1 โรค ถึง 36.3 (คิดเป็น 57 คน) และ เป็นเบาหวาน 22 คน ความดันโลหิตสูง 12 คน และไขมันในเส้นเลือด 14 คน มีอาการปวดตามร่างกายเล็กน้อย และยังคงมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และเพื่อนร่วมงาน มีความรู้สึกหงุดหงิดบางครั้ง แต่ไม่รู้สึกหดหู่หรือไม่ร่าเริง ทำให้ไม่เกิดความเครียด วิตกกังวล รวมทั้งมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่ ทั้งบิดา มารดา เพื่อน เพื่อนร่วมงาน เป็นกำลังใจ คอยช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ จากที่กล่าวมา สอดคล้อง

กับแนวคิดของ Ware และ Sherbourne¹¹ ที่ระบุว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและผลของการรักษาของบุคคล ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางด้านการร่างกาย จิตใจ สังคมและบทบาทหน้าที่และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และสอดคล้องกับงานวิจัย ของ Jones และคณะ¹⁷ ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบระหว่างชาวเอเชียใต้กับชาวผิวขาว เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าสตรีชาวเอเชียใต้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านการร่างกาย ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม ด้านสุขภาพจิตทั่วไป และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านการอารมณ์ ส่วนด้านความกระฉับกระเฉง และด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน (อายุ 20-42 ปี) เช่นกัน สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติและสังคมวัฒนธรรมและครอบครัวของชาวเอเชียใต้ เป็นลักษณะที่คล้ายคลึงกันกับสังคมไทย คือเป็นสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน อยู่กันเป็นระบบเครือญาติ ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ตามงานนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศ ได้แก่ Coffey และคณะ¹³ ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบกับสตรีปกติในเมืองลอนดอน สหราชอาณาจักร ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านการร่างกาย ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย และด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม ที่เหมือนกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้



เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัยทำงานเช่นเดียวกัน (อายุ 17-41 ปี) และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงาน แต่ในด้านสุขภาพจิตทั่วไป และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมของทางยุโรปส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวมีความผูกพันกับเครือญาติไม่มากนัก ซึ่งแตกต่างจากสังคมไทยที่เป็นสังคมครอบครัวใหญ่มีความผูกพันในเครือญาติ ช่วยเหลือสนับสนุน พึ่งพาอาศัยกัน ดูแลกันเมื่อยามเจ็บป่วย มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่ให้คำปรึกษา เป็นกำลังใจ คอยช่วยเหลือ

สรุปจากงานวิจัย การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พบรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความกระฉับกระเฉง และด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองปัญหา และให้คำแนะนำในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีแก่สตรีกลุ่มนี้ ซึ่งทำให้พยาบาลได้เรียนรู้ถึงปัญหาของสตรีกลุ่มนี้ ที่จะนำไปใช้ตามข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งแตกต่างกับ

บริบทของสังคมต่างจังหวัด ทำให้อาจมีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทางด้านคลินิก ควรจัดให้มีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ เพื่อคัดกรองปัญหาและให้การวางแผนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มนี้ร่วมกับการดูแลรักษาของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดียิ่งขึ้น

2. ทางด้านการพยาบาล ควรจัดอบรมด้านการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ แก่พยาบาลที่ให้บริการและดูแลสตรีกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสตรีที่มีภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



References

1. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Jama*. 2002;287(3):356-9.
2. Ricardo Azziz, David A. Ehrmann. Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) Patient Guide 2010 [Available from: www.hormone.org].
3. Rotterdam. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*. 2004; 81(1):19-25.
4. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clinical Epidemiology* 2014; 6:1-13. doi: 10.2147/CLEP.S37559.
5. Indhavivadhana S, Rattanachaiyanont M, Wongwananuruk T, Techatraisak K, Tanmahasamut P, Dangrat C. Hyperandrogenemia is associated with thin endometrium in reproductive-Aged Thai women with polycystic ovary syndrome. *Asian Biomedicine* 2013; 7(4):545-51. doi: 10.5372/1905-7415.0704.210.
6. Velija-Asimi Z, Burekovic A, Dujic T, Dizdarevic-Bostandzic A, Semiz S. Incidence of prediabetes and risk of developing cardiovascular disease in women with polycystic ovary syndrome. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*. 2016;16(4):298-306.
7. Rattanachaiyanont M, Wongwananuruk T. Abnormal Menstruation. Bangkok: P.A. Living; 2550. p.163-89.
8. Tongsong T. Gynecology. 4th ed. Chiangmai: laxmirung; 2559. p.546-55 .
9. Mirghafourvand M, Charandabi SM-A, Lak TB, Aliasghari F. Relationship Between Health-Promoting Lifestyle and Quality of Life in Women With Polycystic Ovarian Syndrome. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2017;5(4):318-23.
10. Deeks AA, Gibson-Helm ME, Teede HJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertility and Sterility*. 2010;93(7):2421-3.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 1992;30(6): 473-83.
12. Dey P. Quality of life of women with polycystic ovarian syndrome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2018;7(7): 2586-9.
13. Coffey S, Bano G, Mason HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: A comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecological Endocrinology*. 2006; 22(2):80-6.



14. Thorndike. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press; 1978.
15. Leurmarukul W. Meetam P. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). Thai J. Pharm 2005;29(1-2): 69-88.
16. Makboonmee W. Factors related to diabetic nurse abilities at hospitals in eastern region of thailand [Master thesis, Nursing science program]. Chonburi: Burapha University; 2012. (In Thai)
17. Jones GL, Palep-Singh M, Ledger WL, Balen AH, Jenkinson C, Campbell MJ, et al. Do South Asian women with PCOS have poorer health-related quality of life than Caucasian women with PCOS? A comparative cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2010;8(1): 149.



บทความวิจัย

การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อริสรา สุขวังนี้* และ อัญชลีพร อมาตยกุล**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 63 หมู่ 7 อังครักษ์ นครนายก 26120

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพัฒนาความสามารถและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

แบบแผนการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง 38 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย: 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแล กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 4 วันก่อนผู้ป่วยถูกจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและจำนวนผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อน-หลังเข้าร่วมวิจัยด้วยสถิติ paired samples t – test ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้านการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้และผู้ป่วยที่รับประทานทางสายให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกายและการดูแลการขับถ่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย แต่คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูร่างกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ผลการสัมภาษณ์พบว่า การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงช่วยเพิ่มทักษะการดูแลของผู้ดูแลสรุป: ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยผู้ดูแลควรได้รับการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ดูแลและได้รับการประเมินผลการดูแลว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความสามารถในการดูแล/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ ผู้ดูแล

* อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ



The Development of Competencies of Caregivers in Caring Stroke Patients

Arissara Sukwatjane^{*} and Anchaleeporn Amatayakul^{**}

Abstract

Purpose: To study development of care competencies and experience of caregivers in caring stroke patients

Design: Pre-experimental research

Methods: A sample comprised 38 stroke patients' caregivers. The research instruments used in the study included 1) a personal information form and 2) care competencies of caregivers in caring stroke patient questionnaires. Knowledge and skills in caring stroke patients were provided to the caregivers through an intensive training for four days prior to patient discharge. Data of personal information and numbers of caregivers who have ability in caring activities of their patients were analyzed with Descriptive Statistics. The differences between the mean scores of caregivers' competencies in caring stroke patients before and after the training were analyzed by using paired samples t – test. In addition, the interviewed data was analyzed by using content analysis method.

Findings: The results revealed that the mean score of caring competencies among caregivers about food preparation for patients who have ability to eat, food preparation for patients who have tube feeding, body cleansing, and caring of excretory system was significantly higher than that before participating in the study. However, the mean score of caring competencies among caregivers about body rehabilitation was significantly lower than that before participating in the study, $p < .05$. Interviewed result showed knowledge gained from practice with stroke patients increasing caring skills among caregivers.

Conclusion: Caregivers should be trained and evaluated the competencies in Caring Stroke Patients before patients were discharged from hospital for care effectively.

Keywords: Caring Competency/ Stroke Patient/ Caregiver

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2019, 31(2) : 112-125

Article info: Received June 19, 2019; Revised August 13, 2019; Accepted August 29, 2019.

^{*} Nursing Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

^{**} Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Bangkok 10210. Email: anchaleeporn.ama@pccms.ac.th



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2560 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 31,172 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 47.8/100,000 ประชากร¹ ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความพิการ ทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงและส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต² หากผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^{3,4} จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะวิกฤตและเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องมีความสามารถในการใช้แขนขาเพิ่มขึ้นจนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง^{2,5,6,7} ซึ่งหลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้มากที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิต^{8,9} เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านส่วนใหญ่นักคนในครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ดังนั้นญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้ฝึกทักษะการดูแล ประเมินความสามารถในการดูแลและติดตามประเมินผลการดูแลของผู้ดูแล

เหตุผลที่ต้องมีการศึกษานี้เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมากขึ้นทุกปี คือปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 188, 203, 308 คน ตามลำดับ โดยมีอัตราการคงเตียงเฉลี่ย 12 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่นักที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยเดิมที่เคยมารับการรักษาแล้วและมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ ผลกดทับติดเชื้อ ข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ¹⁰ ซึ่งตามปกติขณะผู้ป่วยนอนพักในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจะมีระบบ

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่แล้ว โดยหลังจากรักษาผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูร่างกายจากนักกายภาพบำบัด พยาบาลเป็นผู้แนะนำผู้ดูแลให้ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เตรียมอาหารและให้อาหารทางสายให้อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืน การที่พบปัญหาผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำพร้อมด้วยโรคแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลสันนิษฐานได้ว่าผู้ดูแลยังขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และจากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลที่ผ่านมาพบข้อจำกัดเรื่องแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการฝึกทักษะผู้ดูแล^{11,12,13} อีกทั้งยังขาดการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลนั้นถูกต้อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะหาแนวทางเพิ่มความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้มากที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อน-หลังการดำเนินการวิจัยเป็นเวลาห่างกัน 3 เดือน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Donabedian¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) 2) กระบวนการ (Process) 3) ผลผลิต (Output) และ 4) ผลลัพธ์ (Outcome) มากำหนดรูปแบบการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย



โรคหลอดเลือดสมอง โดย *ปัจจัยนำเข้า* ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การนำเสนอปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการสอนทักษะการดูแลที่ได้มาตรฐานแก่ผู้ดูแล *กระบวนการ* ได้แก่ การศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล การร่างแนวทางการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลในการหาแนวทางพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจริง *ผลผลิต* ได้แก่ การได้แนวปฏิบัติการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และ *ผลลัพธ์* ได้แก่ การประเมินผลผู้ดูแลซึ่งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดอำนาจการทดสอบ = 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) = .32 (ระดับปานกลาง) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 คน เพิ่มการ missing ของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการวิจัยอีกร้อยละ 10 สรุปได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 38 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร ญาติของผู้ป่วยหรือคนดูแลที่จ้างมาทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่ดูแลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตคือมีระดับคะแนนการประเมินทางระบบประสาท (Glasgow Coma Score) มากกว่า 10 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน และ 4) มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เกณฑ์คัดออกคือ

การที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้อีกต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย:

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาประกอบด้วยคำถามแบบ check list และเติมคำจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย รายได้และจำนวนผู้ดูแลคนอื่นที่อยู่บ้านเดียวกัน

2. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบทดสอบความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลของ Kusal และ Lertrat¹⁵ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบว่าปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ได้ใน 5 กิจกรรม ได้แก่

- 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้ จำนวน 4 ข้อ
- 2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางสายให้อาหาร จำนวน 4 ข้อ
- 3) การดูแลด้านทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ
- 4) การดูแลด้านการขับถ่าย จำนวน 4 ข้อ และ
- 5) การดูแลด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย จำนวน 4 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนคือ *ปฏิบัติได้* ให้ 1 คะแนน *ปฏิบัติไม่ได้* ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 16 คะแนน การแปลผลใช้แบบอิงเกณฑ์ *ระดับดี* คือได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือ 13 คะแนนขึ้นไป *ระดับปานกลาง* คือได้คะแนนร้อยละ 60-79 หรือ 10-12 คะแนน และ *ระดับต่ำ* คือได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือน้อยกว่า 10 คะแนน



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้านความเหมาะสมในการใช้ภาษาและความครบถ้วนถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 คน ได้ค่า CVI ของแบบประเมินเท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC/E-088/2558 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการสุขภาพที่จะได้รับ รวมทั้งไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ระยะ: 1) เตรียมการศึกษา 2) ดำเนินการศึกษา และ 3) ประเมินผลการศึกษา ในแต่ละขั้นตอนมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถดูแลของผู้ดูแลด้วยการใช้แนวคิดทฤษฎีระบบซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ ดังนี้

ระยะเตรียมการศึกษา (ใช้ระยะเวลา 3 เดือน)

เป็นการศึกษาข้อมูลที่เป็น *ปัจจัยนำเข้า* ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาผู้ป่วยมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย และแนวทางการสอนทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแล มีการดำเนินกิจกรรมสำคัญดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลการส่งเสริมทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหอผู้ป่วยอายุรกรรมด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและพยาบาลอย่างไม่เป็นทางการ ระยะเวลาสัมภาษณ์นาน 30 นาที เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และปัญหาผู้ป่วยมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2) จัดประชุมผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 ชั่วโมง เพื่อนำเสนอปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ระยะดำเนินการศึกษา (ใช้ระยะเวลา 6 เดือน)
เป็นระยะที่เป็นกระบวนการและได้ผลผลิต ได้แก่ การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การร่างแนวทางการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาลในการหาแนวทางพัฒนาทักษะการดูแล การได้แนวปฏิบัติและการให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจริง การดำเนินกิจกรรมสำคัญดังนี้

1) จัดประชุมระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 ชั่วโมง เพื่อระดมความคิดร่วมหาแนวทางวางแผนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2) จัดประชุมระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 ชั่วโมง เพื่อร่างแนวปฏิบัติการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

3) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และกำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นเวลา 4 วัน ใช้ระยะเวลาวันละ 1 ชั่วโมง ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในการพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลที่เหมาะสม มีการ



เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล นัดหมายผู้ดูแลเข้ารับฟัง การแนะนำและการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวันถัดไป

วันที่ 2 ผู้ดูแลได้รับการสอนทบทวนความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการรับประทาน อาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้และผู้ป่วย ที่รับประทานอาหารทางสายให้อาหาร การทำความสะอาด ร่างกาย การดูแลการขับถ่ายและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้ช่วยวิจัย

วันที่ 3 ผู้ดูแลได้รับการสอนทบทวนการดูแลผู้ป่วยและฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบครั้งที่ 1 และได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ด้วยแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ 4 ผู้ดูแลได้รับการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ที่ตนเองรับผิดชอบครั้งที่ 2 มีการพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ดูแล และผู้วิจัย หลังจากได้รับคำแนะนำให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ กับผู้ป่วยที่รับผิดชอบขณะที่ผู้ปวยนอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลและหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายให้กลับไป อยู่บ้าน ผู้ดูแลจะได้รับการเยี่ยมประเมินความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้งสัมภาษณ์ผู้ดูแลถึง ความรู้สึกและประสบการณ์การดูแลเมื่อครบกำหนด 3 เดือนโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ระยะประเมินผลการศึกษา (ใช้ระยะเวลา 3 เดือน) เป็นการประเมินผลการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลของผู้ดูแลและได้ *ผลลัพธ์* คือ ผู้ดูแลสามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมิน มี 2 ระยะดังนี้

1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการวิจัย มีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้วยแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 2 ครั้ง คือ

ก่อนและหลังฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาห่างกัน 3 เดือน

2) การประเมินผลภาพรวมหลังจากการ ดำเนินการวิจัยโดยประเมินจาก

- ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูร่างกายที่ดีขึ้น สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้นและไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

- ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการ ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

- โรงพยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการให้บริการสุขภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยการพัฒนาความสามารถของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และจำนวนผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย ห่างกันเป็นเวลา 3 เดือนด้วยสถิติ Paired-Samples t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ได้นำมา วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็น ที่สำคัญ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลมีจำนวน 38 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.53 (23 คน) มีอายุระหว่าง 21-50 ปี (เฉลี่ย 33.74 ปี) มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษาหรืออนุปริญญาร้อยละ 34.21 (13 คน) ร้อยละ 60.53 (23 คน) มีสถานภาพ



สมรส ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 28.95 (11 คน) ร้อยละ 39.47 (15 คน) มีรายได้/เดือน 10,001-15,000 บาท ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยร้อยละ 28.95 (11 คน) เป็นบุตร ร้อยละ 78.94 (30 คน) มีจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 2 คน

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย หลังเข้าร่วมวิจัยเป็นเวลา 3 เดือน จำนวนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 5 ด้าน ดังนี้

1) การดูแลความพร้อมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้ พบว่าจำนวนผู้ดูแลที่ทราบวิธีป้อนอาหารด้านมุมปากที่ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.16 เป็นร้อยละ 100

2) การดูแลความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่

รับประทานเองไม่ได้ ต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร พบว่าจำนวนผู้ดูแลที่ล้างมือให้สะอาดก่อนให้อาหารทุกครั้งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.68 เป็นร้อยละ 100

3) การรักษาความสะอาดร่างกาย พบว่าจำนวนผู้ดูแลที่อาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วยเช้า-เย็นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.32 เป็นร้อยละ 100

4) การดูแลด้านการขับถ่ายเพื่อป้องกัน พบว่าจำนวนผู้ดูแลที่ให้ผู้ป่วยได้ฝึกขับถ่ายทุกวันในตอนเช้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.63 เป็นร้อยละ 97.37

5) การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ดูแลที่บริหารแขนขา ข้อเท้า ข้อเข่าผู้ป่วยทุกวันลดลงจากร้อยละ 81.58 เป็นร้อยละ 52.63

สรุปโดยภาพรวมพบว่าการเข้าร่วมวิจัยร้อยละเฉลี่ยของจำนวนผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.90) และหลังเข้าร่วมวิจัยร้อยละเฉลี่ยของผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 88.03)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=38)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนเข้าร่วมวิจัย		หลังเข้าร่วมวิจัย	
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
1. การดูแลความพร้อมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้				
- จัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอน ยกศีรษะสูงขณะรับประทานอาหาร	31 (81.58)	7 (18.42)	37 (97.37)	1 (2.63)
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง	29 (76.32)	9 (23.68)	37 (97.37)	1 (2.63)
- ประเมินการกลืน การเคี้ยวอาหารของผู้ป่วย สังเกตว่ากลืนได้หรือไม่ ไม่แรงผู้ป่วย มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนบ้าง	29 (76.32)	9 (23.68)	32 (84.21)	6 (15.79)
- ป้อนอาหารด้านมุมปากที่ปกติ	24 (63.16)	14 (36.84)	38 (100)	-



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=38) (ต่อ)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนเข้าร่วมวิจัย		หลังเข้าร่วมวิจัย	
	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้
2. การดูแลความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเอง				
ไม่ได้ ต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร				
- จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา หรือให้นั่งพิงหัวเตียงก่อนให้อาหาร	24 (63.16)	14 (36.84)	38 (100)	-
- ทดสอบว่าสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหาร	24 (63.16)	14 (36.84)	38 (100)	-
- ล้างมือให้สะอาดก่อนให้อาหารทุกครั้ง	28 (73.68)	10 (26.32)	38 (100)	-
- หลังให้อาหารเสร็จ ให้ผู้ป่วยนอนยกศีรษะสูงต่อไปอีกครึ่งชั่วโมง เพื่อป้องกันอาหารไหลย้อนกลับ	24 (63.16)	14 (36.84)	38 (100)	-
3. การรักษาความสะอาดร่างกาย				
- ทำความสะอาดปากฟัน ช่องปาก เข้า-เย็น	24 (63.16)	14 (36.84)	38 (100)	-
- อาบน้ำ เช็ดตัว เข้า-เย็น	29 (76.32)	9 (23.68)	38 (100)	-
- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เข้า-เย็น และทุกครั้งหลังขับถ่าย	31 (81.58)	7 (18.42)	37 (97.37)	1 (2.63)
- จัดหาเสื้อผ้าที่สะอาดไม่ยับชื้นให้ผู้ป่วยสวมใส่	31 (81.58)	7 (18.42)	38 (100)	-
4. การดูแลด้านการขับถ่ายเพื่อป้องกันท้องผูก				
- ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	25 (65.79)	13 (34.21)	37 (97.37)	1 (2.63)
- จัดอาหารที่ประกอบด้วยผักผลไม้ให้ผู้ป่วยรับประทานทุกวัน	25 (65.79)	13 (34.21)	27 (71.05)	11 (28.95)
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้ฝึกขับถ่ายทุกวันในตอนเช้า	20 (52.63)	18 (47.37)	37 (97.37)	1 (2.63)
- นวดบริเวณหน้าท้องผู้ป่วยเริ่มจากสะดือตามเข็มนาฬิกาวันละ 5-10 รอบ	32 (84.21)	6 (15.79)	20 (52.63)	18 (47.37)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=38) (ต่อ)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนเข้าร่วมวิจัย		หลังเข้าร่วมวิจัย	
	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้
5. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย				
- ดูแลให้ผู้ป่วยฝึกกลืนทั้งทุกวัน	31 (81.58)	7 (18.42)	20 (52.63)	18 (47.37)
- บริหารแขนขา ข้อเท้า ข้อเข่า ผู้ป่วยทุกวัน	31 (81.58)	7 (18.42)	20 (52.63)	18 (47.37)
- ดูแลให้ผู้ป่วยฝึกยืน	33 (86.84)	5 (13.16)	24 (63.16)	14 (36.84)
- ดูแลให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายร่างกาย	29 (76.32)	9 (23.68)	37 (97.37)	1 (2.63)
คิดเป็นร้อยละเฉลี่ย	72.90	25.26	88.03	11.97

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้ง 5 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยเป็นเวลาห่างกัน 3 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยหลังเข้าร่วมวิจัย ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลความพร้อมการรับประทานอาหาร

อาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้ การดูแลความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองไม่ได้ ต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย และการดูแลด้านการขับถ่ายเพื่อป้องกันท้องผูกเพิ่มขึ้น แต่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกายลดลง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย โดยใช้ paired samples t – test (n = 38)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย	คะแนนเฉลี่ย		t-value	p-value
	ก่อนเข้าร่วม วิจัย SD.	หลังเข้าร่วม วิจัย SD.		
1. การดูแลความพร้อมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้	2.83/2.17	3.60/1.40	1.88	.039
2. การดูแลความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองไม่ได้ ต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร	2.50/0.50	4.00/0.00	5.25	.006
3. การรักษาความสะอาดร่างกาย	2.88/2.12	3.78/1.22	2.15	.034
4. การดูแลด้านการขับถ่ายเพื่อป้องกันท้องผูก	2.55/0.45	3.03/0.90	1.31	.046
5. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	3.10/1.90	2.53/1.28	1.42	.041



ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน พบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลโดยการแนะนำให้ความรู้และให้ทดลองปฏิบัติ มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การดูแลความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้ในการรับประทานอาหาร

ผู้ดูแลสามารถจัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนยกศีรษะสูงขณะรับประทานอาหาร ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง เข้าใจวิธีประเมินการกลืน การเคี้ยวอาหารของผู้ป่วย สังเกตว่ากลืนได้หรือไม่ ไม่เร่งผู้ป่วย มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนบ้างและป้อนอาหารด้านมุมปากที่ปกติ

แม่กลืนอะไรก็ลำบาก พี่ก็เลยพุงให้นั่ง บางทีก็เอาหมอนหนุนหลังให้สูง คอยบอกจังหวะให้กลืนอย่างที่ว่า พยาบาลสอน ปากแกเปี้ยวทางซ้าย เราก็ก้อนข้างขวาค่อยๆ ป้อนไป อย่าไปรีบ บางครั้งที่มีธุระก็ให้หลานป้อนต่อ นานค่ะเป็นชั่วโมง

การดูแลความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองไม่ได้ ต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร

ผู้ดูแลสามารถจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา หรือให้นั่งพิงหัวเตียงก่อนให้อาหาร มีการทดสอบว่าสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารได้ล้างมือให้สะอาดก่อนให้อาหารทุกครั้ง และหลังให้อาหารเสร็จได้ให้ผู้ป่วยนอนยกศีรษะสูงต่อไปอีกครั้งชั่วโมง เพื่อป้องกันอาหารไหลย้อนกลับ

ผมทำเองทุกอย่างเลยครับ แม่บ้านเขาไม่ว่างต้องไปขายของ ตอนที่สอนผมไม่อยู่ แม่บ้านเขาฝึกจนเป็นผมก็ดูเขาทำ อาหารเหลวผมก็ทำเอง ก่อนให้นี้ต้องให้พ่อเขานอนหัวสูงๆ เลยทีเดียวสำคัญ ล้างไม้อ่างมือก่อนนะจะได้สะอาด ค่อยๆ เทอาหารใส่สาย บางทีมันไม่ลงก็ต้อง

มาดูว่าสายมันหักหรือเปล่าหรือว่ามันทอยขึ้นมา ถ้ามีปัญหาอะไรก็ไปตามพยาบาลที่อนามัยมาดู

การรักษาความสะอาดร่างกาย

ผู้ดูแลสามารถทำความสะอาดปากฟัน ช่องปาก อาบน้ำ เช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เข้า-เย็น และทุกครั้งหลังขับถ่าย มีการจัดหาเสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้นให้ผู้ป่วยสวมใส่

หนูไม่ปล่อยให้เนื้อตัวคุณปู่สกปรกหรือที่พยาบาลสอนว่าให้เช็ดตัว ทำความสะอาดปากฟันเข้าเย็น ถ้าคุณปู่ถ่ายก็รีบเช็ดกันให้เดี๋ยวกันคุณปู่จะแฉะและเป็นแผลง่าย ช่วงนี้หนูปิดทอมก็เลยได้ทำ เดี่ยวเดือนหน้าเปิดทอมแล้ว ก็เป็นหน้าที่ของคุณแม่แล้วค่ะ

การดูแลด้านการขับถ่ายเพื่อป้องกันท้องผูก

ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จัดอาหารที่ประกอบด้วยผักผลไม้ให้ผู้ป่วยรับประทานทุกวัน ดูแลให้ผู้ป่วยได้ฝึกขับถ่ายทุกวัน ในตอนเช้า นวดบริเวณหน้าท้องผู้ป่วยเริ่มจากสะดือตามเข็มนาฬิกาวันละ 5-10 รอบ

คุณตาแก่หลายวันถึงจะถ่าย คุณพยาบาลแนะนำให้เพิ่มน้ำและพวกผักผลไม้ ก็เลยเตรียมไว้ทุกมื้อเลย พวกมะละกอบ้าง ส้มบ้าง หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ สัมนี่ก็ให้คุณตาทานทั้งกาก หมั่นนวดกระตุ้นหน้าท้องบ้าง ตอนนี่คุณตาก็ถ่ายได้ทุกวันแล้วแต่ไม่ค่อยตรงเวลาหรอกค่ะ

การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

มีผู้ดูแลจำนวน 17 คน สามารถดูแลให้ผู้ป่วยฝึกกลืนง้วนทุกวัน บริหารแขนขา ข้อมเท้า ข้อมเข่า ผู้ป่วยทุกวัน ดูแลให้ผู้ป่วยฝึกยืนและได้ดูแลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย

ผมกระตุ้นให้พ่อผมออกกำลังกายทุกวันเลยครับ วันหนึ่งหลายรอบ ว่างเมื่อไรก็ทำ บิบนวดบ้าง ขยับข้อต่อต่างๆ ดึงนิ้วดึงไหล่บ้าง พยาบาลบอกว่าถ้าข้อไม่ได้ขยับเลยข้อจะติด ก็กลัวซีครับ แต่ว่าพ่อหายแล้วเดินไม่ได้



มีผู้ดูแลจำนวน 21 คนไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยฝึกลุกนั่ง บริหารแขนขา ข้อเท้า ข้อเข่าหรือฝึกยืนได้ทุกวันเนื่องจากไม่มีเวลา ต้องทำงานบ้านและงานอื่นๆ แต่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้

บ้างไม่ค่อยมีเวลาฝึกลุกให้ออกกำลังได้ทุกวันหรือกต้องทำงานบ้านอะไรอย่างนี้ จะให้ลุกยืนและเดินบ้างก็ไม่ไหว ทำคนเดียวกลัวล้ม ต้องรอให้ลูกเขากลับจากงานก่อนตอนเย็นจะได้ช่วยกัน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.53 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{11 16} ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติที่เป็นเพศหญิง อธิบายได้ว่าเนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีไทยที่ผู้หญิงไม่ได้ทำงานนอกบ้านมากเท่าผู้ชาย แต่จะทำงานบ้านและดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ส่วนสมาชิกเพศชายมักมีหน้าที่หารายได้มาจุนเจือครอบครัว และผลจากการศึกษานี้ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยร้อยละ 28.95 เป็นบุตรซึ่งมักเป็นบุตรสาว นับเป็นค่านิยมของสังคมที่บุตรสาวจะเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวยามเจ็บป่วย ผู้หญิงมักยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลเนื่องจากเป็นความรัก ความผูกพันและการตอบแทนบุญคุณ

การใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ Donabedian¹⁴ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์มากำหนดรูปแบบการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนับว่าเหมาะสม ช่วยให้ผู้วิจัยได้หลักการดำเนินงานที่ดีสามารถออกแบบการรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนทุกขั้นตอน

ผลการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลพบว่าหลังเข้าร่วมวิจัยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเกือบทุกด้าน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้และผู้ป่วยที่รับอาหารทางสายให้อาหาร การดูแลด้านทำความสะอาดร่างกายและการดูแลด้าน

การขับถ่าย ยกเว้นการดูแลด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย การที่คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ดูแลได้รับการสอน ทบทวนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ มีการพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{12 13} ที่พบว่าโปรแกรมความรู้ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Moonthee และคณะ¹¹ ที่ค้นหาญาติผู้ดูแลเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนแหล่งประโยชน์ต่างๆ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Prasanwong et al.¹⁷ ที่พบว่าการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหลัก ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ดูแลให้เหตุผลว่าการฟื้นฟูร่างกายต้องใช้เวลาและต้องทำต่อเนื่องแต่ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอเนื่องจากต้องทำงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้และให้ทดลองปฏิบัติจริงมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ดูแลสามารถดูแลความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้และผู้ป่วยที่รับประทานเองไม่ได้ต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลด้านการขับถ่าย



และการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{11 18} ที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตรงตามปัญหาและความต้องการส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ข้อสรุป

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมวิจัย คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้านการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานได้เองและรับประทานทางสายให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกายและการดูแลการขับถ่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย แต่คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูร่างกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย ผลการสัมภาษณ์พบว่าการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงช่วยเพิ่มทักษะการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ดูแลและได้รับการประเมินผลการดูแลว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องจริง เพื่อให้ผู้ดูแล

สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลที่บ้านจากผู้ดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดหรือไม่มีผู้ดูแล

ข้อจำกัดในงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการออกแบบงานวิจัยที่ขาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เนื่องด้วยข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันแก้ปัญหาด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวัดก่อน-หลังในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2558



References

1. Bureau of Non-communicable Diseases. Department of Disease Control. World paralysis day campaign issue 2017 [internet]. 2019. [cited 2019 June 14]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail> (in Thai)
2. Nilanont Y, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Hanchaiphiboolkul S, Pimpak T, Tatsanavivat P, et al. Quality of acute ischemic stroke care in Thailand: a prospective multicenter countrywide cohort study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014;23(2):213-9.
3. Wongkachit C, Navicharn R. Factors related to eating behaviors in stroke patients. *JNSCU* 2015;27(3):80-92. (in Thai)
4. Hou L, Du X, Chen L, Li J, Yan P, Zhou M, Zhu C. Exercise and quality of life after first-ever ischaemic stroke: a two-year follow-up study. *International Journal of Neuroscience* 2018;128(6):540-8. DOI: 10.1080/00207454.2017.1400971
5. Kasati A, Prachusilapa G. Rehabilitation nurse competencies. *JNSCU* 2014;26(3):134-45. (in Thai)
6. Majavong M. Stroke in the elderly. *J Thai Stroke Soc* 2019;18(1):59-74. (in Thai)
7. Rittada S, Taraput, C. How to take care of patients with stroke. *J Thai Stroke Soc* 2018;17(2):25-40. (in Thai)
8. Purba WS, Amatayakul A, Wattanakul B. The relationship between depressions, social support and quality of life of stroke survivors in Bukittinggi, Indonesia. *J Health Res* 2015;29(Suppl.1):S109-16. DOI: 10.14456/jhr.2015.57.
9. Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, Eng JJ, Franklin BA, Johnson CM, et al. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Stroke*. 2014;45(8):2532-53.
10. HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. Annual report 2018. (in Thai)
11. Moonthee W, Munkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharach S. Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' routine activity performance, complications, and satisfaction. *TJNC* 2016;31(1):95-110. (in Thai)
12. Roy M, Bag R. Effectiveness of Structured Teaching Programme on the Knowledge about Rehabilitation of Stroke Patients among Caregivers in a Selected Hospital, Kolkata, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2019;13(7):LC07-LC12.
13. Gurjar NR. Effectiveness of educational program on knowledge and competence of home care of stroke patients among care givers. *Int J Health Sci Res* 2019; 9(5):260-5.



14. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. CMJ 2003; 44(5):655-657.
15. Kusol M, Lertrat P. The development of nursing care to promote family participation in caring of patients with cardiovascular disease at Medical Department, Nongkhai Hospital. Independent study (M.N.S) Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009. (in Thai)
16. Phinyo P, Phinyo K, Limtrakool P, Tiamkao S, Worawong C, Chuasuan C, et al. Care improvement for patients with stroke through community participation. Songklanagarind Journal of Nursing 2015;35(2):93-111.
17. Prasanwong J, Singdong P, Samsan, R. Caring system development for stroke's patients at Sisaket Hospital. Journal of Nursing Division 2012;39(2):51-65. (in Thai)
18. Nishio D, Takahashi H, Hayashi T, Hirano Y, Minakawa T, Kigawa H. Factors influencing the burden on caregivers of stroke patients with hemiplegia living at home. Int J Phys Med Rehabil [serial on the Internet] 2015 [cited 2019 June 14];3(3): [about 5 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9096.1000279>



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปรับปรุง ธันวาคม 2561)

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการแพทย์ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แกไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (article) ทางพยาบาล
2. บทความวิจัย (research article) ทางพยาบาล
3. บทความปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับ

1. องค์ประกอบของบทความมีดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนทุกคน เป็นภาษาไทย พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และให้ระบุหน่วยงานของผู้แต่งชื่อแรกไว้ใต้ชื่อผู้เขียน โดยให้ระบุตำแหน่งงานไว้เป็นเชิงอรรถด้านล่าง (ดูตัวอย่างภายในเล่ม)
 - 1.3 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัย แบบแผนงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และข้อสรุป
 - 1.4 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่งทุกคน Purpose, Design, Methods (sample, instrument, data collection and statistical analysis), Results, Conclusion ทั้งนี้ให้ระบุหน่วยงานและที่อยู่ของผู้แต่งทุกคน พร้อมระบุ corresponding author และ email
 - 1.5 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 3-5 คำสำคัญและทำเครื่องหมาย / ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.6 เนื้อเรื่องบทความประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับดังนี้ และเพิ่มเติมรายละเอียดต่อไปนี้

- **บทนำ** ระบุถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยโดยย่อ ระบุกรอบแนวคิด (ความเรียง/แผนภาพ) และระบุวัตถุประสงค์การวิจัย
- **วิธีดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วยหัวข้อและการอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น
- **อภิปรายผล** อธิบายถึงเหตุผลของผลการวิจัยที่พบ (ทั้งที่เป็นและไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย) โดยกล่าวอ้างถึงแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำผลงานวิจัยของผู้อื่น มาสนับสนุนผลการวิจัยอย่างเหมาะสม สอดคล้อง
- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป
- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ สันนิษฐานและได้ใจความ
- **Reference** ใช้ระบบ Vancouver ควรมีความทันสมัย ไม่ควรเกิน 18 รายการ

การจัดพิมพ์

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows แบบอักษรใช้ Cordia New ขนาดตัวอักษร 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวน 7-13 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง) และควรเว้นห่างจากขอบกระดาษ ข้างละ 1 นิ้ว บน-ล่าง 1 นิ้ว และใส่หมายเลขหน้าทุกหน้า
2. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดต้องพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน
3. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ ควรใช้เลขอารบิก ทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษตัวอย่างเช่น (World Health Organization) เป็นต้น



การเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่ปีที่ 31 เป็นต้นไป ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ทั้งนี้การอ้างอิงในเนื้อหาบทความมีหลักการอ้างอิงคือ เมื่อนำผลงานมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความ เรียงลำดับ 1,2,3..... โดยให้ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความเป็นตัวเลขยกขึ้น แล้วรวบรวมเป็น Reference ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

ผู้แต่งสามารถศึกษารายละเอียดการเขียนรายการอ้างอิงจาก Website: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf> หรือ สามารถดูตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงแบบ Vancouver โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล online อื่นๆ

รายการอ้างอิงทุกรายการต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อเรื่องและใน Reference และรายการอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง แล้วต่อท้ายด้วยว่า [In Thai]

การส่งบทความและกระบวนการพิจารณาตอบรับบทความ

1. ผู้แต่ง (Author) สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบอิเล็กทรอนิกส์วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <https://www.tcithaijo.org/index.php/CUNS>

2. ผู้แต่งต้องจัดทำต้นฉบับบทความที่มี Template บทความถูกต้อง ได้แก่ องค์ประกอบบทความ รายการอ้างอิง หากไม่ถูกต้องกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบและแก้ไขจนกว่าจะถูกต้องสมบูรณ์

3. กองบรรณาธิการจะส่งบทความที่มี Template ถูกต้องสมบูรณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ซึ่งจะใช้เวลาการพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนิย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : ธีระพงษ์ ยูพาทัง

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1

แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130

Email address: jnscu@chula.ac.th



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร สมาชิการสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)
☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน
โทรศัพท์ email.....

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

มีความประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก

☐ ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ ไม่ต้องการรับเล่มวารสาร โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download

วารสารฉบับ ON LINE ผ่าน www.tci-thaijo.org

☐ ต้องการรับเล่มวารสาร 1 ปี (3 เล่ม) 1,100 บาท (หนึ่งพันหนึ่งร้อยบาทถ้วนรวมค่าจัดส่ง)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี พร้อมทั้งรับเล่มวารสารได้)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น ☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์ เลขที่ 152-068468-7 (โปรดส่งสำเนาการโอนเงิน แนบพร้อมกับใบสมัครมาที่กองบรรณาธิการ)

จำนวนเงิน บาท (.....)

(ตัวอักษร)

.....
(.....)

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.....



กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรราช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีชัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อธิระพงษ์ ยุพาทัง

โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130 Email address: jnscu@chula.ac.th

Download คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับและใบสมัครสมาชิกฯ ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/CUNS>

