

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

ISSN 1906-0319

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 Volume 13 No. 2 July - December 2019

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH



นงนุช ปัญจรธรรมเจริญ อัทนี วันชัย ดอนคำ แก้วบุญเสวีสุข

รังสิมา วงษ์สุทิน ศรีวรรณ มีบุญ มาสรีน สุกปลั่ง
นันทวรรณ ตีระวงศา ลลิต ศิริทรัพย์อนันต์ สุขญา โคจันทร์

สุดารัตน์ วันงามวิเศษ อาภาวรรณ หงุดง สุดากรณ์ พัทธมเครื่อง

มนตรา ตั้งจิรวัดนา สุวรรณภา วุฒิธฤทธิ

วินัย ไตรนาทวัลย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ

นิรมล ธรรมวิริยสดี วิจิตตรา มาลัยเขต กัลย์รวิ กนกเลิศวงศ์
รินรดา วิสุทธิ สาธิตา สิงห์สนั่น

รัชกร รุ่งตั้งชนาบุญภัทรชาติ มากมี พีร วงศ์อุปราช

สุวันตรี กุลนิษฐ์ อาภาพร เผ่าวัฒนา วิภา เทียงธรรม

จิราภา ศรีทำโฮ บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์ คณิศร เจริญกิจ

ศฤกษ์เดช เจริญไชย สุดคนึง ฤทธิฤกษ์ อารุณี อัมรินทร์เพชร
โกเมนทร์ ทิวทอง มาสรีน สุกปลั่ง

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ เมทนี ระดาบุตร นฤมล เหล่าโกสิน
ศรวิรัตน์ ธาตุกานต์ ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์

Supaporn Pitiporn, Uraiwan Chotigeat, Siriporn Poonsub, Pisit Chairprasertsud
Jiraporn Trakarnjunsiri, Wachiraporn Tong-on, Krittika Wilai, Naraporn Sanganjuai
Phanpatchanun Wongprakob, Kuaina Rongso, Pakakrong Kwankhao

ปฐมาพร ใจกล้า อธิคม ใจกล้า

อรฉัตร ฤทธิธนะ



กระบวนการตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพะเยา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริง
สมรรถนะสูงและการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีของนักศึกษา
พยาบาลศาสตร์

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยรุ่นโรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ปัจจัยทำนายการกลักรอกหักของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกตาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับเอนไซม์โคเลสเตอรอลในซีรัมต่อผลกระทบสุขภาพของผู้บริโภคผักผลไม้สด

การเพิ่มเขาวงกตปัญญาสำหรับการคงอยู่ของชีวิตสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาด้วยการชม
ภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตปัญญา: การศึกษาเชิงพฤติกรรม

ผลของการใช้การกำกับตนเองที่บ้านต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

ผลของโปรแกรมการควบคุมเบาหวานมีส่วนร่วมโดยผสม. เนื้อ ความรู้ในการควบคุมเบาหวานและ
อาการของการเป็นเบาหวานนักเรียนโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชาชนกุล) อำเภอเมือง จังหวัด
จันทบุรี

การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบ
สุขภาพปฐมภูมิ

การประเมินกระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561

Efficacy and safety of *Vernonia cinerea* (L.) Less. and *Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf.
oral sprays in light cigarette smokers with behavioral counseling for smoking cessation:
A preliminary study

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปาก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562



ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ	ดร.ยุพาภรณ์ ตีระไพรวงศ์
ผศ.ดร.จิราภรณ์ กรรรมบุตร	อาจารย์ รุ่งทิพย์ พรหมบุตร
ดร.ชดช้อย วัฒนะ	ศ.ดร.วีระพงษ์ ปรัชญาสิทธิกุล
ผศ.ดร.ณัชนันท์ ชีวานนท์	ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล
ผศ.ดร.ดวงเนตร ชรรรมกุล	ดร.ศุภร์ใจ เจริญสุข
ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี	ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร์แมนน์
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	รศ.ดร.สุณี เลิศสินอุดม
รศ.ดร.เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล	ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช
นอ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ	ดร.สุชีวา วิชัยกุล
รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช	ดร.สุภาพร วรรณสันทัด
ดร.มาสริน สุกดปักษ์	นาวาโทหญิง ดร.สุปราณี พลชนะ
ดร.เมทณี ระดาบุตร	ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	ทพญ.ดร.อรวรรณ นามมนตรี



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ISSN 1906-0319) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาล การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข		
ที่ปรึกษาโครงการ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี		
บรรณาธิการ	ดร.สุภาพิชญ์	มณีสคร โฟน โบร์แมนน์	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.มาสริน	ศุกลปัทม์	
กองบรรณาธิการ	ศ.ดร.นพ.บุญเสริม	วิทย์ชำนาญกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.สุภา	เฟ่งพิศ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Prof. Dr. Timothy	William Flegel	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Prof. Dr. (Med) Benno	von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ศ.กิตติคุณ ดร. วัลลภา	เทพหัสดิน ณ อยุธยา	มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
	รศ.ดร. สุขุมาล	จงธรรมคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร. สุดา	เรียงโรจน์พิทักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร. ศิริพร	ขัมภลจิต	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	รศ.ดร. โยธิน	แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร. อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร. ประนอม	รอดคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร. สว่างรณ์	จักรระ โทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช
	ผศ.ดร. พรชัย	จูลมดต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	Assist. Prof. Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	ดร. แอนน์	จิระพงษ์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร. กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร. สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
	ดร. สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ
	ดร. ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร. ฟื้นฟูพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ดร. บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลาสัย	โชคคีรีจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
	อาจารย์สุจิรา	ฟุ้งเฟื่อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ฝ่ายจัดการ	ดร. วรณิษฐ์	ลำไย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กำหนดออก	ราย 6 เดือน		

บทบรรณาธิการ

สวัสดิ์ปีเก่า ต้อนรับปีใหม่อีกปีนะคะ สำหรับวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 13 แล้ว วารสารของเรายังคงรักษามาตรฐานและถูกจัดอยู่ในฐานข้อมูล Thai Citation Index กลุ่มที่ 1 และ ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) โดยในปี พ.ศ. 2561 วารสารมีค่า Thai Journal Impact Factor (TJIF) 0.429 เป็นลำดับที่ 9 ของฐานข้อมูล TCI ทั้งนี้ต้องขอขอบพระคุณในความร่วมมือทั้งจากผู้นิพนธ์ที่ผลิตบทความที่มีคุณภาพและผู้อ่านทุกท่านที่นำบทความไปใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้นเกิดประโยชน์ต่อวงการวิชาการสืบไป

ในฉบับส่งท้ายปีนี้ มีบทความวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรวมทั้งบทความวิชาการที่น่าสนใจจำนวน 14 เรื่อง เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงและการรับรู้ผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียน โรคหืด ปัจจัยทำนายการกั้วการหกล้มของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับเอนไซม์โคลิโนเอสเตอเรสในซีรัมต่อผลกระทบสุขภาพของผู้บริโภคผักผลไม้สด การเพิ่มเขาวนปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตด้วยการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาการใช้การกำกับตนเองที่บ้านต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วมโดยผสม.น้อย ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ การประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปาก และบทความภาษาอังกฤษ 1 เรื่องเกี่ยวกับ Efficacy and safety of *Vernonia cinerea* (L.) Less. and *Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf. oral sprays in light cigarette smokers with behavioral counseling for smoking cessation

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนดซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการดำเนินการไม่ล่าช้า และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ด้วยดีเสมอมาค่ะ

ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร์แมนน์

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ		Original Articles
กระบวนการตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพะเยา นงนุช ปัญจธรรมเจริญ อศนี วันชัย ดอนคำ แก้วบุญเสริม	1	Treatment decision-making process with continuous ambulatory peritoneal dialysis of patients with end-stage kidney disease, Phayao Hospital Nongnuch Punjathumjarern, Ausanee Wanchai, Donkham Kaewboonsert
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงและการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ รังสิมา วงษ์สุทิน ศรีวรรณ มีบุญ มาสริน สุกลปักษ์ นันทวรรณ ติระวงศา ลลิต ศิริทรัพย์จันทน์ สุชญา โตจันทร์	11	Nursing students' perceptions on the high-fidelity simulation learning and learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework Rangsima Wongsutin, Sriwan Meeboon, Masarin Sukolpuk, Nanthawan Teerawongsa, Lilit Sirisabjanan, Suchaya Tojun
ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนโรคหืดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สุดารัตน์ วันงามวิเศษ อาภาวรรณ หนูคง สุดาภรณ์ พัยมงคลเรือง	20	Factors predicting medication adherence in school-aged children with asthma in tertiary care hospital Sudarat Wanngamwiset, Apawan Nookong, Sudaporn Payakkaraung
ปัจจัยทำนายการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ มนตรา ตั้งจิรวัดนา สุวรรณ วุฒิธรรณฤทธิ์	30	Predictive factors of fear of falling among elderly Monthara Tangjirawattana, Suwanna Vudhironarit
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ วินัย ไตรนาทวัลย์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ	41	Factors influencing health literacy among older adults Winai Trainattawan, Virapun Wirojratana, Doungrut Watanakukrileert

สารบัญ

นิพนธ์ ต้นฉบับ

ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัมต่อผลกระทบ

สุขภาพของผู้บริโภคผักผลไม้สด

นิรมล ธรรมวิริยสดี วิจิตตรา มาลัยเขต

กัลย์วี กนกเลิศวงศ์ รินรดา วิสุทธิ

सानิตา สิงห์สนั่น

การเพิ่มชวามปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสำหรับ

นักเรียนระดับประถมศึกษาด้วยการชมภาพยนตร์สั้น

ร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา: การศึกษาเชิงพฤติกรรม

รัชกร รุ่งตั้งธนาบุญ ภัทราวดี มากมี

พีร วงศ์อุปราช

ผลของการใช้การกำกับตนเองที่บ้านต่อระดับน้ำตาลใน

เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ไม่ได้ และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

สุวันตรี กุลนิตย์ อภาพร เผ่าวัฒนา

วีณา เทียงธรรม

ผลของโปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วมโดยอสม.

น้อย ต่อความรู้ในการควบคุมเหาและอาการของการเป็นเหา

ของนักเรียนโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชาอนุกุล)

อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

จีราภา ศรีท่าโฮ บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์ คณิศร เจริญกิจ

การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ศฤงคาร เจริญไชย สุกคณิง ฤทธิธำชัย

จารุณี จันทร์เพชร โกเมนทร์ ทิวทอง มาสริน สุกปลักษ์

หน้า

PAGE

52

63

73

83

93

CONTENTS

Original Articles

Serum cholinesterase level and its impact on health condition of fresh fruit and vegetable consumers

Niramon Thamwiriyasati, Wijitra Malaiket, Kanrawe Kanokleardwong, Rinrada Wisutti, Sanita Singsanan

Enhancing existential intelligence among primary school students using short story movies and contemplative practice: Behavioral study

Ratchapron Rungtangthanabun, Pattrawadee Makmee, Peera Wongupparaj

The effects of self-regulation with home health care on fasting blood sugar among patients with uncontrolled diabetes and hypertension

Suwantree Kunlanit, Arpaporn Powwattana, Weena Thiangthum

Effects of head louse control participation program by junior village health volunteers on knowledge and louse symptoms among students at Ban Klong Namsai school (Boonprachanukoon), Muang District, Chanthaburi Province

Jerapa Srithahai, Busayara Loysak, Kanisorn Charoenkit

The study of the implementation of the transformational leadership project in the primary health care system

Sariddet Charoenchai, Sudkhanoung Ritruetchak, Jarunee Chanphet, Komain Tewtong, Masarin Sukolpuk

สารบัญ

นิพนธ์ ต้นฉบับ

การประเมินกระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอน
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ปีการศึกษา 2561

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ เมทนี ระดาบุตร นฤมล เหล่าโกสิน
สตรีรัตน์ ธาดากานต์ ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์

*Efficacy and safety of Vernonia cinerea (L.) Less. and
Boesenbergia rotunda (L.) Mansf. oral sprays in light
cigarette smokers with behavioral counseling for
smoking cessation: A preliminary study*

Supaporn Pitiporn, Uraivan Chotigeat, Siriporn Poonsub

Pisit Chaiprasertsud , Jiraporn Trakarnjunsiri

Wachiraporn Tong-on, Krittika Wilai

Naraporn Sanguanjai, Phanpatchanun Wongprakob

Kuaina Rongso, Pakakrong Kwankhao

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
ปัฐมาพร ใจกล้า อธิคม ใจกล้า

ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อ

สุขภาพช่องปาก

อรฉัตร คุรุรัตน์

หน้า

PAGE

103

117

128

140

CONTENTS

Original Articles

**An evaluation of the processes of integrating the Rational
Drug Use Curriculum into the Bachelor of Nursing
Science Program, Academic Year B.E. 2561**

Kamolrat Turner, Matanee Radabutr, Narumol Laokosin,
Streerut Thadakant, Laddawon Vaisurasingha

**การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยเบื้องต้นของสเปรย์
หยู้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่**

สุภาภรณ์ ปิติพร อุไรวรรณ โชติเกียรติ ศิริพร พูลทรัพย์

พิสิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด จิราพร ตระการจันทร์สิริ

วชิราภรณ์ ทองอ่อน กฤติกา วิไล

นราพร สงวนใจ พรรณพ็ชฌันท์ วงษ์ประกอบ

กุไอนะ รงโษะ ผกากรอง ขวัญข้าว

Nurses' role in child sexual abuse

Pattamaporn jaikla, Atikom jaikla

The significance of sense of coherence to oral health

Orachad Gururatana

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการทาง การพยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
3. ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
4. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการ แก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
5. ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความ ประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
6. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดย ขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่มุมขวาบน
2. พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 10 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึง เอกสารอ้างอิง และ 3,000 คำ ไม่นับรวม ตาราง แผนภูมิ รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง
3. ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
4. การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล
5. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบ ออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://www.tci-thaijo.org>

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้
 - ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
 - ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 pt.

- เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้
 - บทนำ
 - วิธีการวิจัย: แบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้
 - ผลการวิจัย
 - สรุปผล
 - คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาไทยของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม Email address ตรง Foot note

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้
 - Background
 - Objectives
 - Methods: objective, design, samples, tools, data collection and data analysis
 - Results
 - Conclusion
 - Key words ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม Email address ตรง Foot note

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์ในการวิจัย
- วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม
- วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- สรุปและข้อเสนอแนะ

- **กิตติกรรมประกาศ** และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี)
เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- **เอกสารอ้างอิง** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ **ยกเว้น** การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review, Meta-analysis)

บทความวิชาการ

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ
- โดยบทคัดย่อประกอบด้วยเนื้อหา คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ และเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน
- คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาไทยของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม Email address ตรง Foot note

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- Key words ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม Email address ตรง Foot note

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- **บทนำ** กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- **เนื้อเรื่อง** (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย)
- **สรุป**
- **กิตติกรรมประกาศ** และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี)
เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- **เอกสารอ้างอิง** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การอ้างอิง ในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น¹ โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับ หรือเลขต่อเนื่องกันให้ใช้ตัวเลขดังนี้¹⁻³ หากมีการอ้างอิงซ้ำรายการเดิม ให้ใช้หมายเลขเดิม

- การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นवलพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²
- การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลคนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กาจกำจรและคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai) ดังตัวอย่าง

1. Komutiganon S. A study of the actual conditions and expectations of teamwork, as reported by the health team in the Hospital under the Department of Medicine Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1993. (in Thai).

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

- ก. ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง โดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่นให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Field A, Hole G. How to Design and Report Experiments. London: Sage Publications; 2003.

- ข. ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

3. Gray RJ, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006;189:508-14.

- ค. **ชื่อบทความ** บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด

- ง. **ชื่อวารสาร** ถ้าเป็น **วารสารไทย** ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น Journal of Health Science Research **วารสารต่างประเทศ** ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Title of Publications หรือ search หาคำย่อจาก Caltech Library (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>)

- จ. ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

ฉ. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1437-43 หรือ p.223-35 เป็นต้น

ช. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

ตัวอย่าง

4. Cary T, Pearce J. Aortic stenosis: pathophysiology, diagnosis, and medical management of nonsurgical patients. Crit Care Nurse. 2013;33(2):58-72.

ซ. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

5. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

ค. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. SRRT: Clipping the wings of emerging diseases in Thailand. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

ด. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference paper in proceedings) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

7. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

ก. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

8. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: The elderly's access and utilization [Dissertation]. St. Louis: Washington University; 2001.

๘. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก:
<http://.....>

ตัวอย่าง

9. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 9]; Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editors welcome manuscripts in the field of health science. Our journal is peer reviewed. Each manuscript will be reviewed by at least 2 experts in the field. Double blinded review process is conducted to ensure quality. Authors are advised to read and follow the author guidelines. Editors reserve all rights to accept or reject manuscripts.

General criteria

1. The manuscript must not be published, or under submission process, elsewhere.
2. Manuscripts should be written in good English. Authors whose first language is not English are advised to have a native English editing their manuscripts prior to submitting.
3. Payment of 180 US\$ per manuscript is required for reviewing process and subscribing for 1 year membership.
4. Each paper will be blindly reviewed by at least 2 reviewers.
5. If revision is required by reviewers, authors must re-submit within a designated time frame, otherwise the manuscript will be automatically postponed to the next issue.

Essential criteria

1. Manuscripts must be in Microsoft Word, Angsana New 16 pt. Single space with 1 inch margin on each side of the page is required. Page number must appear on the upper right corner of every page; starting with 1, 2, 3,..
2. Manuscripts should not be more than 3,000 words, excluding Tables, Figures, images, references, and are limited to 10 pages of content (abstract to reference list).
3. Names of Tables, Figures or Images must appear above them.
4. Manuscript and cover letter stating names, address, phone number, email address can be submitted to
[URL:https://www.tci-thaijo.org](https://www.tci-thaijo.org)

Research article

Manuscript format

Title page

- Title: appears in the middle of the page, using Angsana New 20 pt. font.
- Academic position (or title) and names of all authors, using Angsana New 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear as a footnote.

Abstract (English and Thai language)

- should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - Introduction (or background), objectives
 - Methods: objective, design, samples, tools, data collection and data analysis

- Results
- Conclusion
- Key words (English): 3-5 words

Main document

- **Introduction:** Background, rational, objectives
- **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
- **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text.
- **Discussion**
- **Conclusions:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
- **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
- **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable.

References list must not exceed 25 items **except** Systematic review or Meta-analysis, or literature review must not exceed 30 items. All references must be in English only.

Academic Article

Manuscript format

Title page

- Title: appears in the middle of the page, using Angsana New 20 pt. font.
- Academic position (or title) and names of all authors, using Angsana New 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear as a footnote.

Abstract (English and Thai language)

- should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - Introduction (or background), objectives
 - Conclusion: summary of important results or implications
 - Key words (English): 3-5 words

Main document

- **Introduction:** Background, rational, objectives
- **Body Paragraphs:** grading material, Sequence analysis of critical reviews, Analysis critical review
- **Conclusions:** summary of important results or implications
- **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
- **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable.

References list must not exceed 30 items. All references must be in English only.

กระบวนการตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพะเยา

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ* อศนี วันชัย** ดอนคำ แก้วบุญเสริฐ***

วันที่รับบทความ : 01/02/2562

วันแก้ไขบทความ : 09/03/2562

วันตอบรับบทความ : 12/05/2562

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลพะเยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แบบเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการตัดสินใจต่อการรับการรักษา ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา ข้อดี ข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธี โดยมีประเด็นรองคือการมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมทำให้สนใจในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา และ 2) การพิจารณาการสูญเสียรายได้ เวลา ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและสภาพการเงินของครอบครัว โดยมีประเด็นรองคือสภาพร่างกายของผู้ป่วย อายุ อาชีพและการศึกษาของสมาชิก ปัจจัยทางสังคม ค่านิยม วิธีประคับประคองชีวิตผู้ป่วยให้ดำรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรมีการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางหน้าท้องเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: กระบวนการตัดสินใจรักษา การล้างไตทางหน้าท้อง โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา, Email: nongnuch.p@bcnpy.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธิชินราช

***โรงพยาบาลพะเยา

Treatment decision-making process with continuous ambulatory peritoneal dialysis of patients with end-stage kidney disease, Phayao Hospital

Nongnuch Punjathumjarern* Ausanee Wanchai** Donkham Kaewboonsert***

Abstract

This qualitative research aimed to explore treatment decision-making process with continuous ambulatory peritoneal dialysis of patients with end-stage kidney disease at Phayao Hospital. Data were collected by in-depth interviews from 15 patients with end-stage kidney failure. Data were analyzed by using content analysis method. The results of the study showed that the treatment decision-making process of participants consisted of two main issues: 1) seeking information about treatment methods including both the pros and cons of each treatment and the support from families and society; and 2) considering loss of income, time spent on patients' care, and financial condition of families, as well as patient's physical condition, age, occupation and education. Therefore, nurses who provide counseling to these patients should prepare information about the continuous ambulatory peritoneal dialysis to educate patients adjusted to their needs. Patient's family members should be included in the decision-making process so that it will be more efficient in providing the best care.

Keywords: treatment decision making, continuous ambulatory peritoneal dialysis, end stage renal disease

*Boromarajonani College of Nursing Payao, Email: nongnuch.p@bcnpy.ac.th

** Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

*** Phayao Hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบมากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุข จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 62.50 รายต่อประชากรล้านคนต่อปี และมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น 97.73 รายต่อล้านประชากร โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยมีอยู่ 3 ทางเลือก คือ 1) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 3) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่ผู้บริจาคไตมีค่อนข้างน้อย ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาประมาณ 30,835 ราย ฟอกเลือด 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 4-5 ชั่วโมง ค่าใช้จ่ายประมาณ 12,000-30,000 บาทต่อเดือน² ซึ่งระยะเวลาในการฟอกเลือดมีผลต่อการทำงาน ผู้ป่วยจะมีรายได้ลดลงหรือขาดรายได้³ จากภาระค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องทำการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง

จากสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2551 ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายรายใหม่ทุกรายต้องได้รับการประเมินว่าสามารถบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องก่อนเสมอ และมีการสอนให้สามารถล้างไตด้วยตนเอง โดยจัดส่งน้ำยาไปถึงบ้านของผู้ป่วย⁴ ส่งผลให้มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วย 1,198 ราย และในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 21,402 ราย ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องนอกจากช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต

ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล สามารถทำเองที่บ้านได้ ลดค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสในการทำงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล⁵ รวมถึงอัตราการเสียชีวิต แต่ในทางตรงกันข้าม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น การติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้อง ที่ทำให้ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลนาน 1-2 สัปดาห์ และมีค่าใช้จ่ายประมาณ 15,000 บาทต่อราย การติดเชื้อถ้าเกิดขึ้นบ่อยครั้งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50.00 ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาและยังเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 7.00-10.00^{2,6}

ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยที่เลือกการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งทีมของหน่วยล้างไตทางหน้าท้อง ต้องมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำหนดแนวทางการให้คำแนะนำและพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสม สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จากงานวิจัยของพวงผกา รอดฉวาง⁷ พบว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นเทคนิคที่ต้องช่วยเหลือตนเองเกือบทั้งหมด เพื่อให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายจึงต้องมีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเพื่อบำบัดทดแทนไต ซึ่งต้องมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เลือกทางเลือกที่ดีและมีปัญหาน้อยที่สุด และยอมรับกับผลที่ตามมา ช่วยลดการสูญเสียรายได้ เวลา ค่าใช้จ่าย การตัดสินใจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยได้แก่

ค่านิยม ประเภทของครอบครัว ปัจจัยต่างๆของครอบครัว เช่น ขนาดของครอบครัว ฐานะทางการเงิน อาชีพและการศึกษาของสมาชิกของครอบครัว ที่อยู่อาศัยและศาสนา ทิศทางของเศรษฐกิจสังคม การมีส่วนร่วมของสมาชิกต่อการตัดสินใจ สภาพร่างกาย จิตใจ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วย⁸

จากสถิติของคลินิกล่างไตทางหน้าท้องของโรงพยาบาลพะเยาตั้งแต่ปี 2552 ถึงเดือนเมษายน 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 193 ราย ในปี 2559 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 178 ราย ตัดสินใจทำการรักษาจำนวน 38 ราย ในกลุ่มนี้มีผู้เข้ารับการรักษาจำนวน 2 ราย หลังจากเข้ารับการรักษาจำนวน 2 ครั้ง และตั้งแต่มกราคม-เมษายน 2560 มีผู้เข้ารับการรักษาจำนวน 60 ราย ตัดสินใจทำการรักษาจำนวน 6 ราย มีผู้ซึ่งเข้ารับการรักษาจำนวน 2 ครั้ง จำนวน 3 รายและปฏิเสธการรักษาจำนวน 2 ราย จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า นอกจากกระบวนการในการให้คำปรึกษาแล้วผู้ป่วยบางรายอาจจะมีการบวนการในการตัดสินใจอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องรับคำปรึกษาหลายครั้ง บางรายก็ตัดสินใจไม่รับการรักษา ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลเห็นความสำคัญของการรักษา และการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะค้นหาปัจจัยหรือกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับรักษา เพื่อการวางแผนพัฒนาแนวทางในการแก้ไขช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับวิธีล่างไตทางหน้าท้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายสาเหตุและกระบวนการตัดสินใจรับการรักษาด้วยวิธีการล่างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ตัดสินใจรับการรักษาด้วยวิธีการล่างไตทางหน้าท้อง โดยดำเนินการวิจัยที่คลินิกล่างไตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่วันที่ พฤศจิกายน 2560 ถึง เมษายน 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ตัดสินใจรับการรักษาด้วยวิธีการล่างไตทางหน้าท้องจำนวน 15 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ตัดสินใจรับการรักษาด้วยวิธีการล่างไตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพะเยา โดยแจ้งรับการรักษาทั้งทางวาจา และเป็นลายลักษณ์อักษร และได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลา มากกว่า 1 ปี
- 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ยังไม่เคยรับการรักษาด้วยวิธีล่างไตทางหน้าท้องมาก่อน
- 3) ยินยอมให้ข้อมูล สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เครื่องมือการวิจัย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ประเด็น สาเหตุที่ตัดสินใจรับการรักษาด้วย

วิธีล้างไตทางหน้าท้อง โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย โรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย เป็นไตวายนับแต่การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา ด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง อาการข้างเคียงของการล้างไตทางหน้าท้องและจำนวนครั้งที่ได้รับการให้คำปรึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในลักษณะที่เปิดโอกาสให้ตอบข้อมูลได้อย่างเสรีตามความพอใจ ถึงสาเหตุของการรับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง โดยเรียงลำดับเนื้อหาความต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับทราบเรื่องโรค แผนการรักษา การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง ประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจรับการรักษา ปัญหาอุปสรรคในการตัดสินใจ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความเชื่อและวัฒนธรรมในสังคมที่ดำรงชีวิตอยู่ เป็นแนวคำถามที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก และปากกาสำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา เลขที่โครงการ HE-61-02-001 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2560

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แนวคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับกลุ่มตัวอย่างใช้การสัมภาษณ์ 1 ครั้ง จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวจึงหยุดทำการสัมภาษณ์ ระหว่างสัมภาษณ์ ขออนุญาตทำการบันทึกเสียงทุกครั้ง สำหรับงานวิจัยนี้ ได้ข้อมูลอิ่มตัว (Saturated data) ในรายที่ 12 แต่ผู้วิจัยยังคงเก็บข้อมูลต่อไปจนครบจำนวนตัวอย่างที่เตรียมไว้ จำนวน 15 ราย ใช้เวลาสัมภาษณ์ เฉลี่ยรายละ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้คำถามการวิจัยเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เป็นการควบคุมคุณภาพความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำเทปบันทึกเสียงแต่ละรายมาเปิดและทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วพิมพ์เก็บไว้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อ่านไปตรวจสอบความตรงกับกลุ่มตัวอย่างนั้นอีกครั้ง หลังจากนั้นอ่านข้อมูลที่ได้มาอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจ

ความหมายอย่างลึกซึ้ง แล้ววิเคราะห์จัดเรียง ประเด็นของข้อมูลถึงสาเหตุของการรับการรักษา ด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้องโดยเรียงลำดับเนื้อหา ความต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ให้ผู้วิจัยร่วม และผู้ที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่านได้วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน ร่วมกัน อ่าน และสรุปผลการอ่านร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง ป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด เพาะเยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.00 อายุ ระหว่าง 35-72 ปี ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 67.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.00 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นร้อยละ 46.00 มีรายได้ประมาณ 3,000-5,000 บาท ร้อยละ 93.00 ผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 74.00 จำนวนครั้งที่ได้รับการให้คำปรึกษาน้อยกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 40.00

กระบวนการตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง

ผลจากการศึกษา พบประเด็นหลักและประเด็นรอง ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง ประเด็นสำคัญ ประเด็นแรก คือการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการ

รักษา ข้อดี ข้อเสียต่างๆ ของการรักษาแต่ละวิธี จากคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“เป็นบอกว่า การรักษา มี 4 วิธี ถ้ามหมอว่าจะ ยะอันใดดี” (p1t1)

“เขาก็ถามเหมือนกันว่าจะรักษาจะไฉ่ฟ่อง” (p12t1)

“หมอเป็นคนบอกว่าจะทำอะไยฟ่อง” (p15t1)

ในประเด็นรองที่ค้นพบ คือ การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม จากคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ต้องหื้อลูกตัดสินใจ” (p9t1s1)

“ยะหื้ออยู่กับลูกกับหลานไปวันๆ” (p3t2s1)

“ทางบ้านนี้เขาหื้อเงิน” (p1t1s1)

ประเด็นหลักที่ 2 การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง ประเด็นสำคัญ ประเด็นที่สองคือ การพิจารณาการสูญเสียรายได้ เวลา ค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย การเงินของครอบครัว จากคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ถ้าฟอกเลือดผมต้องกลางาน” (p3t2)

“ตรงๆ เลยคือค่าใช้จ่าย” (p1t2)

“เงินก่ต้องได้เสีย ละก็ทุกอาทิตย์ มันก็บ่า ไหว” (p4t2)

“ฟอกเลือด ทำงานนีก่าบ่าได้” (p6t2)

“ทำเอง ดูแลเอง บ้านไกล” (p14t2)

ในประเด็นรองที่ค้นพบ คือ สภาพร่างกายของผู้ป่วย อายุ อาชีพ และการศึกษา ขนาดของครอบครัว สภาพทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางสังคม ค่านิยม วิธีประคับประคองชีวิตผู้ป่วย ให้ดำรง

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“หกลีบปายแล้ว ต้องมาลองทำเอง” (p2t2s1)

“มันต้องทำ มะทำก็ตาย” (p6t2s1)

“มะหือเป็นภาระไฟ” (p3t2s1)

“มาโรบบานคนเป็นนักมีหม่ออยู่ เห็นเป็น บางคนเป็นครูบาอาจารย์” (p7t2s1)

อภิปรายผล

จากผลการสัมภาษณ์ ประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจรับการรักษา

ประเด็นแรก คือ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา ข้อดี ข้อเสียต่างๆของการรักษาแต่ละวิธี แรงสนับสนุนจากจากผู้ให้คำปรึกษา การรับรู้ต่อสิทธิในการรักษา ขั้นตอนการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการรักษา การดูแลตนเอง ความเสี่ยงในการเลือก ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ การช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เมื่อพบปัญหา ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและลดความวิตกกังวล พฤติกรรมการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเจ็บป่วย และสภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษา การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยต้องเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย⁹⁻¹⁰

ประเด็นรองที่พบที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจที่จะแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเอง คือ การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยต้องการ

การช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการดูแลตนเอง การได้รับคำแนะนำและมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ช่วยให้มีกำลังใจในการเผชิญต่อสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวทำนวยการจัดการปัญหาของผู้ป่วย¹¹⁻¹²

ประเด็นที่ 2 การพิจารณาการสูญเสียรายได้ เวลา ค่าใช้จ่าย และงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย การเงินของครอบครัว จากการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณเดือนละ 3,000-5,000 บาทต่อเดือน และไม่ได้ประกอบอาชีพ และอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการผลศึกษาหลายฉบับ พบว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น มีต้นทุนทั้งทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อมได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียม และต้องใช้เวลาในการเดินทาง และการที่ต้องจ่ายอย่างต่อเนื่องยาวนาน ค่าใช้จ่ายต่อปีต่อคนของผู้ที่ฟอกเลือดสูงถึง 56,902-85,488 บาทต่อปี ในขณะที่การล้างไตทางหน้าท้องมีค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี อยู่ที่ 7,062 บาท จะเห็นได้ว่าต้นทุนต่ำกว่าการฟอกเลือดถึง 10 เท่า ดังนั้นความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ที่มีฐานะยากจนในชนบท จะตัดสินใจเลือกการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าจึงมีมากกว่า¹³⁻¹⁴

ประเด็นรองที่ทำให้เกิดการตัดสินใจ คือ การต้องใช้เวลามากในการมาฟอกไตทางหลอดเลือดในการเดินทางมารับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียม ซึ่งส่วนมากตั้งอยู่ในตัวจังหวัด ผู้ป่วยต้องเดินทางอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งๆละ 4-5 ชั่วโมง เป็นภาระ

ค่าใช้จ่ายทั้งการเดินทางและค่ารักษา ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาโดยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง และจากผลการศึกษาในปัจจุบันยังไม่พบว่าการรักษาแบบใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน ระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง² และกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าฟอกเลือด ทำให้ทำงานหนักไม่ได้ เนื่องจากหลังทำการรักษาจะมีอาการอ่อนเพลีย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ฟอกด้วยเครื่องไตเทียม มีความทนต่อกิจกรรมลดลง ถ้าใช้เวลาฟอกนานก็ทำให้เหนื่อยมากขึ้น ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาชนิดล้างไตทางหน้าท้อง^{13,15} ประเด็นของการตัดสินใจอีกประเด็น คือทำเพื่อให้มีชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถทำงานได้ ได้อยู่กับครอบครัวและมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่เป็นภาระใคร ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก คู่สมรสอายุมาก อยู่ในชนบททำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจรักษายาวนานขึ้น ถึงแม้จะรับรู้ว่ามีผลเสียจากการตัดสินใจรับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมารับค่าปรึกษามากกว่า 3 ครั้งมากกว่าครึ่ง ส่วนประเด็นเกี่ยวกับโรคที่ดำเนินไปรุนแรงมากขึ้น ก็จะทำให้ตัดสินใจเร็วขึ้น¹⁶ จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยรอจนกระทั่งอาการมีความรุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถเดินได้ จึงตัดสินใจล้างไตทางหน้าท้อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อช่วยประกอบการ

ตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องหรือไม่ ดังนั้นพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะสุดท้ายจึงควรมีการเตรียมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ไว้ให้พร้อม โดยอาจจัดทำสื่อที่อ่านเข้าใจง่าย และเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีและข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธี รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาและผลกระทบทที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้นในกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจึงควรเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการตัดสินใจของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Nephrology Society of Thailand. Thailand renal replacement therapy [Internet]. 2015 [cited 2017 oct 10]; Available from: http://www.Nephronthai.org/images/Final_TRT_report_2015. (in Thai).
2. Chanchaoenthana W, Katanetin P, Sritippayawan S, Praditi K, Arinyapitipun S, Eiam-Ong S,

- Dhanakijcharoen, P, Lumlertgul, D. The Incidence of peritoneal dialysis related Infection in Thailand: A nationwide survey. Journal of the Medical Association of Thailand. 2011;94(4):7-12. (in Thai).
3. Parungsakul B. Fatigue kidney failure hemodialysis [Dissertation]. Chaingmai: Chaingmai University; 2002. (in Thai).
4. Dhanakijcharoen P, Sirivongs D, Aruyapitipan S, Chuengsaman P, Lumpaopong A. The "PD First" policy in Thailand: three-years experiences (2008-2011). Journal of the Medical Association of Thailand. 2011;94(4):53-61. (in Thai).
5. Nephrology Society of Thailand. Thailand renal replacement therapy year 2014. [Internet]. 2016 [cited 2017 oct 10]; Available from: <http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/1.TRT-report-2014>. (in Thai).
6. Chanchaoentana W, Katanetin P, Sritippyawan S, Praditi K, Arinyapitipun S, Eiam-Ong S, Dhanakijcharoen P, Lumlertgul D. The Incidence of peritoneal dialysis related Infection in Thailand: A nationwide survey. Journal of the Medical Association of Thailand. 2011;94(4):7-12. (in Thai).
7. Centers for Disease Control and Prevention. Infection control for peritoneal dialysis (PD) patients after a disaster [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 13]; Available from: <https://www.cdc.gov/disasters/icfordialysis.html>.
8. Rodchawang P. Self-care experiences of patients with chronic renal failure who have peritonitis from continuous ambulatory peritoneal dialysis [Dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University;2001. (in Thai)
9. National Health Security Office. Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease 2017 [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 9]; Available from: https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-information_detail. (in Thai).
10. Lekdamrongkul P, Pongthavornkamol K, Choompububpa T, Siritanaratkul K. Relationships among Information needs, information received, self-care behaviors and quality of life in hematologic cancer patients receiving chemotherapy. Journal of Nursing Science. 2012;30(3):65-73. (in Thai).
11. Thepphawan P, Watthnakitkriearat D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. Journal of Nursing Science. 2011;29(2):112-19. (in Thai).
12. Singmanee C, Vannarit T, Tachaudomdach C. Effect of family support on health behaviors among persons with end stage renal disease receiving continuous ambulatory peritoneal

- dialysis. *Nursing Journal*. 2017;44(2):78-88.
(in Thai).
13. Wongsree C, Renoo A. Experience of using social support in end stage renal disease patients receiving hemodialysis. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2016;9(2):132-44. (in Thai).
14. Ardkhitkarn S, Pothiban L, Lasuka D. Self – management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal*. 2013;40 Suppl:22-32. (in Thai).
15. Tummanittayangkoon B, Sukthinthai N, Sumonrat K, Kuptniratsaikul W, Wasuwattakul S, Nimmannit A. Effects of exercise program during hemodialysis on fatigue and quality of life in ends state renal disease patients. *Siriraj Nursing Journal*. 2013;6(1):14-24. (in Thai).
16. Krairatcharoen N, Lekutai S, Pongthavornkamol K, Satyawiwat W. Factors Influencing the Decision Making to seek treatment of patients with acute myocardial infarction. *Journal of Nursing Science*. 2010;28(2):49-57. (in Thai).

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วย
หุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงและการรับรู้ผลการเรียนรู้
ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์**

รังสิมา วงษ์สุทิน* ศรีวรรณ มีบุญ** มาสรีน สุกल्पิกษ์*** นันทวรรณ ตีระวงศา*

ลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์* ศุชญา โดจันทร์*

วันที่รับบทความ : 11/05/2562

วันแก้ไขบทความ : 14/06/2562

วันตอบรับบทความ : 08/08/2562

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงและการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนการสอน โดยใช้หุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง จำนวน 64 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงและการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .88 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง และการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก การรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี โดยรวมในระดับปานกลาง ($r=.58, p<.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด ($r=.57, p=.000$)

ดังนั้นสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถพัฒนาได้โดยสร้างการรับรู้ด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง

คำสำคัญ : การรับรู้ การเรียนการสอน หุ่นจำลองเสมือนจริง มาตรฐานคุณวุฒิ นักศึกษาพยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วัชร

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, Email: masarin.sukolpuk@gmail.com

Nursing students' perceptions on high-fidelity simulation learning and learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework

Rangsima Wongsutin* Sriwan Meeboon** Masarin Sukolpuk***

Nanthawan Teerawongsa* Lilit Sirisabjanan* Suchaya Tojun*

Abstract

This descriptive research was conducted to explore the relationship between nursing students' perceptions on the high-fidelity simulation learning and perceptions on learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework. The sample were 64 3rd year nursing students experienced in learning through high-fidelity simulation being selected by a simple random sampling. The research tool included questionnaires measuring the perceptions on high-fidelity simulation learning and the perceptions on learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework. The questionnaires had reliability coefficients of .88 and .96, respectively. The data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient statistics.

The results of the study showed that perceptions on the high-fidelity simulation learning and perceptions on learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework were on a high level. The perceptions on the high-fidelity simulation learning were related to overall perceptions on learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework at a moderate level ($r = .58, p < .001$). When considering each aspect, the perceptions on the high-fidelity simulation learning was significantly related to the perceptions of learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework, especially nursing practice performance domain that yielded the highest level ($r = .57, p = .000$).

Therefore, nursing practice performance can be improved by creating awareness by teaching and learning with high-fidelity simulation.

Keywords: perception, learning, on the high-fidelity simulation, Thailand Qualification Framework, nursing students

*Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

**Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

***Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Email: masarin.sukolpuk@gmail.com

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ในประเด็นการสร้างบัณฑิตให้มีความรู้ ทักษะทางปัญญา มีความรับผิดชอบ สามารถสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการบริหารจัดการ ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ สัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เป็นเป้าหมายที่สำคัญของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล¹ ในการพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นมาตรฐานเชิงวิชาชีพที่ผู้เรียนต้องได้รับการฝึกฝนและแสดงออกก่อนการปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ป่วย การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation based learning) เป็นวิธีการสอนแบบการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ ผู้เรียนได้ลงมือกระทำและใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ลงมือกระทำ (Active teaching methodology) ผ่านประสบการณ์ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ร่วมกับการสะท้อนคิด มีผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญได้แก่ ความรู้ การปฏิบัติ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจของผู้เรียน² ดังนั้นการเรียนการสอนดังกล่าวจึงเป็นการพัฒนาทั้งองค์ความรู้และทักษะการพยาบาลสำหรับนักศึกษา³

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์มากขึ้น และได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนครพนม จัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลอง

สถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 นักศึกษาทุกคนที่ลงทะเบียนเรียนวิชานี้ได้รับการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-10 คน เข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด และอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ โดยจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องตลอด 5 ปี แต่ยังไม่มีการประเมินผลการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงที่ครอบคลุมมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง พบว่าผลลัพธ์ที่ได้รับ คือ ความสนใจด้านผู้เรียนได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และความมั่นใจของผู้เรียน ส่วนผลลัพธ์ที่ได้ด้านผู้ป่วย คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย⁴ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่ม้งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ผลของการจัดการเรียนการสอนที่ศึกษาถึงผลลัพธ์และครอบคลุมผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงตามการรับรู้ของผู้เรียนต่อด้านคุณธรรม จริยธรรม ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และการวิเคราะห์เชิงตัวเลขและการสื่อสาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการรับรู้ ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ จากการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง รวมถึงศึกษาการรับรู้คุณค่า และการรับรู้

ความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้และทักษะจากการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงสู่การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก เพื่อให้ผู้สอนได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงที่ตอบสนองผลลัพธ์การเรียนรู้ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงของนักศึกษาพยาบาล
2. ศึกษาการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์จากการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงกับการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนรอย (Ex Post Facto Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ผ่านการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง จำนวน 90 คน ในช่วงเวลาที่นักศึกษาเรียนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง ปีการศึกษา 2560 ภาคการศึกษาที่ 3

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนครพนธ์ริ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก จำนวน 64 คน คำนวณได้จาก โปรแกรม G*Power กำหนดให้ α error ระดับ 0.05 และ Power ระดับ 0.95

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามการรับรู้การจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง ที่พัฒนามาจากเกณฑ์มาตรฐานของแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของสมาคมพยาบาลสากลเพื่อการสอนและเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง (The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning: INASCL) ทั้ง 6 มาตรฐาน ได้แก่ 1) ความสามารถของผู้สอนในการอธิบายวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน 2) ความสามารถในการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย และสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ 3) ความสามารถในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมั่นใจของผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยวิทยากรต้องแสดงให้เห็นว่าความรู้ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์จำลองเป็นการเรียนการสอน วิทยากรต้องเข้าใจการออกแบบสถานการณ์จำลอง รวมถึงความเข้าใจการใช้เทคโนโลยี และเนื้อหาของสถานการณ์ 4) ความสามารถของผู้สอนในการประเมินความถี่ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้เรียน 5) ความสามารถของผู้สอนในการสร้างความสมบูรณ์แบบเชิงวิชาชีพ และ 6) ความสามารถของผู้สอนในการให้ข้อมูลป้อนกลับ เครื่องมือฉบับนี้

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินการรับรู้ต่อการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงสมรรถนะสูงของ Kelly⁶ จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ที่ผ่านการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เลือกเฉพาะ ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.05 เมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

2) แบบสอบถามการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามกรอบคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จากการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมและจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ จำนวน 44 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เลือกเฉพาะ ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.66 จำนวน 44 ข้อ เมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง

ได้ค่าความเที่ยง โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เอกสารหมายเลข 10/2560 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2560

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามความยินดีในการให้ความร่วมมือและลงนามยินยอม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลนอกเวลาการจัดการเรียนการสอน ภายหลังจาก 1 วันของการสอน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถาม พบว่า ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 64 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 100 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และครบถ้วนของแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่งก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ออกไปเข้ารหัสลงสู่เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยค่าสถิติดังต่อไปนี้ ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson-Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) ระหว่าง 2.51-3.00 จำนวน 54 คน คิด

เป็นร้อยละ 58.69 ใช้เวลาในการเตรียมความรู้ก่อนเรียนผ่านหุ่นจำลองน้อยกว่า 3 ชั่วโมง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 47.83 และใช้เวลาในการเรียนรู้ผ่านหุ่นจำลองแต่ละครั้งไม่เกิน 1 ชั่วโมง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 57.61

2. การรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.99 (SD=0.71) โดยรับรู้ว่าการเรียนรู้ผ่านหุ่นจำลองผู้สอนสนับสนุนสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอนที่ปลอดภัยมีค่าเฉลี่ย 4.42 (SD=0.62) รองลงมาคือรับรู้ว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมีค่าเฉลี่ย 4.29

(SD=0.58) สำหรับการรับรู้ว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงเป็นสิ่งไม่น่ากลัวมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 3.32 (SD=.97)

3. การรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.01 (SD=0.76) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านคุณธรรมจริยธรรมมีค่าเฉลี่ย 4.26 (SD=0.66) รองลงมาคือด้านทักษะการสร้างสัมพันธภาพมีค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.66) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข มีค่าเฉลี่ย 3.69 (SD=0.75) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมและรายด้าน (n=64)

การรับรู้ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านคุณธรรมจริยธรรม	4.26	0.66	มากที่สุด
ด้านความรู้	3.87	1.11	มาก
ด้านการคิดวิเคราะห์	3.97	0.71	มาก
ด้านทักษะการสร้างสัมพันธภาพ	4.21	0.66	มากที่สุด
ด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข	3.69	0.75	มาก
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	4.10	0.66	มาก
รวมเฉลี่ย	4.01	0.76	มาก

4. การรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r=0.58$ ($p=0.000$) และพบว่าการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริง

มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด $r=0.57$ ($p=0.000$) ส่วนการรับรู้ผลการเรียนรู้ด้านความรู้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด $r=0.22$ ($p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสมรรถนะสูงกับการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา โดยรวมและรายด้าน (n=64)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่า p
การรับรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองกับผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิด้าน		
คุณธรรมจริยธรรม	.34	.001**
ความรู้	.22	.034*
การคิดวิเคราะห์	.56	.000***
ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ	.42	.000***
การวิเคราะห์เชิงตัวเลข	.55	.000***
การปฏิบัติการพยาบาล	.57	.000***
ภาพรวม	.58	.000***

* p< .05, **p<.01, ***p<.001

การอภิปรายผล

1. การรับรู้การจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยรับรู้ว่าการเรียนรู้ผ่านหุ่นจำลองผู้สอนสนับสนุนสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอนที่ปลอดภัยมีส่วนร่วมกับประสบการณ์ที่ได้รับระหว่างจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Welman & Spies⁷ พบว่านักศึกษาพยาบาลชื่นชอบการเรียนรู้ผ่านหุ่นจำลองเสมือนจริงเพราะเป็นการเรียนรู้ตามสภาพจริง และเป็นบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัยทางด้านจิตใจ (Psychological safety) โดยผู้สอนต้องมั่นใจว่าผู้เรียนมีเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเรียน และรายละเอียดของสถานการณ์เป็นอย่างดี ในทางตรงกันข้ามพบว่าการรับรู้ว่าประสบการณ์ที่ได้รับระหว่างการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงเป็นสิ่งไม่

น่ากลัวมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษารู้สึกตื่นเต้นกับสถานการณ์ สิ่งที่นักศึกษากลัวคือการกลัวว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยหรือแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ จึงรู้สึกเป็นสิ่งที่ท้าทาย และรู้สึกกังวล ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสิ่งที่ทำให้นักศึกษากังวลจากการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงคือ ความไม่รู้สถานการณ์มาก่อน การถูกวิพากษ์วิจารณ์โดยเพื่อนและอาจารย์ และประสบการณ์ที่เคยทำผิดเมื่อครั้งที่ผ่านมา⁸

2. การรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรมและทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง ก่อนปฏิบัติการกิจกรรมการเรียนการสอนผู้สอนจะอธิบายให้

นักศึกษาทราบว่า นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นจำลองให้เสมือนเป็นผู้ป่วยจริง ดังนั้นการแสดงผลออกของผู้สอนจึงเป็นการเชื่อมโยงถึงคุณลักษณะความมีคุณธรรมจริยธรรม สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Presado et al.⁹ ที่ชี้ให้เห็นว่าการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงเป็นพื้นฐานหลักในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล และ Fisher & King¹⁰ ศึกษาพบว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงมีความสัมพันธ์กับความมั่นใจ การตัดสินใจในคลินิก ความรู้ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ นอกจากนี้ผู้เรียนได้รับรู้ถึงการแสดงบทบาทเป็นผู้นำทีม การพยาบาล การรายงานอาการ หรือการส่งต่อผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหา ใช้เหตุผลทางคลินิกในการแก้ไขปัญหา¹¹ ความมั่นใจในการปฏิบัติในคลินิก รวมถึงความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย¹²

ในทางตรงกันข้ามพบว่า การรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข เนื่องจากบริบทที่นักศึกษาพบในสถานการณ์ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์เหตุผลทางคลินิกจึงไม่ได้เน้นเนื้อหาการวิเคราะห์ทางตัวเลขหรือการคำนวณมากนัก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Pauly-O'Neill & Prion¹³ พบว่าการให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ได้ฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเสมือนจริงสมรรถนะสูง จำนวน 40 ชั่วโมง เกี่ยวกับการคำนวณและการบริหารยาสามารถพัฒนาทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขได้

3. การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nevin, Neill & Mulkerrins¹⁴ พบว่าการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงทำให้นักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาทักษะทางคลินิก ความรู้ และความมั่นใจในการปฏิบัติในคลินิก เกิดความเข้าใจในทักษะหลักของการจัดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในบรรยากาศของความปลอดภัย

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูง จึงเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาได้รับรู้ถึงสมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ การคิดวิเคราะห์ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ การวิเคราะห์เชิงตัวเลข และการปฏิบัติการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการศึกษารับรู้ในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สอนทางด้านการพยาบาลกรณีการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงเพื่อจะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะตามที่กำหนดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education announcement on undergraduate qualifications standards nursing science [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 7] from <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/news6.php>. (in Thai).
2. Jeffries PR. Simulation in nursing education:

- From conceptualization to evaluation. 2nd ed. New York: National League for Nursing; 2012.
3. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: A call for radical transformation. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010.
 4. Norman, J. Systematic review of the literature on simulation in nursing education. *ABNF J.* 2012;23(2):24-8.
 5. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007; 39(2):175-91.
 6. Kelly SH. Evaluation methods used in simulation: A survey of faculty and student perceptions in undergraduate nursing program [Dissertation]. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh School of Education; 2014.
 7. Welman AM, Spies C. High fidelity simulation in nursing education: Considerations for meaningful learning. *Trends in Nursing.* 2016; 3(1). doi: 10.14804/3-1-42.
 8. Shearer JN. Anxiety, nursing students, and simulation: State of the science. *J Nurs Educ.* 2016;55(10):551-4.
 9. Presado MHCV, Colaço S, Rafael H, Baixinho CL, Félix I, Saraiva C. Learning with high fidelity simulation. *Ciência Saúde Coletiva.* 2018;23(1):51-9.
 10. Fisher D, King L. An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient. *J Adv Nurs.* 2013; 69(11):2375-88.
 11. Lewis R, Strachan A, Smith MM. Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. *Open Nurs J.* 2012;6:82-9.
 12. Burndt J. Patient safety and simulation in prelicensure nursing education: An integrative review. *Teaching and Learning in Nursing.* 2014;9(1):16-22.
 13. Pauly-O'Neill S, Prion S. Using integrated simulation in a nursing program to improve medication administration skills in the pediatric population. *Nurs Educ Perspect.* 2013;34(3):148-53.
 14. Nevin M, Neill F, Mulkerrins J. Preparing the nursing student for internship in a pre-registration nursing program: Developing a problem-based approach with the use of high fidelity simulation equipment. *Nurs Educ Pract.* 2014;14(2):154-9.

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ศุภรัตน์ วันงามวิเศษ* อาภาวรรณ หนูคง** สุดาภรณ์ พัทฒนเรือง**

วันที่รับบทความ	: 01/05/2562
วันแก้ไขบทความ	: 21/06/2562
วันที่ตอบรับบทความ	: 01/08/2562

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัด และปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก และทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียน อายุ 8-12 ปี และผู้ดูแล 120 คู่ จากคลินิกภูมิแพ้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก และความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71, .91, .70, .72 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล และสถิติถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ

ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยเรียน โรคหัดใช้ยาฟันสม่ำเสมอร้อยละ 83.30 และปัจจัยที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน คือ ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก (OR = 1.46, 95% CI: 1.18 – 1.79, $p < .001$) ปัจจัยทั้งสิ้นปัจจัยสามารถอธิบายการผันแปรของความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัดได้ร้อยละ 75.00 (Nagelkerke $R^2 = 0.75$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรทางสุขภาพ ควรส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาฟันแก่เด็กวัยเรียน เพื่อสนับสนุนให้เด็กใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ผู้ดูแล เด็กวัยเรียน โรคหัด

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: Wanngamwiset.s@gmail.com

**ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors predicting medication adherence in school-aged children with asthma in tertiary care hospital

Sudarat Wanngamwiset* Apawan Nookong** Sudaporn Payakkaraung **

Abstract

This study aimed to examine factors predicting knowledge of caregivers, parental involvement, knowledge of children themselves and attitude toward inhaled medication incl. medication adherence in school-aged children with asthma. A predictive correlational research design was employed. The sample consisted of 120 pairs of school-aged children aged 8 – 12 years with asthma and their caregivers from allergy clinics in two tertiary care hospitals. The research instruments included Asthma Knowledge of Caregivers Questionnaire, Parental Involvement of Asthma, Management Questionnaire, Asthma Knowledge of Children Questionnaire, Attitude toward Inhaled Medication of Children Questionnaire and Medication Adherence Report Scale for Asthma Questionnaire. Reliability were .71, .91, .70, .72 and .73 respectively. Data were analysed by descriptive statistic, Point biserial, and Binary Logistic Regression Analysis.

Medication adherence was found in 83.80 % of school-aged children. Attitude toward inhaled medication of children was the only significant predictor of medication adherence (OR = 1.46, 95% CI: 1.18 – 1.79, $p < .001$). These four factors explained 75 % of variance in medication adherence of school-aged children with asthma (Nagelkerke $R^2 = 0.75$, $p < .001$).

Health care personnel should enhance attitude toward inhaled medication to school-aged children to promote their medication adherence.

Keywords: medication adherence, caregivers, school-aged children, asthma

*Master's student in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University,

E-mail: Wanngamwiset.s@gmail.com

**Department of Pediatric Nursing, Faculty of Pediatric Nursing, Mahidol University

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก จากการสำรวจสุขภาพเด็กในกรุงเทพมหานคร พบเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยโรคหืดร้อยละ 6.00– 8.80¹ โดยการรักษาโรคหืดมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การควบคุมโรค จากการสำรวจในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พบเด็กควบคุมโรคไม่ได้ ร้อยละ 2.60 - 20.00 และควบคุมโรคได้บางส่วน ร้อยละ 20.70 - 35.80^{2,3} การควบคุมโรคไม่ได้ทำให้เด็กมีอาการไอ หอบเหนื่อย อาจรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจวาย ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขาดเรียน และเครียดต่อการเจ็บป่วย^{4,5} และยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล คือ พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดงาน ขาดรายได้ และเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตร⁴

การควบคุมโรคหืด ประกอบด้วย การใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยกระตุ้น การประคบและจัดการอาการหอบ การสื่อสารกับทีมสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษา⁶⁻⁷ การใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ ช่วยลดการอักเสบของหลอดลม ทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ป้องกันการเกิดพังผืด และการหนาของหลอดลมที่จะนำไปสู่การอุดกั้นหลอดลมอย่างถาวร⁶

ถึงแม้การรักษาโรคหืดมีแนวปฏิบัติที่นำมาใช้อย่างแพร่หลาย แต่ยังคงพบเด็กวัยเรียนโรคหืดใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอร้อยละ 30.00 – 40.00^{3,8} ทั้งนี้เนื่องจากเด็กวัยเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ในโรงเรียน และเริ่มมีความรับผิดชอบในการจัดการโรคหืดด้วยตนเองมากขึ้น ในขณะที่เด็กบางส่วนไม่เห็นความสำคัญของยาพ่น รู้สึกเบื่อที่ต้องพ่นยาทุกวัน และรู้สึกอายที่ต้องใช้ยาพ่น⁹ ร่วมกับการที่ผู้ดูแล ใ้ใจให้เด็กดูแลตัวเองมากขึ้น กำกับ

ติดตามการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนลดลง¹⁰ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากผู้ดูแลและเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีการศึกษาดำรงระดับมัธยมศึกษา มีความเสี่ยงที่เด็กใช้ยาพ่นน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 0.6 เท่า¹¹ ความรู้ในการใช้ยาพ่นผู้ดูแลระดับดีเพิ่มโอกาสการใช้ยาพ่นสม่ำเสมอในเด็ก 4.88 เท่า¹²ทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาพ่นของผู้ดูแลทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก⁹ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการจัดการโรคหืด มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา¹³ ปัจจัยด้านเด็ก พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่น¹⁰ เด็กที่มีความรู้เกี่ยวกับยาระดับมากมีโอกาสใช้ยาพ่นสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น 2.1 เท่า¹⁴ และเด็กที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาพ่นสนับสนุนให้เด็กใช้ยาพ่นสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น⁸

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์และเชิงทำนายในเด็กโรคหืดและโรคเรื้อรังในต่างประเทศและผลการศึกษายังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การศึกษาในประเทศไทยพบว่าความรู้ ความเชื่อ และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก¹⁵ เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็ก แต่ไม่ได้ศึกษาครอบคลุมปัจจัยด้านเด็ก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยทำนายครอบคลุมถึงปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ทั้งด้านเด็กและผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล และ

ทัศนคติต่อการใช้ยาพ่นของเด็กต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่สามารถนำไปวางแผนจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นในเด็กวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนโรคหืด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนโรคหืด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล และทัศนคติต่อการใช้ยาพ่นของเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กโรคหืดอายุ 8 – 12 ปี และผู้ดูแล ที่มารับบริการในคลินิกภูมิแพ้โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาริบัติระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักการของสถิติถดถอยโลจิสติก กลุ่มตัวอย่างควรมีมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของตัวแปรต้น¹⁶ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{15,17} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) สาเหตุและพยาธิสภาพ 2) อาการ 3) การประเมินและการจัดการอาการหอบ 4) การรักษาและการใช้ยา

และ 5) การดูแลสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{13,18} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การจัดการโรคหืดโดยผู้ดูแล 2) การให้ข้อมูลกับเด็ก 3) การร่วมวางแผนกับเด็ก 4) การประเมินและติดตามการจัดการโรคหืดของเด็ก และ 5) การให้เด็กจัดการโรคหืดด้วยตนเอง จำนวน 26 ข้อ แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับน้อย ปานกลาง และมาก

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{15,17} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) สาเหตุและพยาธิสภาพ 2) อาการ 3) การประเมินและการจัดการอาการหอบ 4) การรักษาและการใช้ยา และ 5) การดูแลสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

5. แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้ยาพ่นของเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{8,14} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ประโยชน์ 2) ความจำเป็น 3) ความกังวลใจ 4) ผลกระทบจากอาการข้างเคียง และ 5) ความยากง่าย จำนวน 20 ข้อ แปลผลแบ่งเป็นทัศนคติเชิงลบ และทัศนคติเชิงบวก

6. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ Medication Adherence Report Scale for asthma¹⁹ มีการแปลย้อนกลับและใช้ในเด็กวัยเรียนโรคหืด² จำนวน 10 ข้อ แปลผลแบ่งเป็นใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ และใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ

7. แบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล ทักษะคิดต่อการใช้ยาพ่นของเด็กและความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กนำไปหาความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .94, .92, .98, 1 และ .91 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .71 และ .70 ตามลำดับ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล ทักษะคิดต่อการใช้ยาพ่นของเด็ก และความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91, .72 และ .73 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. Si 415/2018 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. พยาบาลประจำคลินิกภูมิแพ้ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ขณะรอรับการตรวจจากแพทย์ ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ดูแลเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 93.40 อายุเฉลี่ย 41.53 ปี (SD = 6.69) มีรายได้เฉลี่ย 35,100 บาท/เดือน (SD = 22,858.93) เด็กอายุเฉลี่ย 9.9 ปี (SD = 5.18) โดยมีอายุ 10 – 12 ปี ร้อยละ 62.50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดเมื่ออายุ 1 – 6 ปี ร้อยละ 89.20 สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 91.70 ใช้ยาพ่นควบคุมเฉลี่ย 5.59 ปี (SD = 2.41) ใช้ยาพ่นวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 61.70 พ่นยาครั้งละ 1 กด ร้อยละ 97.50

2. เด็กวัยเรียนใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ ร้อยละ 83.30 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X} = 17.3$, SD = 3.11) และมีทักษะเชิงบวกต่อการใช้ยาพ่น ($\bar{X} = 50.80$, SD = 7.98) ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.30$, SD = 2.77) และมีส่วนร่วมในการจัดโรคหืดเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 88.10$, SD = 15.47) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 120)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	ความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน			แปลผล
		สม่ำเสมอ \bar{X} (SD)	ไม่สม่ำเสมอ \bar{X} (SD)	รวม \bar{X} (SD)	
ความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน	1 – 40	37.9 (1.41)	33.9 (1.55)	37.1 (2.04)	สม่ำเสมอ
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล	0 – 26	18.2 (2.79)	18.6 (2.72)	18.3 (2.77)	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัด	26 – 104	91.9 (9.29)	68.6 (23.8)	88.1 (15.46)	มาก
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก	0 – 26	17.4 (3.09)	17.0 (3.17)	17.3 (3.11)	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก	20 – 60	53.6 (4.26)	37.1 (8.11)	50.8 (7.98)	เชิงบวก

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดของผู้ดูแลและทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็กมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัดอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .57$, $r = .77$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก (n = 120)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล	1				
2. การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัด	0.07	1			
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก	0.16	0.15	1		
4. ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก	0.05	0.58***	0.23***	1	
5. ความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน	-0.04	0.57***	0.11	0.77***	1

*** $p < .001$

4. การทดสอบอำนาจในการทำนาย พบว่า ตัวแปรทุกตัวสามารถอธิบายการผันแปรของความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 75.00 และทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็กเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.46, 95% CI: 1.18 – 1.79, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยทำนายกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก (n = 120)

ตัวแปร	B	SE	OR	95%CI	Wald statistic	P
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล	-0.41	0.25	0.67	(0.41 – 1.09)	2.66	.103
2. การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัด	0.02	0.04	1.02	(0.95 – 1.09)	0.33	.568
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก	-0.64	0.17	0.94	(0.68 – 1.29)	0.15	.700
4. ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก	0.38	0.11	1.46	(1.18 – 1.79)	12.41	.000***

*** $p < .001$, Nagelkerke R^2

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนใช้ยาฟันสม่าเสมอ ร้อยละ 83.30 อาจเนื่องจากเด็กมีประสบการณ์การใช้ยาฟันเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5.59 ปี (SD = 2.41) ทำให้เรียนรู้วิธีการใช้ยาฟันมีทักษะในการใช้ยาฟัน และสามารถปรับการใช้ยาฟันให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน รวมทั้งในการศึกษารุ่นนี้ศึกษาในคลินิกเฉพาะโรคที่มีแนวทางการดูแลเด็กโรคหัดที่เป็นมาตรฐาน และบุคลากรสนับสนุนให้เด็กใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า เด็กใช้ยาฟันสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.00¹⁵ ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกันอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึง คือ เด็กวัยเรียน มีประสบการณ์ดูแลตนเองประมาณ 4 – 6 ปี ได้รับการรักษาในคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กได้ 1.46 เท่า สนับสนุนโดยแนวคิดของ Ajzen²⁰ ที่อธิบายว่าการที่บุคคลมีทัศนคติเชิงบวกจะรับรู้ประโยชน์ในการแสดงพฤติกรรมทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการที่เด็กวัยเรียนรับรู้ถึงประโยชน์ ประสิทธิภาพ และความจำเป็นของใช้ยาฟัน ทำให้เด็กใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาฟันมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียน ($\beta = 0.50, p < .01$)⁹

การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน

ของเด็กได้ อาจเกิดจากผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการใช้ยาฟัน ($\bar{X} = 4.5, SD = 1.36$) และมีส่วนร่วมในการประเมินและติดตามการจัดการโรคหัด ($\bar{X} = 15.9, SD = 2.24$) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 เป็นเด็กวัยเรียนตอนปลายอายุ 10 – 12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เป็นตัวของตัวเอง เริ่มมีความคิดความเข้าใจ มีเหตุผล สามารถประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจได้เอง²¹ ดังนั้นการใช้ยาฟันเป็นพฤติกรรมที่เด็กตัดสินใจทำด้วยตนเองร่วมกับการที่ผู้ดูแลประเมินและติดตามการใช้ยาฟัน จึงไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันควบคุมของเด็กวัยเรียน ถึงแม้ว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน ($r = .57, p < .001$) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาที่ทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัย 5-9 ปี¹⁸ ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากวัยของเด็ก อาจบ่งบอกถึงระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลลดลงเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลในกลุ่มเด็กใช้ยาฟันสม่ำเสมอและกลุ่มใช้ยาฟันไม่สม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ที่มีความใกล้เคียงกัน จึงให้การดูแลและส่งเสริมให้เด็กมีการใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ¹⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาพ่นของผู้ดูแล และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กโรคหืดได้

ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของเด็กไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ยาพ่นของเด็กเกิดจากการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคยชิน²⁰ โดยในการศึกษาครั้งนี้เด็กใช้ยาพ่นเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5.59 ปี (SD = 2.41) อาจทำให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติและสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างอัตโนมัติ สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยเรียนโรคภูมิแพ้ พบว่าความรู้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภูมิแพ้ในเด็กวัยเรียนได้²¹ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาแบบรูปธรรม คือความคิดเริ่มมีเหตุมีผลและสามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ยังไม่ซับซ้อนเท่าวัยผู้ใหญ่ แต่เครื่องมือประเมินความรู้ของงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ระดับความยากง่ายอาจไม่เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ในเด็กวัยรุ่นโรคหืด พบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับยาพ่นควบคุมในระดับดีมีโอกาสใช้ยาพ่นสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น 2.1 เท่า (95% CI: 1.1 - 4.1, $p < .05$)¹⁴ อาจเนื่องจากเด็กวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับนามธรรม คือ เด็กจะมีความคิดแบบผู้ใหญ่ สามารถคิดหาเหตุผลนอกเหนือไปจากข้อมูลที่มีอยู่²² สามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของยา และ

อาการข้างเคียงของยา แสดงให้เห็นว่าวัยของเด็กมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดและความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาค้นคว้าที่สนับสนุนต่อการใช้ยาพ่นของเด็กสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นได้ จึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยดังนี้

ด้านการปฏิบัติ

บุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาพ่นอย่างสม่ำเสมอในเด็กวัยเรียน โดยส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาพ่นของเด็ก และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทัศนคติต่อความสม่ำเสมอในการพ่นของเด็กวัยเรียน

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนโรคหืดในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือไปยังประชากรที่กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Chinratapisit S, Suratannon N, Pacharn P, Sritipsukho P, Vichyanond, P. Prevalence and severity of asthma, rhinoconjunctivitis and eczema in children from the Bangkok area: The Global Asthma Network (GAN) Phase I. Asian Pac J Allergy Immunol. 2018; 36. doi. 10.12932/AP-120618-0336.
- Reserves medical statistics unit, Medical record division, Faculty of Medicine Siriraj

- hospital. Statistics report 2016. Bangkok: Mahidol University; 2017. (in Thai).
3. Tangpathomwong C, Nookong A, Senasuttipan W. Children and caregiver factors predicting asthma control of school aged children. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016;34(2):67-76. (in Thai).
 4. Dean BB, Calimlim BC, Sacco P, Aguilar D, Maykut R, Tinkelman D. Uncontrolled asthma: Assessing quality of life and productivity of children and their caregivers using a cross-sectional Internet-based survey. *Health and Qual Life Outcomes*. 2010;8(1): 96.
 5. Bellin MH, Osteen P, Kub J, Bollinger ME, Tsoukleris M, Chaikind L, et al. Stress and quality of life in urban caregivers of children with poorly controlled asthma: A longitudinal analysis. *J Pediatr Health Care*. 2015;29(6) :536-46.
 6. Thai Asthma Council. Controversial issues in asthma 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 11]; Available from: <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/controversial-in-asthma-20-22-mar-2016-final>. (in Thai).
 7. GINA guideline. Global strategy for asthma management and prevention. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 11]; Available from: <http://guidelines.gov/content.aspx?id=37283>.
 8. Sonney J, Insel KC, Segrin C, Gerald LB, Ki Moore IM. Association of asthma illness representations and reported controller medication adherence among school-aged children and their parents. *J Pediatr Health Care*. 2017;31(6):703-12.
 9. Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, Brand PL. Long-term adherence to inhaled corticosteroids in children with asthma: Observational study. *Respir Med*. 2015;109(9) :1114-9.
 10. Elkout H, Helms PJ, Simpson CR, McLay JS. Adequate levels of adherence with controller medication is associated with increased use of rescue medication in asthmatic children. *PLOS ONE*. 2012;7(6) :e39130.
 11. Finkelstein JA, Lozano P, Farber HJ, Miroshnik I, Lieu TA. Underuse of controller medications among medicaid-insured children with asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;156(6):562-7.
 12. Wijga AH, Zuidgeest MGP, Kerkhof M, Koppelman GH, Smit HA, Jongste JC. Guideline-recommended use of asthma medication by children is associated with parental information and knowledge: the PIAMA birth cohort. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2014;23(4):406-10.
 13. Wysocki T, Gavin L. Psychometric properties of a new measure of fathers' involvement in the management of pediatric chronic diseases. *J Pediatric Psychol*. 2004;29(3):231-40.
 14. Koster ES, Philbert D, Winters NA, Bouvy ML. Adolescents' inhaled corticosteroid adherence: the importance of treatment

- perceptions and medication knowledge. *J Asthma Allergy*. 2015;52(4):431-6.
15. Ceemaharsujakuen J. The relationships among asthma knowledge, beliefs about medication, asthma severity and medication adherence. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).
16. Vanichbuncha K. Advanced statistical analysis with SPSS for windows 7th ed. Bangkok: Thammasan; 2009. (in Thai).
17. Al-Motlaq M, Sellick K. Development and validation of an asthma knowledge test for children 8–10 years of age. *Child Care Health Dev*. 2011;37(1):123-8.
18. Friedman D, Masek B, Barreto E, Baer L, Lapey A, Budge E, et al. Fathers and Asthma Care: Paternal involvement, beliefs, and management skills. *J pediatr psychol*. 2015;40(8):768-80.
19. Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Horne R, Leventhal H, Musumeci-Szabo TJ, et al. Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The medication adherence report scale for asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;103(4):325-31.
20. Ajzen I. *Attitude, personality, and behavior*. Illinois: Dorsey; 1988.
21. Nitirungruang P, Ua-Kit N. Factors predicting allergic symptoms preventive behavior among school-age children. *Journal of public health nursing*. 2013;27(2):23-33. (in Thai)
22. Chuntika J, Pongsaranankul Y. Growth and child development. Musiksukont S, Tilokskulchai F, Lertwongpaopun W, Preungvate O, Sangperm P, Payakkaraung S. *Pediatric Nursing*. 4th ed. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).

ปัจจัยทำนายการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

มนตรา ตั้งจิรวัดานา* สุวรรณ วุฒิวัฒนฤทธิ**

วันที่รับบทความ : 03/09/2562

วันที่แก้ไขบทความ : 25/10/2562

วันที่ตอบรับบทความ : 29/11/2562

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกลัวการหกล้มและปัจจัยทำนายความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ประกอบด้วย ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจากเขตที่พักอาศัยในจังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประสพการณ์หกล้มในระยะ 1 ปี ความกลัวการหกล้ม ความมั่นใจในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า มีผู้สูงอายุหกล้มมานาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 34.30 และหกล้มบ่อย ร้อยละ 10.60 มีความกลัวการหกล้มในระดับมาก มีความมั่นใจในการทรงตัวระดับปานกลาง และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับมาก ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่าปัจจัยทำนายความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย ความมั่นใจในการทรงตัว ($\beta = -.361, p < .001$) ประสพการณ์การหกล้ม ($\beta = .258, p < .001$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\beta = -.157, p < .001$) ปัจจัยทั้งสามร่วมกันทำนายความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.60

จากผลวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นแนวทางการลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยพัฒนารูปแบบกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการทรงตัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ การกลัวการหกล้ม ความมั่นใจในตนเองขณะปฏิบัติกิจกรรม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

*อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, Email: Monthara@bnc.ac.th

**อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

Predictive factors of fear of falling among elderly

MontharaTangjirawattana* SuwannaVudhironarit**

Abstract

This descriptive study examined fear of falling and correlated predictive factors among elderly. The sample comprised of 400 people older than 60 years that were randomly collected according to the residential district in Chonburi province. Data collection was conducted by using questionnaires related to personal information, falls experience in the past year, fear of falling, balance confidence, and ability of daily living. Descriptive statistic, Pearson's product moment correlation, and multiple regression were used for data analysis.

Results showed that the elderly's fall experiences were once in a while (34.30%) or frequent (10.60%). Fear of falling and ability of daily living was at high level whereas balance confidence was at moderate level. Results of regression analysis indicated that the significant predictors for fear of falling included balance confidence ($\beta = -.361, p < .001$), fall experiences ($\beta = .258, p < .001$), and ability of daily living ($\beta = -.157, p < .001$). The three-variable model revealed 31.60% fear of falling among elderly.

This research points to strategic factors for reducing fear of falls in elderly through developing activities that promote balance confidence and ability of daily living in elderly.

Keywords: Fear of falling, balance confidence, activities of daily living

*Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Email: Monthara@bnc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing, Chonburi

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 5.00 เมื่อหกล้มแล้วเกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหัก หรือเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการทุพพลภาพ และต้องเพิ่มภาระการดูแลแก่ญาติและคนในครอบครัว นอกจากนี้การหกล้มของผู้สูงอายุยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน¹⁻² จากข้อมูลมรณบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559³ พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2554 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.46 ปี 2556 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.22 และปี 2558 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.05

การหกล้มมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และเป็นการเพิ่มภาระแก่ผู้ดูแลเมื่อเกิดความพิการหรือต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล⁴⁻⁵ ทำให้เพิ่มอัตราการพึ่งพา ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ⁶⁻⁷ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้ม มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับมากร้อยละ 60.80⁶ จากการศึกษาของ อัจฉรวรรณ รัตน์มณี และ นัยนา พิพัฒน์วิชชา⁷ พบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มในการขึ้นและลงบันทางลาดมากที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 3.73 เท่า แสดงว่า ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้ม ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น⁸⁻⁹

จากการศึกษา ของ Hadjistavropoulo et al. รูปแบบการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ¹⁰ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อการทรงตัวของร่างกายลดลงจะพยายามหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมเพราะกลัวว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ แบน ดุรา (Bandura) ที่กล่าวว่า คนที่มีความสามารถเท่ากัน อาจมีการรับรู้ความสามารถต่างกัน ทำให้ความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมออกมาต่างกัน¹¹ ดังนั้นผู้ที่มีความสามารถในการทรงตัวเท่ากัน แต่รับรู้ความสามารถในการทรงตัวต่างกัน จะทำให้ระดับความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรมแล้วเสียการทรงตัวจนเกิดการหกล้มได้แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา⁷ ที่พบว่า ความมั่นใจในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในส่วนของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ Lisenby¹² ได้กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุลดการปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน และลดความเร็วในการเคลื่อนที่เป็นปัจจัยทำนายการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีท่าทางการเดินเปลี่ยนแปลงไปมีความสัมพันธ์กับการกลัวการหกล้ม และจากงานวิจัยของ Murphy & Tickle-Degnen⁹ พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประกอบอาชีพ และการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งการลดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อ และงานวิจัยของอัจฉรวรรณ

รัตน์มณี และ นัยนา พิพัฒน์วิชชา⁷ พบว่า ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความถ่วงการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อภิลิทธิ์ ตามศักดิ์ และ คณะ¹³ พบว่า ความถ่วงการหกล้มของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการถ่วงการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ ประสิทธิภาพการหกล้มของผู้สูงอายุ มีผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า การหกล้มทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่เล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ แผลถลอก กระดูกหัก จนถึงขั้นเสียชีวิต² รวมทั้งยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะการพึ่งพา¹⁴ เพราะการถ่วงการหกล้มซ้ำ จากการที่ผู้สูงอายุที่ถ่วงการหกล้ม พบว่าผู้สูงอายุไทยถ่วงการหกล้มสูงถึงร้อยละ 93.33 โดยถ่วงการหกล้มอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และการถ่วงการหกล้มมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการหกล้มในอดีต¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยหกล้มมาก่อนจะมีความถ่วงการหกล้ม¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความถ่วงการหกล้มอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถ่วงการหกล้ม ได้แก่ ความมั่นใจในการทรงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประสิทธิภาพการหกล้ม ซึ่งจากผลการศึกษาของกนกวรรณ เมืองศิริ และคณะ¹⁷ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง และ

ร้อยละ 44.10 มีประสิทธิภาพการหกล้มในบ้านในรอบ 1 ปี โดยมีความถ่วงการหกล้มระดับมาก คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อการถ่วงการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อลดอัตราการถ่วงการหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความมั่นใจในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประสิทธิภาพการหกล้ม และการถ่วงการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความมั่นใจในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประสิทธิภาพการหกล้มที่มีต่อการถ่วงการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาปัจจัยทำนายการถ่วงการหกล้มของผู้สูงอายุ (Descriptive Research) โดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ด้วยตนเองและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane)¹⁸ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage

Sampling) โดยทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เลือกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอ และสุ่มอย่างง่ายในแต่ละอำเภอเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส และ ประสบการณ์การหกล้ม

2. แบบประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทยแปลโดย ลัดดา เกียมวงศ์¹⁹ แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรมคือกิจกรรมทางกายและ กิจกรรมทางสังคมลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งระดับความกลัวหกล้มเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 16-21 คะแนน หมายถึงไม่กลัวการหกล้ม 22-27 คะแนน หมายถึงกลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 28-64 คะแนน หมายถึงกลัวการหกล้มมาก

3. แบบประเมินความมั่นใจในตนเอง ขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ฉบับภาษาไทยแปลโดย กมลทิพย์ นันทไพบูลย์ และคณะ²⁰ แบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งระดับความมั่นใจในการทรงตัวเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) <ร้อยละ 50.00 หมายถึง ไม่มี ความมั่นใจในการทรงตัว 2) ร้อยละ 50.00-80.00 หมายถึง ความมั่นใจในการทรงตัวเล็กน้อยถึงปานกลาง และ >ร้อยละ 80.00 หมายถึง ความมั่นใจในการทรงตัวมาก

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ฉบับภาษาไทยแปลโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล²¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน โดยเกณฑ์การประเมินผลแบ่งตามภาวะพึ่งพา 4 ระดับ ดังนี้ 0 – 4 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยมาก 5 – 8 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย 9 – 11 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง และ 12 – 20 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก

แบบประเมินทั้ง 3 แบบได้ผ่านการทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .85, .96, และ .90 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี เลขที่ BNC REC 07/2561 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2561 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2561 ดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยประชุมชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบพื้นที่ในอำเภอที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ อำเภอละ 1-3 คน ตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ

2. คณะผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนด จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับของความกลัวการหกล้ม ความมั่นใจในตนเองขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุได้แก่ ความมั่นใจในตนเองขณะปฏิบัติกิจกรรม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ

ประสบการณ์การหกล้มโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson-Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และสร้างสมการการทำนาย เพื่อทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.15 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.80 เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.50 และร้อยละ 57.00 มีสถานภาพสมรสคู่ นอกจากนี้ยังพบว่าใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มคิดเป็นร้อยละ 55.10 รองลงมา คือ เคยหกล้มนานๆ ครั้ง ร้อยละ 34.30 และ หกล้มบ่อย ร้อยละ 10.60 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการกลัวการหกล้ม ความมั่นใจในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การกลัวการหกล้ม	29.59	11.67	มาก
ความมั่นใจในการทรงตัว	68.15	24.42	ปานกลาง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	18.61	2.13	มาก

จากตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการกลัวการหกล้ม ความมั่นใจในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการกลัวการหกล้มอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 29.59$, $SD = 11.67$) ค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการทรงตัวอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($\bar{X} = 68.15$, $SD =$

24.42) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 18.61$, $SD = 2.13$) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประสบการณ์การหกล้ม กับการกลัว การหกล้มพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก และทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประสิทธิภาพการหกล้ม กับการก้มการหกล้ม

ปัจจัยที่ศึกษา	การก้มการหกล้ม	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p
- ความมั่นใจในการทรงตัว	-.458	.000***
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.351	.001**
- ประสิทธิภาพการหกล้ม	.369	.000***

p<.01, *p< .001

จากตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประสิทธิภาพการหกล้ม กับการก้มการหกล้ม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการก้มการหกล้ม ได้แก่ ความมั่นใจในการทรงตัว ($r = -.458, P < .001$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = -.351, P \leq .001$) ส่วนประสิทธิภาพการหกล้ม มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการก้มการหกล้ม ($r = .369, P < .001$)

เมื่อทดสอบความสามารถของปัจจัยด้านความมั่นใจในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประสิทธิภาพการหกล้ม ในการทำนายการก้มการหกล้ม พบว่าสามารถร่วมกันทำนายการก้มการหกล้มของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.60 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของปัจจัยต่างๆ ต่อการก้มการหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนาย	R	R Square	B	SE.	β	t	p
- ความมั่นใจในการทรงตัว	.458	.210	-.173	.021	-.361	-8.238	.000***
- ประสิทธิภาพการหกล้ม	.544	.295	4.438	.747	.258	5.944	.000***
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.562	.316	-.859	.247	-.157	-3.475	.001***

Constant(a) = 54.807, **p<.01, ***p< .001

จากตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของปัจจัยต่างๆ ต่อการก้มการหกล้มในผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาการเลือกตัวแปรเข้าสมการทำนาย พบว่า ปัจจัยที่ถูกเลือกเป็นตัวแปรเข้าสมการทำนายอันดับ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ดังนี้ ความมั่นใจในการทรงตัว มีค่าสัมประสิทธิ์การ

ทำนาย เท่ากับ 21.00 ประสิทธิภาพการหกล้ม ถูกเลือกเข้าสมการในอันดับที่สอง ทำให้ได้สมการที่มีตัวแปรทำนาย 2 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 29.50 และสุดท้าย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ถูกเลือกเข้าสมการในอันดับที่สาม ทำให้ได้สมการที่มีตัวแปรทำนาย

3 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 31.60 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ปัจจัยทำนายการก่อกำเนิดการหลั่งของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย ความมั่นใจในการทรงตัว ประสบการณ์การหลั่ง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.361, .258 และ -.157 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .562 มีอำนาจในการทำนายร่วมกันร้อยละ 31.60 สามารถเขียนเป็นสมการทำนายปัจจัยการก่อกำเนิดการหลั่งของผู้สูงอายุ ดังนี้ Z (การก่อกำเนิดการหลั่ง) = $-.361Z$ (ความมั่นใจในการทรงตัว) + $.258Z$ (ประสบการณ์การหลั่ง) - $.157Z$ (ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การก่อกำเนิดการหลั่งของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี อยู่ในระดับมาก โดยมีความมั่นใจในการทรงตัว อยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับมาก และมีประสบการณ์การหลั่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบในระดับนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ และคณะ²² พบว่าผู้สูงอายุที่มีความมั่นใจในการทรงตัว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับความก่อกำเนิดการหลั่งอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของกนกวรรณ เมืองศิริ และคณะ¹⁷ พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการหลั่งในระดับสูง จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าการหลั่งในรอบ

1 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 44.10 และจากผลการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หน่วยงานสาธารณสุข สุขจึงเห็นถึงความสำคัญในเรื่องของสุขภาพผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆ มากขึ้น รวมทั้งอาจเกิดจากผู้สูงอายุมีความเคยชินต่อการใช้ชีวิตประจำวันจึงส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับมาก โดยที่ยังพบการก่อกำเนิดการหลั่งอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการก่อกำเนิดการหลั่งของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี พบว่าความมั่นใจในการทรงตัว ประสบการณ์การหลั่ง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการก่อกำเนิดการหลั่งของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 31.60 ดังนี้

1. ความมั่นใจในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับการก่อกำเนิดการหลั่ง และเป็นปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายการก่อกำเนิดการหลั่งของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 21.00 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความมั่นใจในการทรงตัวจะก่อกำเนิดการหลั่งน้อยลง และจะพยายามหาวิธีการที่จะทำให้ตนเองประสบความสำเร็จในการทรงตัวเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมโดยที่ไม่หลั่ง²³ ทั้งนี้เพราะ ความมั่นใจในตนเองเป็นความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อประสิทธิภาพการทำการกิจกรรม และทำให้การทำการกิจกรรมนั้นประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราวรรณ รัตน์มณี และ นัยนา พิพัฒน์วิเศษ⁷ พบว่าความมั่นใจในการทรงตัวมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะพยายามหาวิธีในการทรงตัวเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมโดยที่ไม่เกิดการหกล้ม

2. ประสิทธิภาพการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกลัวการหกล้ม และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ อภิปรายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุหกล้ม จะขาดความมั่นใจในตนเอง เกี่ยวกับการทรงตัว จนเกิดการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ทำให้กล้ามเนื้อเสื่อมถอยหรือสูญเสียสภาพความแข็งแรงมากขึ้น¹⁰ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความมั่นใจในการทรงตัวและประสิทธิภาพการหกล้ม สามารถร่วมทำนายการกลัวการหกล้มได้ร้อยละ 29.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยภรณ์ อารีรักษ์¹⁵ ที่พบว่าการกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการหกล้ม ส่งผลถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง และทำให้มีความกลัวการหกล้มเพิ่มมากขึ้น

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลัวการหกล้ม และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ จากการศึกษาอภิปรายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันทำให้ผู้สูงอายุรู้ความสามารถในการปฏิบัติว่าสามารถปฏิบัติได้ปลอดภัย ก็จะพร้อมปฏิบัติไม่กลัวการหกล้ม ทั้งนี้เพราะความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของเสาหลักด้านสุขภาพ ตามแนวคิดสภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพลังในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์²⁴ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความมั่นใจในการทรงตัว ประสิทธิภาพการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกันทำนายการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.60 โดยตัวแปรความมั่นใจในการทรงตัวมีอำนาจในการทำนายการกลัวการหกล้มสูงสุด สอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งกล่าวว่ารับรู้และความสามารถในการทรงตัวที่แตกต่างกัน จะส่งผลให้ความมั่นใจในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเกิดความกลัวการกลัวการหกล้มที่แตกต่างกัน¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการทรงตัวมากขึ้น มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และมีประสิทธิภาพการหกล้มน้อยลง จะทำให้มีความกลัวการหกล้มน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการลดการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการเพิ่มความมั่นใจในการทรงตัวของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี ที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Anothaisintawee T. Systematic review of effectiveness of fall prevention program in elderly. Bangkok: Foundation of Thai

- Gerontology Research and Development institute (TGRD); 2014. (in Thai).
2. Srichang N, Gawee L. The forecast of fall among elderly (60 years of age or older) in Thailand (2016-2020). Bureau of Non-Communicable Diseases. Department of Diseases Control. Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
 3. Charupronprasit R, Suthiart A, Sirirat B, Dumrongchat M. Statistical Thailand 2016. Nontaburi: Bureau of Policy and Strategy; 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 30]; Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/For%20Website_Statist ical%20Thailand%202016.pdf. (in Thai).
 4. Research Institute and Development seniors Thailand. Report seniors Thailand 2015 [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 10]; Available from: <http://thaitgri.org>. (in Thai).
 5. Sukhothai Thammathirat Open University; Effects on the country that have aging society [Internet]. 2017 [cited 2018 May 10]; Available from: <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-04.html>. (in Thai).
 6. Pholin T, Jitramontree N, Wirojratana V. The Relationships between Personal Factors, Health Status, Fear of Falling, and Fall Preventive Behaviors of Community Dwelling Older Persons. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017;29(1):36-50. (in Thai).
 7. Ratmanee A, Piphatvanitcha N. Factors related to fear of falling in older adults with stroke. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(1):63-76. (in Thai).
 8. Thiamwong L, Suwanno J. Risk factors related to balance impairment among rural community-dwelling older adults. Journal of The Police Nurse. 2014;6(2):56-69. (in Thai).
 9. Murphy S, Tickle-Degnen, L. Participation in daily living tasks among older adults with fear of falling. AJOT. 2001;55:538-44.
 10. Hadjistavropoulos T, Delbaere K, Fitzgerald TD. Reconceptualizing the role of fear of falling and balance confidence in fall risk. JAH. 2011;23(1):3-23.
 11. Bandura, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist. 1993;28:17-148.
 12. Lisenby MA. Gait speed and confidence levels in persons using 1 and 2 canes while walking a 4-m Course. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 18]; Available from: [www. Topics in Geriatric Rehabilitation.com](http://www.Topics in Geriatric Rehabilitation.com).
 13. Tamsat A, Aree-Ue S, Leelacharas S. Fear of falling and functional ability in older adults undergoing hip surgery. Journal of The Police Nurse. 2015;7(1):64-82. (in Thai).
 14. Young WR, William AM. How fear of falling can increase fall-risk in older adults: Applying psychological theory to practical observations: Gait& Posture. 2015;(41):7-12.

15. Areerak W. Fear of Falling among Community-dwelling Older Adults. The 10th RSU National Graduate Research Conference. Udon Thani Rajabhat University; 2015:2180-90. (in Thai).
16. Schmid AA, Puymbroeck VK, Knies K, Morris SC, Watts K, Damush T, et al. Fear of falling among people who have sustained a stroke: A 6-month longitudinal pilot study. *AOTA*. 2011;65:125–32.
17. Muangsiri K, Maharachpong N, Rodjarkpai. Factors relating the behavior of fall prevention among elderly in Chonburi province. *Naresuan university Journal: Science and Technology*. 2017;25(4):23-33. (in Thai).
18. Yamane, Taro. *Statistics: An Introductory Analysis*. New York: Harper and Row 87 Publication; 1973.
19. Thiamwong L. Psychometric Testing of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) in Thai Older Adults. *Songkla Medical Journal*. 2554;29(6):277-87. (in Thai).
20. Nanthapaiboon K, Wannapake J, Viriyatarakij N, Boonsinsukh R. Thai translation and cross-cultural adaptation of the activities-specific balance confidence (ABC) scale. The 1st national conference research and innovation knowledge transformation towards Thailand 4.0 [Internet]. 2016 [cited 2018 May 9]; Available from: <http://sites.mfu.ac.th/hsresearch2017/>.
21. Jitapunkul S. Older adults assessment. In: Phokakul W, editor. *Multidisciplinary team for elderly patient*. Bangkok: The Agriculture Cooperative Federation of Thailand; 2005:1-8. (in Thai).
22. Prommapong N, Piphatvanitcha N, Julmatt P. Factors related to fear of falling among older adult patients. The 3rd National Conference. 2018:315-27. (in Thai).
23. Sucaromana A. Resilience quotient: RQ. *Journal of MCU Peace Studies*. 2016. (4)1:209-19. (in Thai).
24. Sukolpuk M, Boonchuaythanasit K. Health dimension of active ageing: A systematic review. *Journal of Health Science Research*. 2017;11 Suppl:53-63. (in Thai).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

วินัย ไตรนาทวัลย์* วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์** ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ***

วันที่รับบทความ : 10/04/2562

วันแก้ไขบทความ : 27/05/2562

วันตอบรับบทความ : 09/07/2562

บทคัดย่อ

ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นทักษะสำคัญ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยเชิงทำนายระหว่างโรคร่วม แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมกับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนจังหวัดนนทบุรี จำนวน 148 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ แบบทดสอบความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบบันทึกโรคร่วม แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .70, .90, .91 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานสูง ($\bar{X} = 46.85$, $SD = 7.76$) แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .227$, $p < 0.01$, $\beta = .145$, $p < .05$) และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม ($r = .631$, $p < 0.01$, $\beta = .599$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 40.60 ($p < .001$) แต่โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ พยาบาลและทีมสุขภาพควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม

คำสำคัญ: ความแตกฉานด้านสุขภาพ โรคร่วม ผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และสื่อสังคม

*นักศึกษาลัทธิศูตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, Email:Trainattawan@gmail.com

**ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors influencing health literacy among older adults

Winai Trainattawan* Virapun Wirojratana** Doungrut Watanakukrileert***

Abstract

Health literacy is a necessary skill to create an appropriated of health behavior thus reducing risk factors and promoting long term life-quality in older adults. This study aimed to explore the influence of factors, such as comorbidity, family support and health information seeking behaviors through online media on health literacy among older adults. The purposive sampling included a total of 148 adults aged 60 and older living in Nonthaburi province. Data were collected using Charlson comorbidity index (CCI), The family APGAR questionnaire, health information seeking behaviors through online media and health literacy. Reliabilities of the questionnaire were .70, .90, .91, and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic as well as multiple regression.

The results show functional levels of health literacy of 46.85 ± 7.76 . The findings reveal that family support score ($r = .227, p < 0.01, \beta = .145, p < .05$) and health information seeking behaviors through online media score ($r = .631, p < 0.01, \beta = .599, p < .001$) are correlated, predicting health literacy in older adult, with 40.60% ($R^2 = .406, p < .001$). The comorbidity score is not correlate and cannot predict health literacy in older adult.

The study findings indicate that nurses and health care teams should encourage family members in enhancing family relationship and provide health information seeking behaviors through online media in older adults.

Keywords: health literacy, comorbidity, older adults, family support, health information seeking behavior through online media

*Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Email:Trainattawan@gmail.com

** The Department of Fundamental Nursing, Mahidol University

***The Department of Medical Nursing, Mahidol University

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ และการก้าวเข้าสู่ภาวะสูงวัย ร่างกายได้รับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมตามธรรมชาติ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงทั้งด้านกายภาพ และด้านความรู้คิด เกิดกลุ่มอาการสูงอายุ¹ ประชากรสูงอายุจึงจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพซึ่งโดยมากเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ² ทั้งยังส่งผลให้เกิดอัตราการพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10.70 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 22.30 ในปี 2557³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) เข้ามามีบทบาทสำคัญกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง คาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะสามารถดูแลตนเองได้นั้น ต้องมีความรู้ ความแตกฉานด้านสุขภาพมากเพียงพอ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงการเกิดโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานลดลงส่งผลเสียต่อสุขภาพ หรือเกิดโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี⁴ เพิ่มการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น⁵

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 70.00 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป⁶ มีความซับซ้อนในการดูแล และต้องการการดูแลสูง ตลอดจนมีการใช้ยาหลายชนิด ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระหน้าที่ที่ต้องการการดูแล⁷ และยังพบว่า

โอกาสในการเกิดโรคร่วมจะลดลงหากผู้สูงอายุมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ⁸ สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งเป็นประสบการณ์ในระดับบุคคลที่ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความเข้าใจในการดูแลตนเอง ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขาดความสามารถในการควบคุมความรุนแรงของโรค และมีอัตราการเสียชีวิตสูงพบว่ามีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ⁹

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย¹⁰ หากครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการสื่อสาร การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนมีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ จะส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่สมาชิกในครอบครัว¹¹ การศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการอาศัยกับคู่สมรสที่น้อยลง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับต่ำ¹² ดังนั้นการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงจัดเป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

อีกทั้ง สังคม โลก ปัจจุบัน เป็นสังคมสารสนเทศ เทคโนโลยีมีความเกี่ยวข้องและจำเป็นกับทุกคนรวมถึงผู้สูงอายุ¹³ โดยพบว่าพฤติกรรมที่เปิดรับข่าวสารของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งพาตนเอง¹⁴ และความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁵ สอดคล้องกับผลการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของ

ชาวอเมริกัน¹⁵ พบว่า การสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศมีประโยชน์อย่างมากในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศจะมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังไม่พบการศึกษา ประเด็นทางคลินิกของการมีโรคร่วม บริบททางสังคมของการอาศัยร่วมกับครอบครัว และเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยของการมีโรคร่วม แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม กับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัย RTI's Health Literacy Skills Framework ของ Squiers et al.¹⁶ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาการพยาบาลในการดูแล ส่งเสริมระดับความแตกฉานด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสมในบริบทของผู้สูงอายุ และครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจในการทำนายของการมีโรคร่วม แรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม ต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคือ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยและมีการรับรู้เป็นปกติ ประเมินโดยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) มากกว่า 23 คะแนน เกณฑ์คัดออกคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวช และมีโรคร่วมเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีสุ่มพื้นที่แบบหลายขั้นตอนได้อำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอบางกรวย อำเภอบางบัวทอง และอำเภอปากเกร็ด คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .90 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขนาดปานกลาง $r = .30$ ¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยเป็นแบบคัดกรอง (Screening Test) เพื่อวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไป พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง¹⁸ เป็นลักษณะแบบสอบถาม คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 23 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่าถือว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม นำไปศึกษา

ในผู้สูงอายุมีค่าความไวร้อยละ 87.00 ค่าความจำเพาะร้อยละ 87.00 และทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา ระดับการช่วยเหลือของตนเอง

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การพูด การอ่าน การเขียน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยกับบุคคลในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

แบบทดสอบความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พัฒนาโดย วรรณศิริ นิลเนตร และคณะ¹⁹ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องภายใน (IOC) คิดรายด้านมีค่า 0.67-1.00 มีค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .70 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค 2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ด้านทักษะการตัดสินใจ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ เป็นลักษณะเลือกตอบ จำนวน 38 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 74 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ระดับพื้นฐานคือ ได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานร้อยละ 50.00 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 9-13 คะแนน)

ระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 50.00 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 34-61 คะแนน)

ระดับวิจารณ์ญาณ คือ ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และระดับปฏิสัมพันธ์ และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับวิจารณ์ญาณร้อยละ 50.00 ขึ้นไป (มากกว่า 62 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกโรคร่วม

เป็นแบบบันทึกจำนวนและความรุนแรงของโรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกาย คัดแปลงจากแบบประเมินโรคร่วม พัฒนาโดย Charlson et al. (1987)²⁰ ประกอบด้วยรายการโรคจำนวน 23 ข้อ คะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 0-42 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนมากหมายถึงมีความรุนแรงของโรคร่วมมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire)

ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 2) วิธีการพูดคุย การแก้ปัญหา ร่วมกัน 3) การยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ๆ 4) การแสดงความรักและเอาใจใส่ และ 5) การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน สร้างโดย พรทิพย์ มาลาธรรม²¹ นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้กระบวนการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) มีค่าความเที่ยง .91 แบบสอบถามมี 5 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 4 (0 = ไม่เคยพอใจ 4 = พึงพอใจเสมอ) คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-13 คะแนน) และระดับสูง (14-20 คะแนน)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูล สุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม

เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม ดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทักษะสุขภาพของโครงการ Health Information National Trends Survey (HINTS) แปลโดยกฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา และคณะ²² จำนวน 8 ข้อ โดยให้เลือกรับตอบ ไม่เคย (0 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และบ่อยครั้ง (3 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และระดับมาก (17-24 คะแนน)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรอง เลขที่ IRB-NS2018/70.2911 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยทำการคัดกรองแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย เมื่อผ่านการคัดกรองผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลในด้านโรคร่วม

แรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม โดยใช้สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งเพศหญิง และเพศชาย จำนวน 148 คน อายุเฉลี่ย 69.45 ปี (SD = 6.72) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.40 เพศชาย ร้อยละ 31.80 เพศหญิง ร้อยละ 68.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.10 อาศัยอยู่ในครอบครัวชาย ร้อยละ 52.00 สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันเฉลี่ย 4.05 คน (SD = 2.45) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 71.60 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.90 ความพอเพียงของรายได้ในระดับพอใช้ ร้อยละ 88.50 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ ร้อยละ 98.00 และรับทราบข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 100 จากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 86.50 และบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 79.10 ความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.70 การได้ยินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.60 การพูดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.60 การอ่านอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.20 และการเขียนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.10 และมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานสูง (\bar{X} = 46.85, SD = 7.76) ร้อยละ 100 ความรุนแรงของโรคร่วมในระดับต่ำ (\bar{X} = 1.54, SD = 1.61) ร้อยละ 85.80 แรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 17.14, SD = 2.34) ร้อยละ 89.90 และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 13.39, SD = 3.94) ร้อยละ 64.20 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของโรคร่วม แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม กับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 148)

ตัวแปร	Range	\bar{X}	SD	ร้อยละ	ระดับ
โรคร่วม	0 - 14	1.54	1.61	85.50	ต่ำ
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	10 - 20	17.14	2.34	89.90	สูง
พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม	4 - 31	13.39	3.94	64.20	ปานกลาง
ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	27 - 64	46.85	7.76	100	พื้นฐาน

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .277, p < 0.01, r = .631, p < .01$) ตามลำดับ

แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .221, p < .01$) และโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างโรคร่วม แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม กับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 148)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	1			
2. โรคร่วม	.027	1		
3. แรงสนับสนุนจากครอบครัว	.277**	.031	1	
4. พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม	.631**	.062	.221**	1

**p < .01

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter พบว่า แรงสนับสนุนจาก

ครอบครัว และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40.60

($p < .001$) โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .145, p < .05$) และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม ($\beta = .599, p < .001$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคร่วมไม่มีอิทธิพลต่อความแตกต่างด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุ ($\beta = -.015, p > .05$) ความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ = $22.906 + 0.481$ (แรงสนับสนุนจากครอบครัว) + 1.181 (พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่าง โรคร่วม แรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม กับความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 148)

ตัวแปร	B	Std. Error	β	t	p
ค่าคงที่	22.906	3.776	-	6.066	.000***
โรคร่วม	-.071	.306	-.015	-.231	.818
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	.481	.217	.145	2.221	.028*
พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม	1.181	.129	.599	9.177	.000***

$R = .646, R^2 = .418, \text{ Adjust } R^2 = .406, \text{ Over all } F = 34.428, *p < .05, ***p < .001$

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ จากการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพ และสถานะทางสุขภาพในผู้สูงอายุ²³ โดยระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลต่อระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่เพียงพอในผู้สูงอายุ

โรคร่วม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถร่วมกันทำนายความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งโรคร่วม และความรุนแรงของโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจ

เนื่องมาจากโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขของไทย ผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับปานกลางถึงสูงต้องส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพที่มีระบบการดูแลโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระดับความรุนแรงของโรคร่วมต่ำ มีการกระจายของข้อมูลน้อย การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพฯ¹⁸ พบว่าโรคร่วมไม่มีอิทธิพลต่อความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าสามารถร่วมกันทำนายความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการ

ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสื่อกลาง ให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการสนับสนุน ให้มีความรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทาง สังคมเป็นสื่อกลางที่มีความสัมพันธ์กับความ แยกแยะด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่²⁴ โดยเฉพาะครอบครัวเป็นกลไกที่สำคัญในการ พัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพ

พฤติกรรมกรสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อ ออนไลน์/สื่อสังคม พบว่า สามารถร่วมทำนาย ความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่สืบค้นข้อมูล สุขภาพผ่านสื่อออนไลน์จำเป็นต้องมีความรู้ และ ทักษะการใช้สื่อเป็นพื้นฐาน เมื่อมีการสืบค้นมากขึ้น จะได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงขึ้นนำไปสู่การมีความแตกต่างด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศทางสุขภาพ และความแตกต่างด้าน สุขภาพของชาวอเมริกันในชุมชน ที่พบว่า การมี พฤติกรรมกรสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อ ออนไลน์/สื่อสังคม ส่งผลให้มีระดับความ แยกแยะด้านสุขภาพที่สูงขึ้น²⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านแรง สนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมกร สืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม สามารถร่วมกันทำนายความแตกต่างด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุได้ ส่วนการมีโรคร่วมไม่สามารถ ร่วมทำนายระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัว การ พัฒนาความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ จากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม เพื่อเพิ่มระดับความ แยกแยะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลด้าน การสนับสนุนจากครอบครัว และหาแนวทางการ ส่งเสริมพฤติกรรมกรสืบค้นข้อมูลสุขภาพเพื่อ พัฒนา ระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

2. ศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุในหน่วยบริการสาธารณสุขหลายระดับ เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของการมีโรคร่วมกับ ระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Anuruang S. Multimorbidity in older persons: Situation, challenge issues, and care management. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017;29(2):1-14. (in Thai).
2. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(8):9714-25.
3. National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. The 2014 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication; 2014.

4. Ervin T, Genc B, Naim, J, Kristine S, Naser R, Bajram, H, et al. Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promot Int.* 2014;30(3):667-74.
5. Cho IY, Lee DS, Arozullah MA, Crittenden SK. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008;66(8):1809-16.
6. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multimorbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2013;25(3):43-54. (in Thai).
7. Giovannetti ER, Wolff JL, Xue QL, Weiss CO, Leff B, Boulton C, et al. Difficulty assisting with health care tasks among caregivers of multimorbid older adults. *J Gen Intern Med.* 2012;27(1):37-44.
8. Samuel GS, Laura MC, Jane W, Christian VW, Michael SW. Skill set or mild set? Associations between health literacy, patient activation and health. *PLoS One.* 2013;8(9): e74373.
9. Sudore LR, Yeffe K, Satterfield S, Harris BT, Mehta MK, Simonsick ME, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):806-12.
10. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2016. Nakhon Prathom: Printery Publication; 2016. (in Thai).
11. Tawonwadcharakul B. Factors related to family support for elder persons with osteoarthritis, upper southern region [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
12. Panagiotti M, Skevington SM, Hann M, Howells K, Blakemore A, Reeves D, et al. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: A large cohort study in UK general practice. *Qual Life Res.* 2018;27(5):1257-68.
13. Loipha S. The Elderly and Information Technology. *Journal of Information Science.* 2010;29(2):53-64. (in Thai).
14. Siriwongpakhon S. A study of media exposure behavior to relation with elderly of self-reliance in Bangkok metropolis. [Thesis]. Bangkok: Rajamangala University of Technology Phra Nakhon; 2013. (in Thai).
15. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy [Internet]. 2006 [cited 2018 Sep 9]; Available from: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
16. Squiers L, Peinado S, Berkman N, Boudewyns V, McCormack L. The health literacy skills framework. *J Health Commun.* 2012;17 Suppl 3:30-54.

17. Smith CH, Boland B, Daureeawoo Y, Donaldson E, Small K, Tuomainen J. Effect of aging on stimulated salivary flow in adults. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(5):805-8.
18. Train the brain forum committee. Thai mental state examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette.* 1993;45(6):359-74. (in Thai).
19. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research.* 2016;30(5):315-21. (in Thai).
20. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chron Dis.* 1987;40(5):373-83.
21. Malathum, P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults [Thesis]. Austin, TX: University of Texas at Austin; 2001. (in Thai).
22. Tipkanjanaraykha K, Yingrengreung S, Kheokao J, Ubolwan K, Jaemtim N, Promsuan W. Health information seeking behaviors of elderly through online media According to perceived health status. *Journal of Health Science Research.* 2017;11 Suppl:12-22. (in Thai).
23. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med.* 2005; 165(17):1946-52.
24. Stewart DW, Reitzel LR, Correa-Fernandez V, Cano MA, Adams CE, Cao Y, et al. Social support mediates the association of health literacy and depression among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *J Behav Med.* 2014;37(6):1169-79.
25. McCleary-Jones V, Scheideman-Miller C, Rev Dorn JA Jr, Johnson B, Overall M, Dwyer K. Health information technology use and health literacy among community-dwelling African Americans. *ABNF J.* 2013;24(1):10-6.

ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมต่อผลกระทบสุขภาพ ของผู้บริโภคผักผลไม้สด

นิรมล ธรรมวิริยสติ* วิจิตตรา มาลัยเขต** กัลย์รวี กนกเลิศวงศ์**

รินรดา วิสุทธิ** สานิตา สิงห์สนั่น***

วันที่รับบทความ : 05/11/2561

วันแก้ไขบทความ : 30/12/2561

วันที่ตอบรับบทความ : 05/10/2562

บทคัดย่อ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการปนเปื้อนต่อสิ่งแวดล้อม การศึกษาที่ผ่านมา มุ่งเน้นปัญหาสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรเป็นหลัก ยังไม่มีการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคที่แน่ชัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคผักผลไม้ที่ส่งผลกระทบต่อระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม และเปรียบเทียบความแตกต่างของพารามิเตอร์ทางสุขภาพตามระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสที่เปลี่ยนแปลง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ตอบแบบประเมินระดับพฤติกรรม จำนวน 81 ราย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ตอบแบบประเมินระดับพฤติกรรมผู้บริโภคที่เสี่ยงต่อการได้รับพิษจากยาฆ่าแมลง ตรวจสอบสุขภาพร่างกายเบื้องต้นและตรวจเลือดวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เปรียบเทียบพฤติกรรมผู้บริโภคและพารามิเตอร์ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมมากกว่าและน้อยกว่า 2,000 U/L วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ unpaired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$

ผลการวิจัยพบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบน ปริมาตรของเซลล์เม็ดเลือดแดง และโคเลสเตอรอลโดยรวมสูงขึ้นในกลุ่มที่มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมน้อยกว่า 2,000 U/L แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003, .049$ และ $.034$ ตามลำดับ)

ดังนั้นการตรวจระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม พฤติกรรมผู้บริโภคผักผลไม้ และสุขภาพของผู้บริโภค อาจเป็นประโยชน์ในการทำนายและป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักผลไม้

คำสำคัญ: เอนไซม์โคลินเอสเตอเรส พฤติกรรมผู้บริโภคผักผลไม้ ความเสี่ยงทางสุขภาพ พิษจากยาฆ่าแมลง

*กลุ่มวิจัยอนุชีววิทยาทางการแพทย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, Email: niramon@go.buu.ac.th

**นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***คณะสหเวชศาสตร์ สาขาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Serum cholinesterase level and its impact on health condition of fresh fruit and vegetable consumers

Niramon Thamwiriyasati* Wijitra Malaiket** Kanrawe Kanokleardwong**

Rinrada Wisutti** Sanita Singsanan***

Abstract

Pesticides are extensively used worldwide, which has been reported to influence health conditions and environmental contamination. Current studies are focusing on agriculture workers' health, whereas there are little data regarding health-related problems of consumers of agricultural products. Thus, the objective of this study was to study serum cholinesterase levels and its relation to health issues in people who consume fresh fruits and vegetables. Eighty-one people of Mueang District, Chonburi Province completed a questionnaire for evaluating the level of consumption behaviors at risk of pesticides. Health checkups were performed and blood samples for diagnostic lab data were collected. Then, subjects were separated into two groups by level of serum cholinesterase greater or less than 2,000 U/ L. Data analysis was computed by using unpaired t-test at statistical significance of 0.05.

We found that systolic blood pressure, mean corpuscular volume and total cholesterol were significantly higher in subjects with serum cholinesterase < 2,000 U/L than the other group ($p = .003$, $p = .049$ and $p = .034$, respectively). Our results indicate that serum cholinesterase level might be a promising parameters for predicting and health-related problems by consuming pesticide residues in fruits and vegetables.

Keywords: enzyme cholinesterase, consumption behavior of fruits and vegetables, health-related problem risk, pesticide toxicity

*Molecular Medicine Research Group, Faculty of Allied Health Sciences, Burapha University,

Email: niramon@go.buu.ac.th

**Bachelor's Degree in Medical Technology, Faculty of Allied Health Sciences, Burapha University

***Department of Medical Technology, Faculty of Allied Health Sciences, Burapha University

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย มีการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลาย ทั้งด้านเกษตรกรรมและใช้กำจัดแมลงในบ้านเรือนส่งผลอันตรายต่อสุขภาพของเกษตรกรเอง ผู้บริโภคและคนทั่วไปก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง¹ ผู้ที่สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คือ กลุ่มเกษตรกรผู้ฉีดพ่นที่จะได้รับพิษโดยตรง แต่สำหรับผู้บริโภคจะได้รับพิษทางอ้อมจากผลผลิตทางการเกษตรที่มีสารตกค้างปนเปื้อนอยู่ แม้ได้รับในปริมาณต่ำแต่การที่ได้รับเป็นประจำ สารพิษอาจสะสมเป็นปัญหาเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย เช่น ผลต่อระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และระดับเซลล์ของร่างกาย ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ มีอาการคลื่นไส้เวียน อาเจียน ระบบหายใจขัดข้อง และอาจร้ายแรงจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต ทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ทันเวลาที่² จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม จำนวน 1,999 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.15 ต่อประชากรแสนคน และพบอัตราผู้ป่วยสูงในช่วงอายุ 55 - 64 ปี รวมทั้งมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ สอดคล้องกับการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในภาคเกษตร แม้ว่าการควบคุมการใช้สารเคมีอันตรายที่ผ่านมามีแนวโน้มที่ดีขึ้น³

เอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสมีหน้าที่ในการทำลายสารอะซิติล โคลีน ซึ่งสารตัวนี้เป็นตัวกลางในการส่งกระแสประสาท เมื่อร่างกายได้รับพิษจากยาฆ่าแมลงในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์นี้จึงทำให้มีระดับของเอนไซม์ลดลงจากเดิม⁴ การตรวจวัดเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสจึงถูกใช้เป็นตัวบ่งชี้ (biomarker) ของการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา สนใจศึกษาพิษของยาฆ่าแมลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเป็นหลัก ในขณะที่ผู้บริโภคไม่มีการศึกษาและให้ความสนใจมากนัก ทั้งที่ผู้บริโภคผักผลไม้สดเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่สามารถได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางอ้อม ที่เกิดจากเกษตรกรใช้ยาฆ่าแมลงในปริมาณที่มากเกินไป และจากการที่ไม่ได้ทิ้งระยะเวลาทานพอที่สารพิษเหล่านี้จะสลายตัวก่อนเก็บพืชผักมาขาย ทำให้สารพิษที่ตกค้างเข้าสู่ร่างกายและไปทำลายการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของผู้บริโภคได้ เช่นเดียวกัน⁵ ดังนั้นหากเราทราบพฤติกรรมผู้บริโภคที่เสี่ยงต่อการได้รับพิษจากยาฆ่าแมลงที่ส่งผลกระทบต่อเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด และใช้ระดับการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสเป็นตัวบ่งชี้ผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภคผักผลไม้สดที่อาจเกิดขึ้นได้ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังและดูแลผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ที่ส่งผลกระทบต่อระดับเอนไซม์โคเลสเตอรอลในซีรัม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพารามิเตอร์ทางสุขภาพตามระดับเอนไซม์โคเลสเตอรอลที่เปลี่ยนแปลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้และเปรียบเทียบความแตกต่างของพารามิเตอร์ทางสุขภาพตามระดับเอนไซม์โคเลสเตอรอลในซีรัมที่เปลี่ยนแปลง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (ช่วงอายุ 18-60 ปี สัญชาติไทย) จำนวน 81 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และนิยมซื้อผักผลไม้ตามท้องตลาดขนส่งจำหน่ายผักขนาดใหญ่ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เก็บข้อมูลพื้นฐานและภาวะสุขภาพปัจจุบันของกลุ่มผู้บริโภคเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วย และวัดความดันโลหิตก่อนทำการเจาะเลือด โดยทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง เว้นช่วงห่างกันครั้งละ 1 นาที วัดจาก

แขนเดียวกัน ในท่าเดียวกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยจากผลทั้งหมดที่ได้

2. ทำแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมกรับประทานผักและผลไม้ โดยเป็นคำถามที่ให้เลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) รับประทานผักผลไม้ที่ปลูกเองแบบไม่ใช้ยาฆ่าแมลง 2) เลือกซื้อผักผลไม้ที่มีรอยกัดแมลง 3) ซื้อผักผลไม้ในตลาดเกษตรอินทรีย์ /แหล่งตลาดที่ทราบว่าไม่ใช้ยาฆ่าแมลง 4) ตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยผักผลไม้ก่อนรับประทาน 5) แช่ผักในน้ำเกลือ/ น้ำปูนใส/ ด่างทับทิม หรือล้างแบบน้ำไหล ก่อนรับประทาน และ 6) ปอกเปลือกผักผลไม้หรือลอกใบผักชั้นนอกออกก่อนรับประทาน โดยกำหนดให้ปฏิบัติทุกครั้งให้ค่าคะแนน 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ค่าคะแนน 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ค่าคะแนน 0 คะแนน และนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับความเสี่ยง คือ เสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 0 - 4 เสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 5 - 8 เสี่ยงต่ำ มีค่าคะแนน 9 - 12 แบบสอบถามนี้มีค่าความตรงเท่ากับ .66 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .70

3. เก็บตัวอย่างเลือดและตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจากกลุ่มอาสาสมัครที่ทำแบบสัมภาษณ์ โดยเจาะเก็บเลือดจากเส้นเลือดดำที่แขน ปริมาตร 5 mL แบ่งเก็บเลือดในสารกันเลือดแข็งอีดีทีเอ ปริมาตร 2 mL เพื่อนำไปวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดทางโลหิตวิทยา (CBC) โดยใช้เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ ยี่ห้อ Mindray BC-6800

และเก็บเลือดในหลอดที่ไม่มีสารกันเลือดแข็ง ปริมาตร 3 mL ปลอ่ยให้เลือดแข็งตัวและปั่นเหวี่ยง ที่ความเร็วรอบ 5,000 rpm เพื่อแยกซีรัมไปตรวจ วิเคราะห์หาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส หรือ บิวทิลโคลีนเอสเตอเรส โดยใช้ชุดทดสอบ มาตรฐาน Acetylcholinesterase activity assay (Sigma-aldrich)⁶ และวัดระดับ โคลเลสเตอรอล โดยรวม ตามวิธีวิเคราะห์เมื่อใช้น้ำยา HUMAN Cholesterol Reagent Kit กำหนดความเข้มข้นเทียบ กับสารละลายมาตรฐาน ทำการวิเคราะห์ตัวอย่าง อย่างละ 2 ซ้ำ โดยทั้งสองวิธีทดสอบมีการควบคุม คุณภาพการวิเคราะห์โดยใช้สารควบคุมคุณภาพ (control material: HN และ HP) ที่ 2 ระดับ และต้อง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง (%Accuracy > 90) และความแม่นยำ (%CV < 5) ตามมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการคลินิก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย บูรพา หมายเลขใบรับรองที่ 159/2558 ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2558 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง คือ การเจาะเลือดซึ่งอาจมีรอยจ้ำเขียวเกิดขึ้น หลังจากการเจาะ โดยส่วนใหญ่อาการเหล่านี้จะหาย ได้เองและไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์พารามิเตอร์ทางสุขภาพที่แตกต่าง กันตามกลุ่มระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm SD$) สถิติ unpaired *t* test ($p < 0.05$)

ผลการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ที่ส่งผลต่อ ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัม

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 81 ราย มีระดับ เอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัมที่น้อยกว่า 2,000 U/L (1621-1945 U/L) จำนวน 18 ราย และมีระดับ เอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัมที่มากกว่า 2,000 U/L (2,116 - 4,435 U/L) จำนวน 63 ราย โดยพบว่า พฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติส่วนใหญ่ของกลุ่มที่มีระดับ เอนไซม์น้อยกว่า 2,000 U/L คือ การตรวจสอบ คุณภาพและความปลอดภัยผักผลไม้ก่อน รับประทาน ร้อยละ 61.11 รองลงมาคือ ซื้อผัก ผลไม้ในตลาดเกษตรอินทรีย์ แหล่งตลาดที่ทราบว่า ไม่ใช่ย่านแม่ลง ร้อยละ 27.78 ส่วนพฤติกรรมที่ ส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งในกลุ่มที่มีระดับเอนไซม์ มากกว่า 2,000 U/L คือ การแช่ผักในน้ำเกลือ น้ำปูน ใส ค้างทับทิม หรือล้างแบบน้ำไหลก่อน รับประทาน ร้อยละ 61.90 รองลงมาคือ ซื้อผัก ผลไม้ในตลาดเกษตรอินทรีย์หรือแหล่งตลาดที่ ทราบว่าไม่ใช่ย่านแม่ลง ร้อยละ 34.92

ระดับคะแนนความเสี่ยงพฤติกรรมต่อ ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัม

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับเอนไซม์โคลีน เอสเตอเรสในซีรัมที่น้อยกว่า 2,000 U/L มีค่า

คะแนนความเสี่ยงพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ต่อการได้รับพิษจากยาฆ่าแมลง โดยเฉลี่ย 5.83 ± 1.72 (ระดับปานกลาง) และมีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส ในซีรัมมากกว่า 2,000 U/L มีค่าคะแนนความเสี่ยงโดยเฉลี่ย 6.56 ± 1.56 (ระดับปานกลาง)

ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.09$) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงสูง ทั้งหมดจำนวน 5 ราย อยู่ในกลุ่มที่มีค่าเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสน้อยกว่า 2,000 U/L ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความเสี่ยงพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลต่อระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม (n = 81)

ระดับคะแนนความเสี่ยงพฤติกรรม	สูง (0-4 คะแนน) จำนวน (%)	ปานกลาง (5-8 คะแนน) จำนวน (%)	ต่ำ (9-12 คะแนน) จำนวน (%)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)
ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส < 2000 U/L (N = 18 ราย)	5/18 (27.78)	11/18 (61.11)	2/18 (11.11)	5.83 ± 1.72
ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส > 2000 U/L (N = 63 ราย)	0/63 (0)	50/63 (79.37)	13/63 (20.63)	6.56 ± 1.56

เปรียบเทียบความแตกต่างของพารามิเตอร์ทางสุขภาพตามระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม

ทำการตรวจเลือดกลุ่มตัวอย่างและวัดระดับค่าพารามิเตอร์ทางสุขภาพ ได้แก่ ความดันตัวบน (SP) ความดันตัวล่าง (DP) ฮีโมโกลบิน (Hb), ฮีมาโตคริต (Hct), ปริมาตรของเซลล์เม็ดเลือดแดง (MCV) และ โคลเลสเตอรอลโดยรวม (Total

cholesterol) พบว่า กลุ่มที่มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมน้อยกว่า 2,000 U/L มีค่าความดันตัวบน (SP) ปริมาตรของเซลล์เม็ดเลือดแดง (MCV) และ โคลเลสเตอรอลโดยรวม แตกต่างจากกลุ่มที่มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมมากกว่า 2,000 U/L อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพารามิเตอร์ทางสุขภาพตามระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม

พารามิเตอร์ทางสุขภาพ	ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม		p
	< 2,000 U/L (N=18)	> 2,000 U/L (N=63)	
เพศชาย (%)	38.89% (7/18)	33.33% (21/63)	.797
อายุ (ปี)	44.83 ± 11.77	29.98 ± 13.50	<.001***
ความดันตัวบน (SBP) (mmHg)	128.33 ± 20.10 (101 - 158)	113.37 ± 17.66 (81 - 156)	.003**
ความดันตัวล่าง (DBP) (mmHg)	79.00 ± 11.59 (56 - 102)	72.95 ± 12.63 (52 - 103)	.072
ฮีโมโกลบิน (Hb) (g/dL)	13.19 ± 1.10 (11.30 - 15.50)	13.56 ± 1.53 (10.00-16.90)	.342
ฮีมาโตคริต (Hct) (%)	46.42 ± 3.29 (40.20 - 53.40)	46.36 ± 5.32 (35.80-64.40)	.964
ปริมาตรของเซลล์เม็ดเลือดแดง (MCV) (fL)	96.94 ± 5.33 (82.50 - 107.50)	91.84 ± 10.38 (49 - 109.70)	.049*
โคเลสเตอรอลโดยรวม (Total cholesterol) (mg/dL)	166.39 ± 54.23 (102-307)	198.52 ± 56.27 (86-321)	.034*

*p<.05, **p < .01, ***p < .001

อภิปรายผล

การศึกษานี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีระดับเอนไซม์มากกว่า 2,000 U/L ซึ่งอยู่ในช่วงค่าอ้างอิงปกติ และกลุ่มที่มีระดับเอนไซม์น้อยกว่า 2,000 U/L ที่อยู่ในช่วงค่าอ้างอิงต่ำกว่าปกติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ที่เสี่ยงต่อการได้รับพิษตกค้างจากยาฆ่าแมลงและส่งผลให้ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมลดลง คือ การตรวจสอบคุณภาพ

และความปลอดภัยผักผลไม้ก่อนรับประทาน ร้อยละ 61.11 และซื้อผักผลไม้ในตลาดเกษตรอินทรีย์ แหล่งตลาดที่ทราบว่าไม่ใช้ยาฆ่าแมลง ร้อยละ 27.78 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยในการบริโภคผักผลไม้สดเพื่อสุขภาพที่ดีของชุมชน

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความถี่พฤติกรรมต่อระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมทั้งสองกลุ่ม อยู่ในระดับปานกลางที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่พบจำนวนกลุ่ม

เสี่ยงสูงทั้งหมดมีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส น้อยกว่า 2,000 U/L ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมจะไม่ลดลงชัดเจนตามพฤติกรรมเสี่ยงของการบริโภคเหมือนกับการสัมผัสสารเคมีและการหายใจที่พบในตัวอย่างกลุ่มเกษตรกรผู้ใส่ยาฆ่าแมลงและสัมผัสสารเคมีโดยตรง⁷⁻⁸ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่สามารถส่งผลต่อระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับทานยาบางชนิด⁶ โดยงานวิจัยนี้พบความแตกต่างของปัจจัยอายุที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มระดับเอนไซม์ โดยกลุ่มที่มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมน้อยกว่า 2,000 U/L จะมีอายุโดยเฉลี่ย 44.83 ปี มากกว่ากลุ่มที่มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมมากกว่า 2,000 U/L ซึ่งมีอายุโดยเฉลี่ย 29.98 ปี (ดังตารางที่ 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจเป็นผลเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีโอกาสได้รับพิษตกค้างสะสมในร่างกายเป็นเวลานานขึ้น และสารพิษที่ได้รับไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสทำให้ค่าต่ำลง (chronic poisoning)⁹ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่พบความแตกต่างของระดับเอนไซม์ตามเพศ เนื่องจากกลุ่มประชากรทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเพศชายและเพศหญิงที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพารามิเตอร์ทางสุขภาพตามระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัมพบว่า กลุ่มที่เอนไซม์โคลินเอสเตอเรสน้อยกว่า 2,000 U/L มีค่าความดันตัวบน

ปริมาณของเซลล์เม็ดเลือดแดง และระดับโคเลสเตอรอลโดยรวม สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การบริโภคผักผลไม้สดที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งทั้งสองพารามิเตอร์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและสมอง อันเป็นอันตรายที่สำคัญต่อชีวิต¹⁰ และสามารถแปรเปลี่ยนตามพฤติกรรมการเลือกบริโภค ชนิด และรสชาติของอาหารที่ชัดเจน¹¹ ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aminov และคณะ¹² ที่พบว่า พืชจากยาฆ่าแมลงในกลุ่มออร์กาโนคลอรีน (organochlorines) และโพลีคลอรีเนตเต็ดไบฟีนิล (Polychlorinated Biphenyls) เกี่ยวข้องกับการเพิ่มสูงขึ้นของระดับไขมันในเลือด รวมทั้งสาเหตุที่ไขมันในเลือดสูงขึ้นอาจเป็นเพราะพิษของยาฆ่าแมลงที่สะสมในตับเป็นระยะเวลาหนึ่งจะทำให้ตับเกิดพังผืด (fibrosis) และตับอักเสบ (hepatitis) ยับยั้งกระบวนการขนส่งและการสลายไขมันที่ตับ

เมื่อเปรียบเทียบผลตรวจเลือดทางโลหิตวิทยา พบว่า ระดับฮีโมโกลบิน และฮีมาโตคริตของทั้งสองกลุ่มเอนไซม์ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างกันของปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งปกติค่าของ Hb และ Hct ในเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง โดยงานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Joshaghani และคณะ¹³ ที่พบว่า ระดับฮีโมโกลบินจะต่ำลงตามโอกาสที่ได้รับสารพิษจากการสัมผัสและหายใจในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ผิดวิธีในกลุ่ม

ประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกร อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้พบความแตกต่างของขนาดเม็ดเลือดแดงที่สูงขึ้นหรือมีขนาดของเม็ดเลือดแดงใหญ่ขึ้นในกลุ่มที่มีระดับเอนไซม์น้อยกว่า 2,000 U/L อาจเป็นเพราะยาฆ่าแมลงที่สะสมในร่างกายสามารถไปรบกวนการทำงานของไขกระดูก ดับ และม้าม ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงได้ ทำให้กระบวนการสร้างและทำลายไม่สมดุล ขนาดของเม็ดเลือดแดงจึงใหญ่ผิดปกติ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นเป็นครั้งแรกว่า มีโอกาสเป็นไปได้ที่พิษตกค้างในผักผลไม้ที่ได้รับจากการรับประทานจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง รูปร่างและขนาดของเม็ดเลือดแดง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาข้อมูลที่แน่ชัดต่อไป นอกจากนี้ ผลของการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า การได้รับพิษจากยาฆ่าแมลงจากการบริโภคอาจแตกต่างจากการได้รับพิษทางการหายใจและสัมผัส เนื่องจากมีการรายงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ จินดนา ศิริวรราชัย และคณะ⁸ ที่พบว่า ขนาดของเม็ดเลือดแดงจะเล็กลงในกลุ่มเกษตรกรที่เสี่ยงต่อการสัมผัสยาฆ่าแมลง ความแตกต่างของขนาดเม็ดเลือดที่พบนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้บริโภคจะได้รับพิษสะสมผ่านทางระบบทางเดินอาหารซึ่งมีการดูดซึมพิษที่น้อยกว่าแต่เป็นลักษณะค่อย ๆ สะสมพิษแบบเรื้อรัง (chronic toxicity) ในขณะที่การได้รับพิษทางระบบหายใจและการสัมผัสที่ผิวหนังที่พบในกลุ่มเกษตรกรจะสามารถได้รับพิษโดยตรงในปริมาณมากๆ และมักแสดงอาการแพ้สารเคมีทันที (acute toxicity) เมื่อเกินระดับความปลอดภัย ที่เกิดขึ้นตาม dose-

response relationship ทางพิษวิทยา ซึ่งพิษของยาฆ่าแมลงจะเกิดขึ้นและแสดงอาการทางคลินิกที่แตกต่างตามขนาดและระยะเวลาที่ได้รับ¹⁴

สรุปและข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมมารับประทานผักผลไม้ที่ไม่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลาง โดยปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ได้รับพิษตกค้างจากยาฆ่าแมลงที่ส่งผลกระทบต่อการยับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส คือ การไม่นิยมตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยผักผลไม้ก่อนรับประทาน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจระดับสารพิษตกค้างในผักผลไม้ที่ปลอดภัยในการบริโภค ความเสี่ยงทางสุขภาพของการได้รับพิษตกค้างจากยาฆ่าแมลงที่สำคัญของผู้บริโภค คือ ความดันโลหิต ขนาดของเม็ดเลือดแดง และระดับโคเลสเตอรอลโดยรวม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคตับ และม้าม ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้เป็นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของผู้บริโภคเบื้องต้น จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น และศึกษาพิษของยาฆ่าแมลงต่ออวัยวะเป้าหมายที่จำเพาะ เพื่อนำมาใช้ประเมินและเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพของผู้บริโภคผักผลไม้สดที่แท้จริงได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัย งบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ 2559

มหาวิทยาลัยบูรพา และขอขอบคุณคณะสหเวช
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับอุปกรณ์
เครื่องมือ และสถานที่ทำการศึกษาวิจัยตลอด
โครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. Alavanja MCR. Pesticides use and exposure extensive worldwide. *Rev Environ Health*. 2009;24(4):303-9.
2. Beshwari MM, Bener A, Amer A, Mehdi AM, Onda HZ, Pasha MAH. Pesticide-related health problems and diseases among farmers in the United Arab Emirates. *Int J Environ Health Res*. 1999;9(3):213-21.
3. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health. Annual Epidemiological Surveillance Report [Internet]. 2009 [cited 2018 Nov 20]; Available from: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/Annual%202552/Main.html>.
4. Milhorat AT. The choline-esterase activity of the blood serum in disease. *J Clin Invest*. 1938;17(5):649-57.
5. del Prado-Lu JL. Pesticide exposure, risk factors and health problems among cut flower farmers: A cross sectional study. *J Occup Med Toxicol*. 2007;2:9.
6. den Blaauwen DH, Poppe WA, Tritschler W. Cholinesterase (EC 3.1.1.8) with butyrylthiocholine-iodide as substrate: References depending on age and sex with special reference to hormonal effects and pregnancy. *J Clin Chem Clin Biochem*. 1983;21(6):381-6.
7. Joshaghani HR, Ahmadi AR, Mansourian, AR. Effects of occupational exposure in pesticide plant on workers' serum and erythrocyte cholinesterase activity. *Int J Occup Med Environ Health*. 2007;20(4):381-5.
8. Jintana S, Sming K, Krongtong Y, Thanyachai S. Cholinesterase activity, pesticide exposure and health impact in a population exposed to organophosphates. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82(7):833-42.
9. Silipunyo T, Hongsihong S, Phalaraksh C, Laoyang S, Kerdnoi T, Patarasiriwong V, et al. Determination of organophosphate pesticides residues in fruits, vegetables and health risk assessment among consumers in Chiang Mai Province, Northern Thailand. *Research Journal of Environmental Toxicology*. 2017;11(1):20-7.
10. Nelson RH. Hyperlipidemia as a risk factor for cardiovascular disease. *Prim Care*. 2013;40(1):195-211.
11. Patton K. Hypertension/hyperlipidemia/hyperhomocysteinemia and nutrition approaches. In: Corrigan M, Escuro A, Kirby D, editors. *Handbook of clinical nutrition and stroke. Nutrition and health*. Totowa, NJ: Humana Press; 2013. p.81-94.

12. Aminov Z, Haase RF, Pavuk M, Carpenter DO. Analysis of the effects of exposure to polychlorinated biphenyls and chlorinated pesticides on serum lipid levels in residents of Anniston, Alabama. *Environ Health*. 2013;12:108.
13. Joshaghani HR, Mansourian AR, Kalavi K, Salimi S. Haematologic indices in pesticide factory workers. *Journal of Biological Sciences*. 2007;7(3):566-9.
14. Meyer-Baron M, Knapp G, Schäper M, van Thriel C. Meta-analysis on occupational exposure to pesticides--neurobehavioral impact and dose-response relationships. *Environ Res*. 2015;136:234-45.

การเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา ด้วยการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา: การศึกษาเชิงปฏิบัติการ

รัชกร รุ่งตั้งธนาบุญ* ภัทราวดี มากมี** พีร วงศ์อุปราช**

วันที่รับบทความ	: 01/10/2561
วันที่แก้ไขบทความ	: 16/11/2561
วันที่ตอบรับบทความ	: 27/05/2562

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ออกแบบกิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา เพื่อเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา 2) สร้างแบบวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต และ 3) ศึกษาผลการใช้กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาต่อการเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนบรรหารวิทยา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปราชญ์บุรี เขต 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 31 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต และ 2) แบบวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาสามารถเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต 2) แบบวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต มีคุณภาพในการใช้เป็นเครื่องมือวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต และ 3) เพศและลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตหลังทำกิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา มีคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: เขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ภาพยนตร์สั้น และการฝึกจิตตปัญญา

*บัณฑิตคุชฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, Email: apivaranan@gmail.com

**หน่วยวิจัยและนวัตกรรมการศึกษาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี

Enhancing existential intelligence among primary school students using short story movies and contemplative practice: Behavioral study

Ratchapron Rungtangthanabun* Patrawadee Makmee** Peera Wongupparaj**

Abstract

The aims of this study were: 1) To develop short movie activities and contemplative practices designed to enhance existential intelligence among primary school students, 2) To create a scale of existential intelligence, and 3) To study the effect of activities and contemplative practice by use of behavioral instruments. Voluntary participants were 31 students from Grade 5 of Banhanwittaya School, Prachinburi Area 2 in the academic year 2018, being randomly and equally assigned to 4 experimental groups. Research instruments consisted of 1) an activities plan to enhance existential intelligence, and 2) a scale of existential intelligence. Data were analyzed using One-Way ANOVA.

The results were as follows:

1) Short movie activities and contemplative practices could enhance existential intelligence, 2) the scale of existential intelligence was suitable for use, and 3) gender and characteristic of existential intelligence after watching a short film activity with contemplative practices did not differ in terms of the existential-intelligence score.

Keywords: existential intelligence, short story movies, contemplative practice

*Doctor of Philosophy, Burapha University, Email: apivaranan@gmail.com

**Cognitive Science and Innovation Research Unit (CSIRU), Burapha University, Chonburi

บทนำ

ในจักรวาลที่กว้างใหญ่หาขอบเขตไม่ได้ ทุกสรรพสิ่งที่ถือกำเนิดขึ้นล้วนถูกกำหนดด้วยช่วงเวลา อายุขัย และการเปลี่ยนแปลง ไม่มีสรรพสิ่งใดที่คงอยู่ได้ ไม่ว่าจะเป็น จักรภพ เอกภพ ดวงอาทิตย์ ดวงดาว โลก ต่างกำเนิดขึ้น ตั้งอยู่ และเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เซาว์นปัญญา ด้านการคงอยู่ของชีวิต (Existential Intelligence) มีคุณค่าในทุกวัฒนธรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ การกำเนิดศาสนา ความลึกลับ และความต้องการ ทั้งหมดของมนุษย์

เซาว์นปัญญาเป็นแนวคิดทางจิตวิทยาที่ เชื่อมต่อการเรียนรู้และการตัดสินใจ² ในปี ค.ศ. 1983 Gardner เชื่อว่าเซาว์นปัญญาเกี่ยวข้องกับความสามารถในการแก้ปัญหา และการสร้าง สิ่งประดิษฐ์³ ปัจจัยพื้นฐานของเซาว์นปัญญา คือ การรู้หนังสือ ซึ่งการรู้หนังสือ เป็นความสามารถ ในการอ่าน การเขียน การพูดภาษาหลัก การ คำนวณ การคิดแก้ปัญหาหรือการดำรงชีวิตใน สังคมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเอง และสามารถพัฒนาตนเองได้⁴ ในปี ค.ศ. 1983 Gardner ยืนยันว่า มนุษย์ทุกคนมีเซาว์นปัญญา และสามารถพัฒนาเซาว์นปัญญาแต่ละระดับให้ เหมาะสม ดังนั้น จึงไม่มีใครที่จะมีเซาว์นปัญญา เหมือนกัน⁵

ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีพหุปัญญาของ Gardner คือ เซาว์นปัญญา ด้านการคงอยู่ของชีวิต (Existential Intelligence) ในปี ค.ศ. 1999 Gardner ยอมรับว่า มีการเพิ่มเซาว์นปัญญาใหม่ เกี่ยวกับด้านธรรมชาติ ด้านจิตวิญญาณ และด้าน การคงอยู่ของชีวิตและกำหนดให้รวมอยู่ในทฤษฎี

พหุปัญญา⁶ เซาว์นปัญญา ด้านการคงอยู่ของชีวิต ไร้ขอบเขตยากที่จะอธิบายเป็นความสามารถใน การค้นหาตัวเองได้ด้วยจุดห่างไกลสุดของ จักรวาลด้วยความเคารพ การค้นหาตัวเองในเรื่อง การคงอยู่ของชีวิต⁷ และเซาว์นปัญญา ด้านการคง อยู่ของชีวิตเป็นเซาว์นปัญญาที่แสดงให้เห็นถึง ความสามารถในการตั้งคำถามเกี่ยวกับการดำรง อยู่ของมนุษย์ ความตาย ความหมายของชีวิตและ เหตุผลในการมีชีวิตอยู่⁸ เซาว์นปัญญา ด้านการคง อยู่ของชีวิตจึงเป็นเซาว์นปัญญาที่เข้มแข็งที่สุดใน ทฤษฎีพหุปัญญา⁹

Gardner มีความเห็นว่าจุดมุ่งหมายของ โรงเรียน คือการพัฒนา และช่วยให้นักเรียนเข้าถึง เป้าหมายด้านอาชีพ ด้านการมีส่วนร่วม มีความ เหมาะสมกับเซาว์นปัญญา เป็นความสำคัญสูงสุด สำหรับสังคมการเรียนรู้ และการคงอยู่ของชีวิต ด้วยเซาว์นปัญญาของมนุษย์¹⁰ งานวิจัยนี้มุ่งเน้น ไปที่การเพิ่มเซาว์นปัญญา ด้านการคงอยู่ของชีวิต หลังฝึกกิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการ ฝึกจิตตปัญญา โดยกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษา คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียน บรรหารวิทยา ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษาปราจีนบุรี เขต 2 ปี การศึกษา 2561

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มเซาว์น ปัญญา ด้านการคงอยู่ของชีวิตโดยใช้กิจกรรมการ ชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา

2. เพื่อสร้างแบบวัดเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาตามทฤษฎีหุปัญญาของ Gardner

3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเพิ่มเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตโดยใช้กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาดังต่อไปนี้

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตจากแบบวัดเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตจำแนกตามเพศ ก่อนและหลังทำกิจกรรม

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตจากแบบวัดเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำแนกตามลักษณะเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนและหลังทำกิจกรรม

3.3 เปรียบเทียบคะแนนเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตจากแบบวัดเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำแนกตามเพศกับลักษณะเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนและหลังทำกิจกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ประกอบด้วย เพศชาย และเพศหญิง มีสุขภาพดี ระดับสติปัญญาปกติ ซึ่งประเมินจากแบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (ประถมศึกษา) ปี พ.ศ. 2556 ตามเกณฑ์ของสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน และผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การบาดเจ็บหรือการผ่าตัดที่สมอง โรคเกี่ยวกับสายตา การใช้คอมพิวเตอร์ และการเล่นเกมในคอมพิวเตอร์

1.2 แบบสำรวจความถนัดมือขวาของ Edinburgh¹¹ ต้องถนัดมือขวา และมีช่วงคะแนนระหว่าง 80 ถึง 100

1.3 แผ่นทดสอบตาบอดสี (Test of Colour-Deficiency)

1.4 มาตรฐานความคิดด้านการคงอยู่ของชีวิต ของ Allan and Shearer¹² มีจำนวน 11 ข้อ โดยจัดคะแนนเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ มากกว่าร้อยละ 60.00 ขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสูง และต่ำกว่าร้อยละ 39.00 ลงมา จัดเป็นกลุ่มเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเพิ่มเชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต โดยใช้กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีหุปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ของ Gardner และแนวคิดของ Armstrong¹ ผลดัชนีวัดความสอดคล้องเชิงเนื้อหาของกิจกรรมจากผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้ค่า I-CVI = 0.862 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี ทุกกิจกรรม และ

ค่า S-CVI = 0.908 ซึ่งเป็นความสอดคล้องเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ อยู่ในระดับ ดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม ได้แก่ แบบวัดเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ประกอบด้วย ด้านชีวิต ด้านจิตวิญญาณ ด้านศาสนา และด้านการศึกษา ซึ่งได้แนวข้อคำถามจากแนวคิดและทฤษฎี ของ Gardner และ Armstrong¹ จำนวน 78 ข้อ ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า I-CVI = 0.750 และค่า S-CVI = 0.526 โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน และหาค่าความเที่ยงกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 17 คน ของโรงเรียนอนุบาลกบินทร์บุรี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปราจีนบุรี เขต 2 ก่อนและหลังการทำกิจกรรม นำมาหาค่าความเที่ยงทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = 0.914 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้แบบวัดเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำนวน 41 ข้อ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา หนังสือเลขที่ 063/2561 ลงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ.2561 ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อการพัฒนา และไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการ

ทดลองตามตารางนัดหมาย

การวัดก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตที่ห้องประชุม โรงเรียนบรรหารวิทยา จากนั้นเริ่มกิจกรรมชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา เป็นเวลา 15 ครั้ง ๆ ละ 90 นาทีอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างวันที่ 24 - 28 กันยายน พ.ศ. 2561 และ วันที่ 1 - 5 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ตั้งแต่เวลา 08.30 -16.00 น. (เว้นวันหยุดราชการ) โดยกำหนดให้นักเรียนชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาในห้องประชุม ที่มีเครื่องฉายภาพขนาดจอ 120 นิ้ว พร้อมลำโพง จากนั้นฝึกกิจกรรมสะท้อนความคิด และต้องร่วมกิจกรรมให้ครบ 15 ครั้ง หลังจากทำกิจกรรมครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด ดำเนินการวัดผลของตัวแปรตามอีกครั้งกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบวัดเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต เพื่อรวบรวมคะแนนเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตและนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์คะแนนเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตของแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบ F-Test
3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ระหว่างเพศ กับลักษณะเขาวงกตปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนและหลังการทำกิจกรรม ด้วยสถิติทดสอบ One-Way ANOVA

ผลการวิจัย

การศึกษาผลการเพิ่มเขavnปัญหาด้าน
การคงอยู่ของชีวิตของนักเรียนระดับ

ประถมศึกษาด้วยกิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้น
ร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา ปรากฏผล ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเขavnปัญหาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำแนกตามเพศ ก่อนและ
หลังทำกิจกรรมชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา

ตัวแปร	n	เพศชาย (n=10)		เพศหญิง (n=21)		MD	F	p
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนทำกิจกรรม	31	2.71	.66	2.76	0.54	0.12	.27	.81
หลังทำกิจกรรม	31	2.67	.61	2.78	0.62	0.01	.38	.65

จากตารางที่ 1 เพศชายและเพศหญิง
คะแนนเฉลี่ยเขavnปัญหาด้านการคงอยู่ของชีวิต

ก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเขavnปัญหาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำแนกตามลักษณะเขavn
ปัญหาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนและหลังทำกิจกรรมชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึก
จิตตปัญญา

ตัวแปร	n	HEI (n=19)		LEI (n=12)		F	p
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนทำกิจกรรม	31	3.08	0.45	2.21	0.22	7.69**	<.01
หลังทำกิจกรรม	31	2.35	0.29	3.22	0.47	7.19**	<.01

ตารางที่ 2 แสดงว่า กลุ่มลักษณะเขavn
ปัญหาด้านการคงอยู่ของชีวิตสูง (HEI) และกลุ่ม
ลักษณะเขavnปัญหาด้านการคงอยู่ของชีวิตต่ำ

(LEI) ก่อนและหลังทำกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย
เขavnปัญหาด้านการคงอยู่ของชีวิตแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำแนกตามเพศและลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนและหลังทำกิจกรรมชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา

ตัวแปร	n	HMEI		LMEI		HFeEI		LFeEI		F	p
		(n=7)		(n=3)		(n=12)		(n=9)			
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนทำกิจกรรม	31	2.97	.61	2.11	0.20	2.58	0.54	3.01	0.46	3.15*	<.05
หลังทำกิจกรรม	31	2.86	.61	2.23	0.35	2.59	0.65	3.03	0.52	1.67	.20

กำหนดให้

HMEI แทน เพศชายลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสูง

LMEI แทน เพศชายลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตต่ำ

HFeEI แทน เพศหญิงลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสูง

LFeEI แทน เพศหญิงลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตต่ำ

จากตารางที่ 3 แสดงว่า เพศและกลุ่มลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนทำกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังทำกิจกรรม ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตโดยใช้กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญา จากทฤษฎีเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ของ

Gardner ได้ดึงดูดความสนใจของครู นักการศึกษา และนักวางแผนหลักสูตรมีการพัฒนาการเรียนรู้ เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจของผู้เรียน เครื่องมือต้องมีประโยชน์ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ และการตรวจสอบเครื่องมือเพื่อที่จะเป็นแนวทางในการ วัดจุดแข็ง และจุดอ่อนของคน¹³ เขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต เป็นความสามารถในการเข้าใจความเป็นอยู่ของมนุษย์ ความจริงเกี่ยวกับชีวิต โดยการอ่านการดูภาพยนตร์¹⁴ จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้โปรแกรมการเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสามารถเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต

2. ผลการพัฒนาแบบวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต โดยผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตมุ่งเน้นการเรียนการสอนแบบบูรณาการ การสำรวจแนวคิด ทฤษฎี การปฏิบัติ การอ่าน การสังเคราะห์ การวิเคราะห์ การตั้งคำถาม

การคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ การสะท้อนคิด การโต้แย้ง การสร้างผลการปฏิบัติงาน และโครงการต่างๆ¹⁵ ดังนั้น แบบวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต จึงสามารถวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา

3. ผลการใช้โปรแกรมการเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตโดยใช้กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำแนกตามเพศ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ซึ่งเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตก่อนและหลังทำกิจกรรมสูงกว่าเพศชาย จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศชายส่วนมากมีเขาวนั้ปัญญาด้านตรรกะของบุคคลลดลง ในขณะที่เพศหญิงมีเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสูงขึ้น แต่เขาวนั้ปัญญาด้านร่างกายลดลง¹³

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต จำแนกตามลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ก่อนและหลังทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตต่ำมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย หลังทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตสูง จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า นักเรียนที่ได้รับการจัดอันดับเขาวนั้ปัญญาด้าน

การคงอยู่ของชีวิตสูง จะมีเขาวนั้ปัญญาด้านดนตรีต่ำมาก¹⁶

3.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างเพศกับลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต พบว่า ก่อนทำกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังทำกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต ไม่แตกต่างกัน เขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตมีผลกับผู้เรียนทุกเพศทุกวัยในทุกสภาพแวดล้อมของการเรียนรู้¹⁷ และกลุ่ม LMEI มีคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตเพิ่มสูงขึ้น > LFeEI > HFeEI > HMEI ตามลำดับ แสดงว่า เพศชาย กลุ่มลักษณะเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตเพิ่มสูงขึ้นหลังทำกิจกรรม **สรุปและข้อเสนอแนะ**

กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาสามารถเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต และแบบวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตมีคุณภาพในการใช้เป็นเครื่องมือวัดเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิต โดยใช้กิจกรรมการชมภาพยนตร์สั้นร่วมกับการฝึกจิตตปัญญาเป็นโปรแกรมที่เป็นแนวทางในการเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตของกลุ่มที่มีเขาวนั้ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตต่ำ ดังนั้นผู้ที่สนใจสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมเพื่อเพิ่มเขาวนั้ปัญญาด้านอื่นๆ ได้ในการวิจัยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาโดยใช้แบบวัด
เชาวน์ปัญญาด้านการคงอยู่ของชีวิตในนักเรียน
ระดับชั้นอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุนทุนการ
วิจัยสำหรับแผนงานเสริมสร้างศักยภาพและ
พัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ตามทิศทางการ
วิจัยและนวัตกรรม ประจำปี 2562

เอกสารอ้างอิง

1. Armstrong T, Association for Supervision and Curriculum Development. Multiple intelligences in the classroom. 4th ed. Alexandria, VA: ASCD; 2018.
2. Ibrani KS, Hadban AD. Implications of multiple intelligences theory in ELT field. *Int J Humanit Soc Sci.* 2013;3(4):292-7.
3. Heidari F, Khorasaniha N. Delving into the relationship between LOC, MI, and reading proficiency. *Journal of Language Teaching and Research.* 2013;4(1):89-97.
4. Turner K, Rakkwamsuk S, Duangchai O. Health literacy of nursing students at Boromrajonani College of Nursing Chonburi. *Journal of Health Science Research.* 2018;12(1):1-9. (in Thai).
5. Biria R, Boshraadi AM, Nikbakht E. The relationship between multiple intelligences and Iranian EFL learners' level of L2 lexical knowledge: The case of gender. *Advances in Language and Literary Studies.* 2014;5(3):9-17.
6. Tirri K, Nokelainen P. Identification of multiple intelligences with the Multiple Intelligence Profiling Questionnaire III. *Psychol Sci Q.* 2008;50(2):206-21.
7. Altan MZ. Introducing the theory of multiple intelligences into English language teaching programs. *Pamukkale University Journal of Education.* 2012;32(2):57-64.
8. Şener S, ÇokçalıŞkan A. An investigation between multiple intelligences and learning styles. *J Educ Train Stud.* 2018;6(2):125-32.
9. Emmiyati N, Rasyid MA, Rahman MA, Arsyad A, Dirawan GD. Multiple intelligences profiles of junior secondary school students in Indonesia. *International Education Studies.* 2014;7(11):103-10.
10. McClellan JA, Conti GJ. Identifying the multiple intelligences of your students. *Journal of Adult Education.* 2008;37(1):13-32.
11. Veale JF. Edinburgh handedness inventory - short form: A revised version based on confirmatory factor analysis. *Laterality.* 2014;19(2):164-77.
12. Allan BA, Shearer B. The scale for existential thinking. *International Journal of Transpersonal Studies.* 2012;31(1):21-37.
13. Hajhashemi K, Wong BE. A validation study of the Persian version of Mckenzie's multiple intelligences inventory to measure

- profiles of pre-university students. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*. 2010;18(2):343-55.
14. Naeini MB. Comparing the effects of two facets of multiple intelligences theory on developing EFL learners' listening. *Advances in Language and Literary Studies*. 2015;6(4):62-71.
15. Ignjatovic G. Multiple intelligences in ELP instruction in tertiary education: Integrated communicative MI-based activities in adult ELP/LE classrooms. *Journal of Teaching English for Specific and Academic Purposes*. 2017;5(3):567-87.
16. Shahzada G, Khan UA, Ghazi SR, Hayat Y. Gender differences in self-estimated multiple intelligences among secondary school students. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2015;30(1):81-94.
17. Malik GM, Akhter R. Existentialism and classroom practice. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 2013;8(6):87-91.

ผลของการใช้การกำกับตนเองที่บ้านต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

ศวันตรี กุลนิตย์* อภาพร เผ่าวัฒนา** วิณา เทียงธรรม***

วันที่รับบทความ : 22/01/2562
วันที่แก้ไขบทความ : 23/02/2562
วันที่ตอบรับบทความ : 27/05/2562

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ ในประเทศไทยพบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่เกิดร่วมกับความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความถี่ของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการใช้การกำกับตนเองที่บ้านต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มละ 30 คนจะได้รับการใช้การกำกับตนเองที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test, Wilcoxon signed-ranks test, Mann-Whitney U test, Independent t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การกำกับตนเองที่บ้าน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

*นักศึกษาลัทธิศูตโรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: kunlanit99@gmail.com

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

The effects of self-regulation with home health care on fasting blood sugar among patients with uncontrolled diabetes and hypertension

Suwantree Kunlanit* Arpaporn Powwattana** Weena Thiangthum***

Abstract

Diabetes is a major public health problem in many countries. In Thailand, the mortality rate for diabetes is increasing every year. High blood sugar levels associated with high blood pressure will increase the frequency of complications from diabetes and the risk of stroke. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of Self-regulation with Home Health Care on fasting blood sugar among patients with uncontrolled diabetes and hypertension. The experimental group received the program applying self-regulation. Participants fasting blood sugar was analyzed; questionnaires included participant's behavior regarding eating, exercise, and medication. Data were collected pre- and directly post-experimentally, with a 4-week follow-up. Data were analyzed using Chi-square tests, Wilcoxon signed-ranks test, Mann-Whitney U test, Independent t-test and Repeated measure ANOVA.

In the experimental group, the scores for eating, exercise, and medication behaviors were significantly higher than in the comparison group ($p < .05$) indicating improvement. In addition the mean fasting blood sugar of the experimental group significantly decreased ($p < .05$) being lower than that of the comparison group ($p < .05$).

Keywords: self-regulation at home, diabetes and hypertension

*Master's degree in community nurse practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University,

Email: kunlanit99@gmail.com

**The Department of Public Health Nursing, Mahidol University,

***The Department of Public Health Nursing, Mahidol University,

บทนำ

โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราการตายต่อประชากรแสนคนใน ปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีอัตราการตายเพิ่มขึ้นทุกปี¹⁻² โรคเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ถ้าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้น³ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า ระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่เกิดร่วมกับความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความถี่ของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง⁴

การดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมารับบริการ จำนวน 257 คน เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 35.80 สาเหตุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาในผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 131-180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีการให้สุขศึกษารายกลุ่มเพียงอย่างเดียว จึงไม่เพียงพอต่อการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วย⁵ และในปัจจุบันการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ของศูนย์ฯ 39 ราษฎร์บูรณะในปัจจุบัน เป็นการติดตามวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด

มากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ที่บ้าน และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจได้ ซึ่งพบว่ายังไม่มีแนวทางให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ทั้งยังไม่มีวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยได้สังเกต และกำกับพฤติกรรมของตนเอง ทำให้การควบคุมพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมีการจัดโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นการแสดงออกถึงการกระทำในการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้⁶ โดยนำมาใช้ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อประเมินปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตัวรายบุคคล ให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและเสริมแรง⁷

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีความสนใจศึกษาผลของการใช้การกำกับตนเองที่บ้านซึ่งประยุกต์แนวความคิดการกำกับตนเองของเบนคูรา (1986)⁷ ร่วมกับแนวความคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน⁸ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) 2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgmental process) และ จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหาร และออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มเข้าร่วม โปรแกรม และระหว่างกลุ่มเข้าร่วม โปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อน ได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม (Two group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มารับบริการในศูนย์ฯ 39 ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) อายุ 20 – 70 ปี 2) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าขณะงดน้ำและอาหาร 8-12 ชั่วโมง เท่ากับ 131-180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ติดต่อกัน 3 เดือนก่อนการวิจัย 3) รักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนก่อนการวิจัย 4) ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกัน 3 เดือนก่อนการวิจัย และ 5) ไม่มีปัญหาในการอ่าน เขียน และการสื่อสาร

คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตรของ Glass⁹ ดังนี้
$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_c}$$

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน คือ โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด¹⁰ นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.06 เปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ของ Polit & Beck¹¹ ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20.00 จึงได้กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตนเองที่บ้าน ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ เมื่อยินยอมเข้าร่วม โปรแกรม ลงชื่อในเอกสารยินยอม เจาะ น้ำตาล ในเลือด และตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ผ่านมา โดยเรียนรู้จากตัวแบบที่มีพฤติกรรมเหมาะสม ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การใช้ยาเบาหวาน การรับประทานอาหารตามโภชนาการ สาริตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ให้ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่คาดหวัง และกำหนดแนวทางปฏิบัติในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดรางวัลให้ตนเองเมื่อทำสำเร็จ

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 และ 4 กิจกรรมรายบุคคล

กลุ่มตัวอย่างฝึกกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่บ้านพร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกประจำวัน

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองจากแบบบันทึกประจำวัน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย ให้บอกถึงปัญหา/อุปสรรค โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำ/คำปรึกษา และให้วางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับตนเองเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้กำลังใจ ชมเชยคนที่ทำได้ตามเป้าหมายเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมกลุ่ม

ติดตามเจาะน้ำตาลในเลือด ตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ ชมเชย และให้รางวัลตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ชนิดของการออกกำลังกายระยะเวลา ความถี่และหลักปฏิบัติในการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน ประกอบด้วย ขนาดและเวลาในการใช้ยา ข้อ

ปฏิบัติในการใช้ยา จำนวน 6 ข้อ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ นิดิกุล บุญแก้ว และ คณะ (2556)¹² ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .83, .80 และ .75 ตามลำดับ และ 4) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า หลังจากงคน้ำและอาหาร 8-12 ชั่วโมง ประเมินโดยเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านการพิจารณาและอนุมัติตามเอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ เลขที่ MUPH2018-004 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2561 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรุงเทพมหานคร เลขที่ U008h/61 ลงวันที่ 17 เมษายน 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1

1) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และเจาะน้ำตาลในเลือด โดยแจ้งให้ทราบว่าเจาะเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าหลังจากงคน้ำและอาหาร 8-12 ชั่วโมง

2) ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ในระหว่างกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกข้อมูลพฤติกรรมเพื่อให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง

3) สัปดาห์ที่ 2 -5 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม หลังจากนั้นเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดเป็นครั้งที่ 2

4) สัปดาห์ที่ 6-9 เป็นระยะติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 9 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดเป็นครั้งที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square tests, Independent t-test, Repeated measure ANOVA, Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-ranks test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 และ 63.33 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 62 - 63 ปี ร้อยละ 70.00 และ 66.70 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.33 และ 60.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา ร้อยละ 76.67 และ 90.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 30.00 และ 40.00 ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มป่วยเป็นโรคเบาหวานและรักษามาเฉลี่ย 7-11 ปี ส่วนใหญ่ใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน ร้อยละ 93.33 และ 90.00 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่ม

เปรียบเทียบ และภายในกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ได้ผลดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกัน ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกัน ($p < .001$) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มในช่วงเวลาแตกต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .173$) และคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ที่วัดในช่วงเวลาต่างกันไม่แตกต่างกัน ($p = .381$) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

3. ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มในช่วงเวลาแตกต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .052$) และค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกัน ($p = .046$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล (n=60)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	139222.4	1	139222.4	7681.9	<0.001 [*]
ความคลาดเคลื่อน	525.6	29	18.1		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	578.1	2	289.0	29.1	<0.001 ^{a*}
ความคลาดเคลื่อน	575.9	58	9.9		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	149.2	2	74.6	10.5	<0.001 ^{a*}
ความคลาดเคลื่อน	413.4	58	7.1		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	36779.6	1	36779.6	2419.2	<0.001 [*]
ความคลาดเคลื่อน	440.9	29	15.2		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	51.7	2	25.8	1.8	0.173 ^a
ความคลาดเคลื่อน	828.3	58	14.3		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	36.2	2	18.1	1.0	0.381 ^a
ความคลาดเคลื่อน	1071.1	58	18.5		
ระดับน้ำตาลในเลือด					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	3969108.0	1	3969108.0	6017.8	<0.001 ^{***}
ความคลาดเคลื่อน	19127.2	29	659.6		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1057.9	2	528.9	3.1	0.052 ^a
ความคลาดเคลื่อน	9846.5	58	169.8		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	1243.9	2	622.0	3.3	0.046 ^{a*}
ความคลาดเคลื่อน	11089.8	58	191.2		

^aSphericity Assume *p <.05, ***p <.001

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-ranks test ได้ผลดังนี้

4. พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลพบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p = .546$ และ $p = .187$) ตามลำดับ ระยะหลังได้รับโปรแกรม

พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .001$) (ดังแสดงในตารางที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานภายในกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระยะหลังได้รับโปรแกรมและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p = .006$ และ $p = .008$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล

ระยะเวลาโปรแกรม	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		p
	Mean Rank	Sum of Rang	Mean Rank	Sum of Rang	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.3	880.0	31.7	950.0	.546
หลังได้รับโปรแกรม	36.2	1085.0	24.8	745.0	.001**
ระยะติดตามผล	32.6	977.0	28.4	853.0	.187

** $p < 0.01$

อภิปรายผล

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมฝึกสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างระบุถึงปัญหาของตนเองได้อย่างชัดเจน ให้ตั้งเป้าหมายและกำหนดแนวทางในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองแล้วนำไปปฏิบัติพร้อมจดลงในแบบบันทึกประจำวัน ซึ่งการตั้งเป้าหมายและวิธีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองจะทำให้มีความพยายาม ไปให้ถึงเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ และการกำหนดรางวัลให้ตนเองจะช่วยเสริมแรงให้มุ่งมั่นปฏิบัติพฤติกรรมให้ถึงเป้าหมาย หลังจากนั้นติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาในคนที่ทำไม่ได้ตามเป้าหมาย และให้ปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ ชมเชยคนที่ทำตามเป้าหมายเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมกลุ่มครั้งสุดท้าย เป็นการประเมินความสำเร็จของตนเอง ให้คำชมเชยและ

ให้รางวัลกับตนเอง ซึ่งเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถทำได้ ทำให้เกิดกำลังใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป จะเห็นได้ว่าการกำกับตนเองช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น และการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริพร แสงสุวรรณ และคณะ¹⁰

พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการจัดโปรแกรมครั้งนี้ได้ให้ความรู้เรื่องข้อปฏิบัติในการใช้ยาเบาหวาน พร้อมทั้งมอบแบบบันทึกประจำวันให้นำกลับบ้าน จึงทำให้กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานดีขึ้นในระยะหลังได้รับโปรแกรม แต่ในระยะติดตามผล พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าหลังจากได้ตอบแบบสอบถามแล้วเกิดความสงสัยในข้อความจึงไปศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ และสอบถามบุคลากรทางการแพทย์แล้วนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการใช้ยาเบาหวานดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ไบพิมาย และคณะ¹³

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำโปรแกรมการใช้การกำกับตนเองที่บ้านไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆได้ โดยเฉพาะการให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง
2. ควรปรับแบบบันทึกประจำวันให้เหมาะกับผู้สูงอายุ และควรมีกิจกรรมออกกำลังกายที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Thamrangsri T, Wongwatanakul W, Suriyawongpaisal W, editors. NCDs situation report: Health crisis, social crisis. Nonthaburi: Health Promotion Policy Research Center, International Health Policy Program, Thailand; 2014. (in Thai).
2. Health Systems Development Group, Bureau of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control. World Diabetes Day Campaign in 2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 May 20]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?> (in Thai).
3. Wannaseang S. The problem of diabetes in Thailand. In: Nitiyanant W, Wannaseang S, Deerochanawong C, editors. Diabetes situation

- in Thailand. Bangkok: Diabetes Association of Thailand; 2007. p. 81-4. (in Thai).
4. Sakunkeaw E. 5th Severe disease destroy Thai people: No. 4 Stroke. Bangkok: Kaimor Publisher; 2008. (in Thai).
 5. Diabetes Clinic, Public Health Center 39 Rat Burana. Chronic disease registration. Bangkok: Public Health Center 39 Ratburana; 2018. (in Thai).
 6. Intarakamhang U. Health behavior modification 3 self by the principle of PROMISE Model. Bangkok: Sukhumvit Printing; 2009. (in Thai).
 7. Bandura A, National Institute of Mental Health. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
 8. Public Health Nursing Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration. Home health care guidelines (Home Health Care). Nonthaburi: HR Print and Training; 2012. (in Thai).
 9. Sirsathitnatakun B. Research methodology in nursing. 4th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2007. (in Thai).
 10. Seangsuwan S, Asawachaisuwikrom W, Homsin P. Effect of self-regulation with clinical information program on eating behavior and blood sugar level among uncontrolled diabetes patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapa University. 2011;19(3):54-64. (in Thai).
 11. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
 12. Boonkaew N, Jitramontree N, Wirojratana V. The relationship between intrinsic motivation and glycemic control behaviors among older persons with type 2 diabetes. Nursing Journal. 2013;42 Suppl:84-94. (in Thai).
 13. Baiphimai J, Leelukkanaveera Y, Srisuriyawet R. The effects of self-regulation by clinical information program to glycemic control behaviors score and glycoside hemoglobin level on uncontrolled type 2 diabetes. Journal of Public Health Nursing. 2018;31(3):123-44. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วมโดย อสม.น้อย ต่อความรู้ ในการควบคุมเหาและอาการของการเป็นเหาของนักเรียนโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส

(บุญประชาคุณ) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

จิราภา ศรีท่าไฮ* บุญยรัตน์ ลอยศักดิ์** คณิศร เจริญกิจ**

วันที่รับบทความ : 18/09/2561

วันแก้ไขบทความ : 29/11/2561

วันที่ตอบรับบทความ : 28/04/2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วมโดย อสม.น้อย ต่อความรู้ในการควบคุมเหาและอาการของการเป็นเหาของนักเรียนโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชาคุณ) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเพศหญิงที่เป็นเหาและกำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่1-6 จำนวน 18 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วม โดย อสม.น้อย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ในการควบคุมเหา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .71 และแบบประเมินอาการของการเป็นเหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ นักเรียนที่เป็นเหามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมเหามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.77, p < .001$) และ 2) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ นักเรียนที่เป็นเหามีคะแนนเฉลี่ยอาการของการเป็นเหาไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพและครูในโรงเรียนควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการดูแลเด็กที่มีปัญหาเรื่องเหา อีกทั้งอาจารย์พยาบาลควรนำข้อมูลไปเป็นแนวทางการสอนงานอนามัยโรงเรียนแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่เป็นเหา

คำสำคัญ: โปรแกรม ควบคุม เหา มีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, Email: jerapa@pnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

Effects of head louse control participation program by junior village health volunteers on knowledge and louse symptoms among students at Ban Klong Namsai school (Boonprachanukoon), Muang District, Chanthaburi Province

Jerapa Srithahai* Busayarat Loysak** Kanisorn Charoenkit**

Abstract

This pretest-posttest quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a head louse control participation program on knowledge regarding louse control and louse symptoms. The samples consisted of 18 senior primary female students with head louse. The research instruments included a control the head louse program, a questionnaire of demographic data, a test of knowledge regarding louse control with the reliability (KR-20) of .71, and an assessment form of louse symptoms with the index of item-objective congruence of 1.00. The implementation and data collection were conducted from May to July 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

The research results revealed that: 1) after attending the program, the students had statistically significant higher mean score of knowledge regarding louse control than before ($t = 4.77, p < .001$), and 2) after attending the program, the students had no statistically significant difference mean score of louse symptoms.

This research suggests that health care providers and teachers should apply these findings as an educating guideline for young students with head lice. Additionally, nursing instructors should use these research results to teach their nursing students in order to care for children with the head louse.

Keywords: program, control, louse, participation, village health volunteer

*Phrapokklao Nursing College, Email: jerapa@pnc.ac.th

**Phrapokklao Nursing College

บทนำ

โรคเหาถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี โดยพบว่าโรคเหาก่อให้เกิดผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ทั้งผลกระทบต่อด้านจิตใจจากการรังเกียจของบุคคลรอบข้าง เป็นผลให้เด็กนักเรียนที่เป็นโรคเหารวมถึงผู้ปกครองเกิดภาวะเครียด ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาฆ่าเหา และเด็กต้องหยุดเรียนจนกว่าจะหาย ทำให้ผู้ปกครองต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด จนทำให้สูญเสียรายได้จากการทำงาน และผลกระทบต่อด้านการศึกษา ทำให้นักเรียนขาดสมาธิในการเรียน และสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี โรคเหาเกิดจากเชื้อปรสิตที่ชื่อว่า “Pediculus humanus” ซึ่งอาศัยอยู่บนหนังศีรษะ เส้นผม และขน ปรสิตนี้จะคอยดูดเลือดกินเป็นอาหารและวางไข่บนเส้นผม โดยหลังสารไคติน (chitin) หุ้มปลายหนึ่งของไข่ให้เกาะติดแน่นอยู่ มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า โดยคนที่ เป็นโรคเหาส่วนใหญ่จะมีอาการคันหนังศีรษะ ทำให้ต้องเกา และเมื่อเกามากก็จะเป็นแผลที่บริเวณหนังศีรษะ และอาจเกิดการอักเสบติดเชื้อตามมา จนอาจส่งผลให้ต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณท้ายทอย และข้างคอโตและอักเสบตามมาได้ เนื่องจากตัวเหาจะมีน้ำลายที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหนังศีรษะ¹⁻²

โรคเหาสามารถเป็นได้ในทุกช่วงวัย พบบ่อยในเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะในเด็กผู้หญิง²⁻⁴ และสามารถติดต่อระหว่างบุคคลได้ง่าย การศึกษาภาวะการเป็นโรคเหามักมุ่งสำรวจไปที่โรงเรียน เนื่องจากภายในโรงเรียนมีเด็กนักเรียนเป็นจำนวนมาก จึงมีการติดต่อกันได้โดยง่าย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการใกล้ชิดหรือใช้สิ่งของร่วมกัน นอกจากนี้ เหายังเพิ่มจำนวนและขยายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วตลอดทั้งปี การติดโรคเหาพบมากในเด็กที่รักษาความสะอาดของศีรษะไม่ดีพอ และใช้อุปกรณ์เกี่ยวกับผมร่วมกัน เช่น หวี หมวก ผ้าพันศีรษะ หรือติดโรคเหาโดยการสัมผัสใกล้ชิดกัน ดังนั้น โอกาสที่นักเรียนจะหายจากโรคนี้จึงค่อนข้างยาก จากสถิติการตรวจสุขภาพนักเรียนโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชาอนุกุล) จังหวัดจันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ประกอบด้วยนักเรียนชาย จำนวน 85 คน และนักเรียนหญิง จำนวน 85 คน โดยนักเรียนหญิงมีสถิติการเป็นโรคเหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี คือ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 52.94 และจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 57.65 ตามลำดับ⁶ แม้ว่านักเรียนจะได้รับโภชนาการที่ดี ตลอดจนรักษาร่างกายให้สะอาดแล้ว แต่ก็ยังเป็นโรคเหาได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามที่หลักสูตรกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนา

สาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน⁷⁻⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การให้อสม.มีส่วนร่วมในการหารูปแบบการป้องกันและควบคุมเหาในพื้นที่ รวมทั้งแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการติดโรคเหา และได้ดำเนินกิจกรรมตามแผน สามารถส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมโรค โดยทำให้การติดเชื้อเหาลดลงจากก่อนการวิจัย เหลือเพียง 4 ราย (ร้อยละ 4.50) จากเดิมที่มี 20 ราย⁹ จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการกำจัดเหาในโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชานุกุล) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยผู้ที่สามารถดูแล กำกับ และติดตามการกำจัดเหา ควรเป็นบุคคลที่เข้าใจสภาพของปัญหาดังกล่าว นั่นคือ อสม.น้อยหรืออสม.ประจำหมู่บ้าน (น้อย) โดยอสม.น้อยหมายถึง นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเพศหญิงที่ไม่เป็นเหา โรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชานุกุล) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

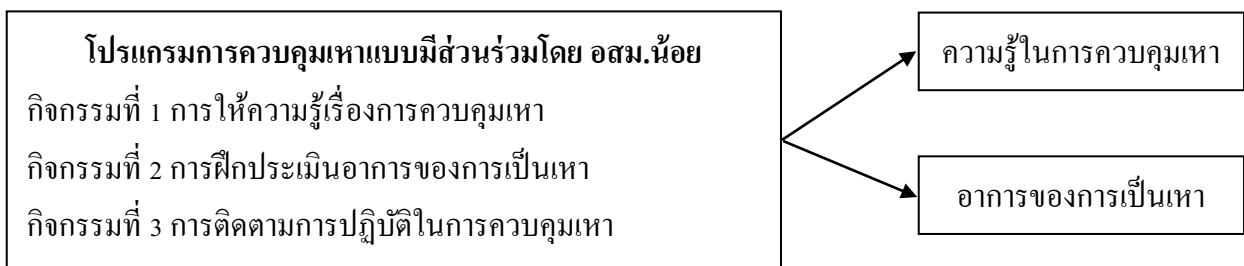
ความสามารถในการควบคุมเหาโดยคณะผู้วิจัย และมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการที่จะดูแลและส่งเสริมให้นักเรียนเกิดความตระหนักต่อสุขบัญญัติ 10 ประการ และปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคเหา เพื่อลดจำนวนของนักเรียนที่เป็น เหาลง และไม่เพิ่มบุคคลที่เป็นเหารายใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการควบคุมเหาของนักเรียนที่เป็นเหา โรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชานุกุล) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วม โปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วมโดย อสม.น้อย
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการของการเป็นเหาของนักเรียนที่เป็นเหา โรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชา นุกุล) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วม โปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วมโดย อสม.น้อย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมที่ว่า บุคคลต้องมีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติตามโครงการ และร่วมติดตามและประเมินผล โครงการ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมเหาของนักเรียน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest quasi-experimental research)¹⁰

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 อสม. น้อย เป็นนักเรียนเพศหญิงที่ไม่เป็นเหา กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชานุกุล) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 32 คน และกลุ่มที่ 2 นักเรียนที่เป็นเหา เพศหญิง กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชานุกุล) จำนวน 49 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 2) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการอนุญาต/การยินยอมจากผู้ปกครอง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีละ 2 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 6 คน และกลุ่มที่ 2 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ชั้นปีละ 3 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 คน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเชิงทดลองทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ว่า ควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน¹¹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วม โดย อสม. น้อย คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการควบคุมเหา โดย อสม. น้อย จำนวน 6 คน ให้ความรู้เรื่องวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการควบคุมเหา และอาการของการเป็นเหา แก่นักเรียนที่เป็นเหา จำนวน 18 คน สื่อที่ใช้ ได้แก่ หนังสือนิทานเกี่ยวกับการเป็นโรคเหา และเอกสารแผ่นพับ รวมถึงการให้นักเรียนที่เป็นเหาได้เล่าประสบการณ์เดิมของตนมาเป็นข้อมูลป้อนกลับ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกประเมินอาการของการเป็นเหา โดยนักเรียนที่เป็นเหา จำนวน 18 คน ฝึกประเมินอาการของการเป็นเหาทั้งของตนเองและเพื่อนในกลุ่ม (แต่ละกลุ่มประกอบด้วย อสม. น้อย 1 คน และนักเรียนที่เป็นเหา 3 คน) โดย อสม. น้อย ตรวจสอบความสามารถในการประเมินอาการของการเป็นเหาของสมาชิกกลุ่ม จนกว่าจะประเมินได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 การติดตามการปฏิบัติในการควบคุมเหาของสมาชิกกลุ่ม โดย อสม. น้อย แต่ละคน สอบถามการปฏิบัติในการควบคุมเหาของสมาชิกกลุ่ม ทุกวันศุกร์ จำนวน 4 ครั้ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา และจำนวนพี่น้อง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการควบคุมเหา คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก

ได้แก่ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ หากตอบคำถามถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และหากตอบคำถามไม่ถูกต้อง หรือตอบว่า ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (0-9 คะแนน) ในระดับปานกลาง (10-12 คะแนน) และในระดับมาก (13-16 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการของการเป็นหาคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มีอาการ และไม่มีอาการ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ มีอาการ ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่มีอาการ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีอาการของการเป็นหาในระดับน้อย (1 อาการ/คะแนน) มีอาการของการเป็นหาในระดับปานกลาง (2 อาการ/คะแนน) และมีอาการของการเป็นหาในระดับมาก (3 อาการ/คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำโปรแกรม แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ในการควบคุมหา และแบบประเมินอาการของการเป็นหา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยแบบทดสอบความรู้ในการควบคุมหาและแบบประเมินอาการของการเป็นหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 จากนั้นคณะผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ในการควบคุมหาและแบบประเมินอาการของการเป็นหาที่ผ่านการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเพศหญิงที่ไม่เป็นหา

โรงเรียนสฤทธิเดช อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .71

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ 019 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561) คณะผู้วิจัยให้นักเรียนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ สามารถยกเลิกโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชาชนกุล) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. คณะผู้วิจัยพัฒนาศักยภาพของ อสม. น้อย โดยให้ความรู้เรื่องการควบคุมหา และให้ฝึกประเมินอาการของการเป็นหา โดย อสม.น้อย ต้องมีความรู้ในระดับมาก และประเมินอาการของการเป็นหาได้ถูกต้อง
3. คณะผู้วิจัยพบครูประจำชั้นและกลุ่มตัวอย่าง (18 คน) ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม
4. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง (18 คน) ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้

ในการควบคุมเหา และแบบประเมินอาการของการเป็นเหา โดยให้เวลาตอบ 10-15 นาที ก่อนการทดลอง (pre-test)

5. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง (18 คน) เข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วม โดย อสม.น้อย ทั้ง 3 กิจกรรม โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

6. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง (18 คน) ทำแบบทดสอบความรู้ในการควบคุมเหา และแบบประเมินอาการของการเป็นเหา โดยให้เวลาตอบประมาณ 10 นาที หลังการทดลอง (post-test) ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบความรู้ในการควบคุมเหา ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วม โดย อสม.น้อย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบอาการของการเป็นเหา ระหว่างก่อน

กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วม โดย อสม.น้อย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่านักเรียนที่เป็นเหาส่วนใหญ่มีอายุ 12 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 10.94 ปี (SD = 0.87) กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 และมีจำนวนพี่น้อง 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการควบคุมเหาของนักเรียนที่เป็นเหา ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วม โดย อสม.น้อย พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ นักเรียนที่เป็นเหามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมเหาเท่ากับ 9.33 คะแนน (SD = 2.67) และ 12.72 คะแนน (SD = 1.48) ตามลำดับ โดยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ นักเรียนที่เป็นเหามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมเหามากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.77, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมเหาของนักเรียนที่เป็นเหา ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 18)

ช่วงเวลา	n	\bar{X}	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18	9.33	2.67	4.77	< .001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18	12.72	1.48		

3. ผลการเปรียบเทียบอาการของการเป็น เหาของนักเรียนที่เป็นเหา ระหว่างก่อนกับหลัง เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า นักเรียนที่เป็นเหามี คะแนนเฉลี่ยอาการของการเป็นเหาเท่ากับ 2.05

คะแนน (SD = 0.23) และ 2.11 คะแนน (SD = 0.32) ตามลำดับ โดยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอาการของการเป็นเหาไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของการเป็นเหาของนักเรียนที่เป็นเหา ระหว่างก่อนกับ หลังเข้าร่วม โปรแกรม (n = 18)

ช่วงเวลา	n	\bar{X}	SD	Z	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18	2.05	.23	.577	.564
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18	2.11	.32		

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปราย ผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมการควบคุมเหาแบบมีส่วนร่วมโดย อสม.น้อย นักเรียนที่เป็นเหามีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ในการควบคุมเหามากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการควบคุมเหาฯ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความรู้ของนักเรียนซึ่ง ได้รับฟังการบรรยายที่ถ่ายทอดในเวลาที่กำหนด และได้เห็นภาพตามความเป็นจริงโดยมีการใช้สื่อ ที่ชัดเจน ได้แก่ หนังสือนิทานเกี่ยวกับการเป็น โรคเหา และเอกสารแผ่นพับ มีการอภิปรายกลุ่ม ย่อย โดยนักเรียนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นกันในกลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้ซักถามใน ประเด็นปัญหาที่สงสัย โดยคณะผู้วิจัยสรุป ประเด็นสำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมถึงการให้ นักเรียนที่เป็นเหาได้เล่าประสบการณ์เดิมของตนมา เป็นข้อมูลป้อนกลับ ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้

เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom¹³ ที่ว่าความรู้เป็น ความสามารถในการจดจำประสบการณ์ต่าง ๆ และ ระลึกเรื่องราวนั้น ๆ ออกมาได้ถูกต้องแม่นยำ ซึ่ง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริณา กรคอมนิน และจินตนา สราวุธพิทักษ์¹ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ การปฏิบัติ และผล ของการป้องกันการเป็นเหาหลังการทดลองของ นักเรียนกลุ่มทดลองสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรม นักเรียนที่เป็นเหามีคะแนนเฉลี่ยอาการของการเป็น เหาไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการ วิจัย ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังคง มีกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องเรียนร่วมกับเพื่อนที่เป็นเหา อย่างต่อเนื่อง จึงยังคงมีอาการของการเป็นเหาอยู่ แม้ว่า จะมีความรู้ในการควบคุมเหาเพิ่มขึ้นแล้วก็ตาม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพงษ์ เรือนคำ และคณะ⁹ ที่พบว่า การคันที่ศีรษะ

มีความสัมพันธ์กับการติดโรคเหา การมีอาการคันศีรษะบ่งบอกถึงการดูแลความสะอาดของเส้นผมและหนังศีรษะยังไม่ดีเท่าที่ควร และสอดคล้องกับการศึกษาของโพชมงค์ หรืองบุตรศรี และคณะ⁴ พบว่า นักเรียนหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.30 มีประวัติเคยมีอาการคันหนังศีรษะในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เนื่องจากโรคเหาเป็นโรคที่มักถูกมองข้าม และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ตระหนักถึงผลกระทบ ทั้งนี้ อาการคันศีรษะอาจเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงการดูแลความสะอาดของเส้นผมและหนังศีรษะของเด็กนักเรียนที่ยังไม่ดีเท่าที่ควร โดยสาเหตุของอาการคันอาจมาจากการติดโรคเหาหรือจากเชื้อรา หรืออาจเป็นเหาเข้าไปในเด็กนักเรียนคนเดิม ซึ่งอาการคันจะทำให้เกิดความรำคาญ วิตกกังวล และเสียสมาธิในการเรียน บางคนมีอาการคันมากตอนกลางคืนจนนอนไม่หลับ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า นักเรียนที่เป็นเหาโรงเรียนบ้านคลองน้ำใส (บุญประชาชนกุล) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี หลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมเหามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ นักเรียนที่เป็นเหามีคะแนนเฉลี่ยอาการของการเป็นเหาไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมเหาฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพและครูในโรงเรียนควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการดูแลเด็กที่มีปัญหาเรื่องเหา

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการสอนงานอนามัยโรงเรียนแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่เป็นเหา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำโปรแกรมการควบคุมเหาโดยผสมน้อย ไปทดลองใช้ในโรงเรียนอื่น หรือทำวิจัยเชิงทดลองแบบวัดซ้ำ (ติดตามผล) เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนา โดยเป็นโปรแกรมที่ควบคุมและป้องกันโรคเหาที่ได้ผลอย่างยั่งยืน และศึกษาทั้งในนักเรียน ผู้ปกครอง และครู

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่สนับสนุนทุนและเวลาในการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Domnin P, Sarayuthpitak J. Effects of health education program on head lice prevention for elementary school students. Online Journal of Education. 2009;5(2):58-72. (in Thai).
2. Thanyavanich N, Maneekan P, Yimsamram S, Maneeboonyang W, Puangsa-art S, Wuthisen P, et al. Epidemiology and risk factors of pediculosis capitis in 5 primary schools near the Thai-Myanmar border in Ratchaburi Province, Thailand. The Journal of Tropical Medicine and Parasitology. 2009;32(2):65-74. (in Thai).

3. Vitta A, Nateeworanart S. Human lice and forensic entomology. *Forensic Medicine Journal*. 2012;4(2):151-64. (in Thai).
4. Rhongbutsri P, Saichua P, Navaphongpaveen K, Taylor A. Prevalence of pediculosis capitis in handicapped girls at handicapped school in Khon Kaen Province. *Thai Science and Technology Journal*. 2014;21(1):34-40. (in Thai).
5. Jariyajirawattana S, Viboolsak R, Kangkan W, Songputt C, Siriphol C, Suksangpunya L. A survey of the health status of school-aged children in eastern Thailand. *Chonburi: Health Center 3*; 2013. (in Thai).
6. Tha Chang Health Promotion Hospital, Chantaburi Province. Summary of student health check for the academic year 2016. Chantaburi: Tha Chang Health Promotion Hospital; 2016. (in Thai).
7. Siripaiboon P. Role development of public health volunteers in primary health care: A case study of Phayathai District. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*. 2011;21(2):30-44. (in Thai).
8. Khetjoi S. The roles of public health village volunteers performing their work for Nonthon Sub-District Public Health Promotion Hospital, Muang Khon Kaen District, Khon Kaen Province. *Phimoldhamma Research Institute Journal*. 2017;4(1):163-74. (in Thai).
9. Ruankham W, Sanguankitrungrnapa N, Koychusakul P. Good practices in the prevention and control of head lice infestations in Nanglaenai School, Chiang Rai Province. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*. 2016;9(1):173-85. (in Thai).
10. Fitz-Gibbon CT, Morris LL. How to design a program evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1987.
11. Ekkakul T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. 4th ed. Ubon Ratchathani: Off Set Printing House; 2006. (in Thai).
12. Bloom BS. Human characteristic and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.

การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ศฤงค์เดช เจริญไชย* สุดคนึง ฤทธิ์ฤทัย*** จารุณี จันทร์เพชร***

โกเมนทร์ ทิวทอง*** มาสรีน ศุกลปักษ์**

วันที่รับบทความ : 24/09/2562

วันแก้ไขบทความ : 06/11/2562

วันที่ตอบรับบทความ : 13/12/2562

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และ ผลผลิตของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมโครงการกับผลการประเมินโครงการ กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมคลินิกหมอครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จาก 12 เขตสุขภาพ จำนวน 124 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไค-สแควร์

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการดำเนินงานโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.02, SD = 0.42$) ผลการประเมินบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.99, SD = 0.52, \bar{X} = 3.98, SD = 0.43, \bar{X} = 4.11, SD = 0.48, \bar{X} = 4.00, SD = 0.48$ ตามลำดับ) และ 2) ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่งในหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงาน และรุ่นที่อบรมของผู้เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิไม่มีความสัมพันธ์กับผลการประเมิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความเหมาะสม ควรที่จะดำเนินการต่อไปให้ครอบคลุมทุกทีมคลินิกหมอครอบครัว

คำสำคัญ : ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ระบบสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว

*สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, Email: sariddet@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

***สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

The study of the implementation of the transformational leadership development project in the primary health care system

Sariddet Charoenchai* Sudkhanoung Ritruetchai*** Jarunee Chanphet***

Komain Tewtong*** Masarin Sukolpuk**

Abstract

This descriptive research aimed at evaluating transformational leadership development project in primary health care system regarding context, input, process, and product using CIPP Evaluation Model, and to study the relationship between demographic data of the participants and the results of the workshop. One hundred twenty-four participants from 12 health regions who completed the project and were selected by using multi stage sampling. The tool was an evaluation questionnaire with a reliability of .88. Data were analysed using percentage, mean, standard deviation and Chi-square.

The study found that 1) the overall result of the implementation of the transformational leadership development workshop in primary health care system was at a good level ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.42$) and 2) the opinion of the participants towards context, input, process and product was also at a good level ($\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.52$, $\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.43$, $\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.48$, $\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.48$ respectively). There was no relationship between the demographic data and the evaluation of the project ($p < .05$).

The results of our study indicate, that the presented project is appropriate and should be implemented around the country.

Keywords: transformational leadership development, transformative leadership, primary health care

*Bureau of Primary Health Care System Support, Nonthaburi, Email: sariddet@gmail.com

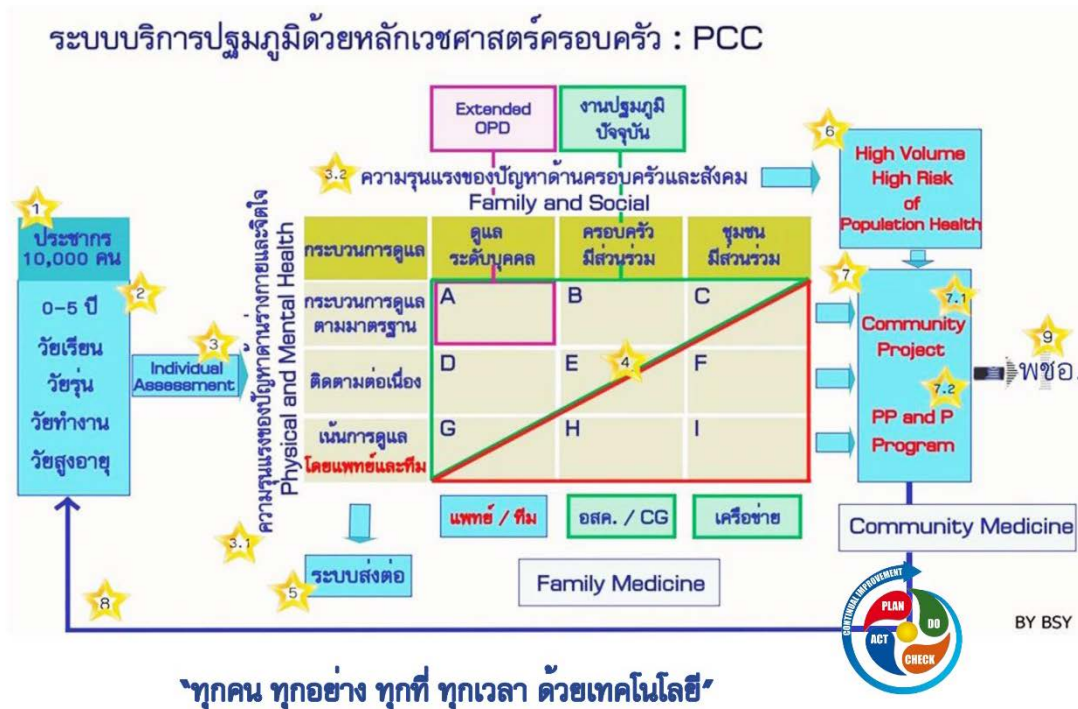
**Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi

***Bureau of Primary Health Care System Support, Nonthaburi

บทนำ

ความเจริญด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาว สอดคล้องกับความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของประชาชนเพื่อรักษาโรคที่พบได้มากในสังคมเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิด้วยโรคที่ไม่จำเป็นมากขึ้นจนกระทั่งเกิดความแออัดในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นโดยไม่จำเป็น รวมถึงประเทศต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์เพิ่มขึ้น ดังนั้น

ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นระบบสุขภาพหลักที่ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่อย่างใกล้ชิดด้วยความพยายามที่จะทำให้ประชาชนสุขภาพดี ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้โครงการ “คลินิกหมอครอบครัว” โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว¹ สำหรับหน่วยบริการ ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว¹

จากภาพอธิบายได้ถึงแนวคิด หลักการ การดำเนินงานตามลำดับหมายเลข ดังนี้ 1) การกำหนดประชากรรับผิดชอบ จำนวน 10,000 คน 2) การจัดทำฐานข้อมูล ใน 5 กลุ่มวัย (Family folder) รายครอบครัว 3) การดูแลประชาชนแบบทั้งคน (Whole

person) 4) การดูแลตามแนวทาง A-I โดยประกอบด้วย การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ การดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การดูแลโดยทีมหมอครอบครัว แล้วแต่กรณี โดยการมีส่วนร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแล (Care giver) และอาสาสมัคร

ประจำครอบครัว (อสค.) และชุมชนภาคีเครือข่าย ตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว 5) ระบบส่งต่อ มีระบบส่งต่อไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า 6) การรวบรวมปัญหาในพื้นที่ ในประเด็นเสี่ยงสูง (High Risk) เพื่อจัดทำแผนแก้ไข ปัญหาในเชิงประชากร (Population health) 7) การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพส่งเสริมป้องกันโรค 8) การทบทวนผลการดำเนินงาน และ 9) การบูรณาการงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จากกรอบแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จึงต้องอาศัยการดำเนินการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันแบบเชิงรุก ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพแข็งแรงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของประชาชนและประเทศชาติ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และ นักวิชาการ สาธารณสุข หรือเจ้าพนักงาน สาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันในพื้นที่ เพื่อช่วย ขับเคลื่อนการบริการของคลินิกหมอครอบครัวให้ ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้หาก มีการส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรดังกล่าวให้มี สมรรถนะการเป็นผู้นำในยุคของการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถจัดบริการที่ตอบสนองกับความ ต้องการของประชาชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ อย่างทันที่และเหมาะสม รวมถึงมีสมรรถนะ การให้บริการที่มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็น คุณสมบัติสำคัญในการทำงานร่วมกันทั้งกับทีม

เครือข่าย และประชาชนนั้น จะเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว ทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถเป็นผู้นำทีมในการจัดให้ มีการบริการคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสม ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันแก่ ประชาชน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิจึง ได้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้กับ 3 วิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ผลการดำเนินงานโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการพัฒนา หลักสูตรให้สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบัน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

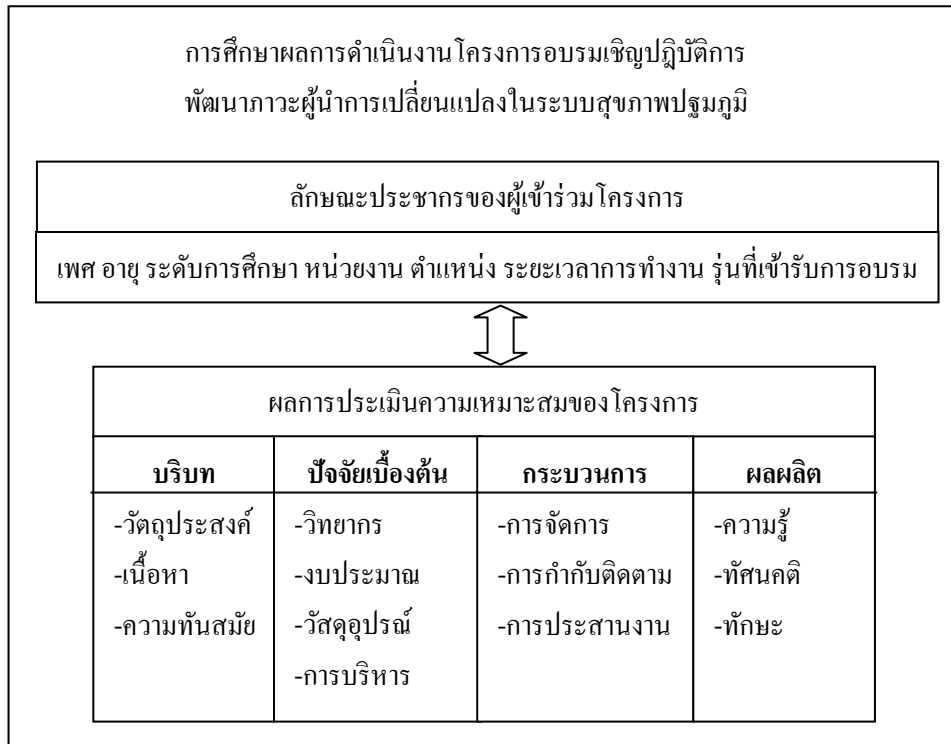
1. เพื่อประเมินความเหมาะสมด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิตของ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทาง ประชากรของผู้เข้าร่วม โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบ สุขภาพปฐมภูมิกับผลการประเมินโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ทีมคลินิกหมอครอบครัวจาก 12 เขตสุขภาพ จำนวน 60 ทีม รวมทั้งหมด 177 คน ที่เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมคลินิกหมอครอบครัวจาก 12 เขตสุขภาพ จำนวน 60 ทีม ที่เข้าร่วมโครงการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน³ ได้จำนวน 124 คน แบ่งตามสัดส่วน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้ดังนี้ แพทย์จำนวน 41 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 48 คน และนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามการประเมินผลโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็นคำถาม ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่งภายในหน่วยงาน ระยะเวลาการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว และรุ่นที่เข้ารับการอบรม และคำถามความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต จำนวน 6 ข้อ 10 ข้อ 5 ข้อ และ 6 ข้อ ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน โดยหาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruent : IOC) ได้ค่า (IOC 0.66 – 1.00) ทดสอบความเชื่อมั่นกับทีมคลินิกหมอครอบครัวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค เท่ากับ .96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เอกสารหมายเลข COE 62/008 ลงวันที่ 29 เมษายน 2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในไลน์กลุ่มคลินิกหมอครอบครัวที่มีผู้ผ่านการอบรมเป็นสมาชิก และเชิญชวนให้ผู้ผ่านการอบรมเข้าไปอ่านเอกสารชี้แจงในไลน์กลุ่มคลินิกหมอครอบครัว และให้ผู้ประสงค์เข้าร่วมโครงการลงนามยินยอมตามความสมัครใจ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จนครบ 124 คน จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับแบบสอบถามคืนที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 102 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 82.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงลักษณะประชากรวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับผลการประเมินวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน มีเพศชายจำนวน 32 คน (ร้อยละ 31.40) และเพศหญิงจำนวน 70 คน (ร้อยละ 68.60) หน่วยงานที่สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 25 คน (ร้อยละ 24.50) โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 20 คน (ร้อยละ 19.60) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 16.70) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 36 คน (ร้อยละ 35.30) อื่น ๆ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.90) ตำแหน่งภายในหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 33.30) พยาบาล จำนวน 41 คน (ร้อยละ 40.20) นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 27 คน (ร้อยละ 26.50) ประสบการณ์การทำงานในคลินิกหมอครอบครัว น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 14.70) 1-2 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 33.30) 2 ปี ขึ้นไป จำนวน 53 คน (ร้อยละ 52.00) และ รุ่นที่อบรม รุ่นที่ 1 จำนวน 35 คน (ร้อยละ 34.30) รุ่นที่ 2 จำนวน 34 คน (ร้อยละ 33.30) รุ่นที่ 3 จำนวน 33 คน (ร้อยละ 32.40)

2. ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิด้านบริบทในหัวข้อวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม และสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ($\bar{X}=4.02$, $SD=0.64$) ค่าเฉลี่ยรองลงมาอันดับสอง คือ มีความรู้ความเข้าใจ และ ทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ($\bar{X}=4.02$, $SD=0.64$)

3. ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิด้านปัจจัยเบื้องต้น โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยพบว่า หัวข้อความรู้ความสามารถของวิทยากร อยู่ในระดับดีมากและมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.43$, $SD=0.57$) รองลงมาคือ ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการอบรม และสถานที่ศึกษาดูงานสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการด้านการเรียนรู้การทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี $\bar{X}=4.18$, $SD=0.53$) ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.62$) ตามลำดับ

4. ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้านกระบวนการ สูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การจัดการอบรมเป็นไปตามกำหนดการ การประสานงานระหว่างผู้จัดโครงการและผู้เข้าอบรมโครงการ และการบริการและการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคของคณะทำงาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.50$) ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.56$) ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.57$) โดยลำดับความสำคัญของเนื้อหาการอบรม 3 ลำดับแรก ได้แก่ ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนตนเองเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา และ ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้นำเพื่อพัฒนาทีม เครือข่าย และชุมชน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

5. ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้านผลผลิต พบว่า ในหัวข้อการพัฒนาทัศนคติของตนเองเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีระดับการนำไปใช้ดีมาก

และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.21$, $SD=0.66$) หัวข้อด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างทีมคลินิกหมอครอบครัว และ/หรือ เครือข่าย มีค่าเฉลี่ยรองลงมา อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.99$, $SD=0.65$) และ ($\bar{X}=3.98$, $SD=0.68$) ตามลำดับ

6. ความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่ง ในหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงาน และ รุ่นที่อบรม กับความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิต พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่งในหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงาน และ รุ่นที่อบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิต

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ความเหมาะสมด้านบริบท พบว่า การตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ การมีความรู้ ความเข้าใจ และ ทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจและทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิไปปฏิบัติ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก หลักสูตรได้พัฒนาตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ² พ.ศ. 2562

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านรูปแบบการดำเนินการของ “หมอประจำครอบครัว” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ทำงานร่วมกันแบบ เชิงรุก ดูแลประชากรตามจำนวนที่รับผิดชอบ ในการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งของประชาชนและประเทศชาติ ดังนั้นทีมหมอครอบครัวจึงต้องมีสมรรถนะที่สำคัญคือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในฐานะผู้ให้บริการที่มีศักยภาพพร้อมที่จะเป็นผู้นำสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในการเริ่มต้นการให้บริการ ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงปัจจัยนำเข้าของโครงการจะพบว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ สตีฟเฟิลบี² ที่กล่าวว่าก่อนที่จะลงมือดำเนินการก่อนจะทำโครงการใดๆ ต้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดหลักการและเหตุผล รวมทั้งเพื่อพิจารณาความจำเป็นที่จะต้องจัดทำโครงการดังกล่าว การชี้ประเด็นปัญหา ตลอดจนการพิจารณาความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการนั้น ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับแนวคิดของหลักสูตรการดำเนินงาน โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามหลักสูตรได้กำหนดให้ผู้ที่ได้รับการอบรม มีทัศนคติที่ดี มีความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติเหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากปรัชญาของหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งเน้น การพัฒนาภาวะผู้นำตามปรัชญานั้นมุ่งเน้นคุณค่า

เป็นฐาน (Values-based Leadership Philosophy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้นำในการใช้คุณค่าของตนและของผู้ตามในการกำหนดทิศทาง แรงบันดาลใจ และแรงจูงใจ ในการเริ่มต้นการจัดบริการที่ตอบสนองกับความต้องการของประชาชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างทันที่และเหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ยั่งยืนต่อไป

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความเหมาะสมด้านปัจจัยเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าปัจจัยเบื้องต้นโดยรวมอยู่ในระดับดี และหัวข้อย่อยที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความรู้ความสามารถของวิทยากร อาจเนื่องจากหลักสูตรได้กำหนดเนื้อหาในการพัฒนาคน พัฒนาคณะ พัฒนางาน และกำหนดสมรรถนะที่ต้องการได้ชัดเจน จึงทำให้ผู้บริหารจัดการโครงการเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ สามารถคัดเลือกวิทยากรที่มีองค์ความรู้ตามเนื้อหาที่กำหนด มีประสบการณ์ตรงสอดคล้องกับเรื่องที่บรรยาย รวมถึงมีความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ผู้เข้ารับการอบรมได้เป็นอย่างดี

นอกจากนั้น ยังพบว่า เนื้อหาการอบรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพบว่า เนื้อหาการอบรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเปลี่ยนตนเองเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ภาวะผู้นำ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสร้างทีมนำเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพปฐมภูมิ อาจเนื่องจากหลักสูตรต้องการพัฒนาทีมหมอครอบครัวให้มีการเปลี่ยนตนเองเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา จากบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป รวมไปถึง ความต้องการด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ การสร้างทีม เพื่อ

ดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. ผลการวิจัยเกี่ยวกับความเหมาะสมของโครงการในด้านกระบวนการ พบว่าการดำเนินงานด้านกระบวนการที่ได้เหมาะสมสูงสุด คือ การจัดการอบรมเป็นไปตามกำหนดการ อาจเนื่องจากผู้บริหารจัดการโครงการและคณะทำงานได้ศึกษาหลักสูตรและดำเนินการอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการวางแผนการดำเนินโครงการ ขณะดำเนินโครงการได้หาข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่จะตั้งการเพื่อการพัฒนางานต่างๆ ตรวจสอบหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการเพื่อทำการแก้ไขให้สอดคล้องกับข้อบกพร่องนั้น ๆ และประเมินผลโดยการใช้กระบวนการ AAR ทุกวัน และทำทั้ง 4 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้การบริหารจัดการโครงการมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับผลการประเมินดังกล่าว

2. ผลการวิจัยเกี่ยวกับความเหมาะสมของโครงการในด้านผลผลิต ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ การนำไปใช้ในการพัฒนาทีมงานและการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมินั้น กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า หัวข้อการพัฒนาทัศนคติของตนเองเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถนำไปใช้ได้มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการทำงานเป็นทีมระหว่างทีมหมอครอบครัว และ/หรือ เครือข่าย จากผลการประเมินดังกล่าว สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวได้สร้างทัศนคติที่ดีให้กับตนเองก่อนเป็นอันดับแรก

ทัศนคติจึงเป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่างความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อมอันมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมตามความรู้ ความเข้าใจนั้น ๆ⁶

3. ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่งในหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงาน และรุ่นที่อบรม กับความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิต ที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ แสดงว่าการดำเนินการอบรมโครงการฯ สอดคล้องกับ ลักษณะของประชากรจึงทำผลการประเมินไม่แตกต่างกัน ดังนั้นหลักสูตรนี้จึงมีความเหมาะสมกับทีมหมอครอบครัว

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่าผลการประเมินการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี จึงควรดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารควรพิจารณา กำหนดเป็นนโยบายให้ทีมนำของคลินิกหมอครอบครัวซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมินี้

2. ด้านการดำเนินโครงการ ควรขยายโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำ

เปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุม
ทีมหมอครอบครัวทั่วประเทศ โดยอบรมทีมหมอ
ครอบครัวที่ลงทะเบียนเป็นคลินิกหมอครอบครัวใน
ปัจจุบันทุกทีม ซึ่งจะทำให้ได้ทีมต้นแบบเพื่อ เกิด
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินนโยบายคลินิก
หมอครอบครัวในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญในการ
สนับสนุน ให้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวบรรลุ
ตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ตาม
พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่
ต้องเปิดคลินิกหมอครอบครัวครอบคลุมทั่วประเทศ
ภายใน 10 ปี

เอกสารอ้างอิง

- 1 Charoenchai S, Ritruetchai S, Chanphet J. Presentation documents in the follow-up meeting of primary care system development and primary care cluster 17th April 2018 Conference room, Bureau of Primary Health Care Support, Building 5, 8th Floor, Office of the Permanent Secretary. 2018. (in Thai).
- 2 Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models and applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2007.
- 3 Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
- 4 Office of the Permanent Secretary. Primary Health System Act B.E. 2019. Bangkok: Sililuck Company Limited. 2019. (in Thai).
- 5 Bureau of Primary Health Care Support. Transformation Leadership Development Program in Primary Health System. Nonthaburi: Bureau of Primary Health Care Support, Office of the Permanent Secretary. 2019. (in Thai).
- 6 Kamdee J. Mass media for development. Bangkok: Chulalongkorn University. 1989. (in Thai).

การประเมินกระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการใช้อย่างสมเหตุผล

ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์* เมทณี ระดาบุตร** นฤมล เหล่าโกสิน**

สตรีรัตน์ ธาดากานต์*** ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์****

วันที่รับบทความ : 06/12/2562

วันแก้ไขบทความ : 20/12/2562

วันตอบรับบทความ : 24/12/2562

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการใช้อย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับกระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการใช้อย่างสมเหตุผล จำนวน 11 ข้อ จากผู้บริหารและอาจารย์ของสถาบันการศึกษาพยาบาล 86 สถาบัน และได้รับการตอบกลับจำนวน 1,052 คน และ 2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลจำนวน 50 คน ใช้แนวคำถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนการใช้อย่างสมเหตุผล จำนวน 6 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้จำนวนและร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน ได้แก่ สถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบาย กำหนดผู้รับผิดชอบการบูรณาการและการจัดการเรียนการสอน กำหนดสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผล กำหนดรายวิชาและประเด็นการเรียนรู้ กำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้ มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และมีการประเมินผลที่หลากหลายที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของการใช้อย่างสมเหตุผล ข้อเสนอแนะ สถานพยาบาลควรมีนโยบายสนับสนุนให้สถาบันการศึกษามีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และสถาบันการศึกษาควรมีการกำหนดนโยบาย การพัฒนาอาจารย์ผู้สอน ส่งเสริมการจัดการเรียนการสอน และมีการประเมินผลการบูรณาการการใช้อย่างสมเหตุผลอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

คำสำคัญ การใช้อย่างสมเหตุผล กระบวนการ การประเมินผล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, Email: kmrturmer@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

An evaluation of the processes of integrating the Rational Drug Use Curriculum into the Bachelor of Nursing Science Program, Academic Year B.E. 2561

Kamolrat Turner* Matanee Radabutr** Narumol Laokosin**
Streerut Thadakant*** Laddawon Vaisurasingha****

Abstract

The objective of this study was to evaluate the process of integrating the rational drug use curriculum into the Bachelor of Nursing Science program, in Academic Year B.E. 2561, using mixed-methods research. 1) Quantitative data collection was conducted by online questionnaire from 86 nursing institutions. The sample included 1,052 administrations and nursing instructors who returned the questionnaire. 2) The qualitative data collection was performed using a focus group discussion with 50 administrations and nursing instructors. The interview guideline included 6 questions on learning experiences regarding Rational Drug Use (RDU). Quantitative data were analyzed using frequency and percentage, and content analysis was used to analyze qualitative data.

The quantitative and qualitative findings were consistent and showed that most nursing institutions had introduced policy, assigned responsible instructors for integrating and managing RDU courses, defined learning competencies of RDU, indicated courses and subjects on RDU, determined the objectives and learning outcomes of RDU, managed RDU courses based-on a student-center and used many evaluating methods related to RDU. This research suggests that the TNMC should support the institutions continually. Nursing education institutions should clearly formulate the RDU policy, develop nursing instructors in RDU, promote teaching methods on RDU, and clearly and continuously evaluate integrating the rational drug use curriculum.

Keywords: Rational Drug Use, RDU, processes, evaluate, nursing science program

*Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Email: kmrturner@gmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi

*** Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก วิกฤตเชื้อคือยาเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญ จากการคาดการณ์ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อคือยาประมาณ 700,000 รายต่อปีในปัจจุบัน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อคือยาสูงถึง 10 ล้านราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจถึง 3.50 พันล้านบาททวีปที่เสียชีวิตมากที่สุดได้แก่ ทวีปเอเชียและแอฟริกา คือประมาณ 4.70 และ 4.20 ล้านรายตามลำดับ¹ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเกินกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากการสั่งใช้และจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นความสูญเสียของระบบสุขภาพอย่างมาก² ขณะเดียวกันประเทศไทยได้พบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ได้แก่ การใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ โดยขาดความตระหนักถึงปัญหาเชื้อคือยา ใช้ยาข้ามชั้นตอน ใช้ยาซ้ำซ้อน ใช้ยาหลายขนาน มากเกินความจำเป็น ใช้ยาผิดขนาด ผิดวิธี ผิดความถี่ และผิดระยะเวลา เป็นต้น³

การใช้ยาสมเหตุผลจึงเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่องค์การอนามัยโลกและผู้นำของประเทศต่างๆ ให้ความสนใจในการร่วมกันนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม⁴ ประเทศไทยได้มีบรรจุเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลไว้ในนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 และดำเนินการต่อเนื่องภายใต้ นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ จึงได้พัฒนาคู่มือการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเผยแพร่ให้สภาวิชาชีพด้าน

สุขภาพนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน⁵ การนำคู่มือการเรียนการสอนดังกล่าว ไปสู่การปฏิบัติแต่ละวิชาชีพ จำเป็นต้องมีรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งวิชาชีพพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำเป็นต้องมีกระบวนการในการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ การบรรจุเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะที่จำเป็นแก่พยาบาลต่อไป ดังนั้นสภาการพยาบาลในฐานะองค์กรวิชาชีพที่ทำหน้าที่รับรองหลักสูตรการศึกษาพยาบาลในทุกกระดับ จึงได้วางแผนและดำเนินงานตามกระบวนการที่วางไว้ โดยจัดทำรูปแบบการบูรณาการหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้กับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล และได้เผยแพร่รูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ให้สถาบันการศึกษาพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2561⁶ จะเห็นได้ว่ากระบวนการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการสอนที่ประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น การกำหนดวัตถุประสงค์ การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีการพิจารณาและมีการวางแผนร่วมกันอย่างรอบคอบ โดยบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ ในระบบการสอนให้เหมาะสมกับพัฒนาการการเรียนรู้ของผู้เรียน มีการประเมินผลย้อนกลับ เพื่อนำมาปรับปรุง

แก้ไข ให้ได้มาซึ่งระบบการสอนที่มี
ประสิทธิภาพดี และประสิทธิผลในการเรียนรู้⁷

ดังนั้นเพื่อติดตามกระบวนการบูรณาการ
การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา
2561 คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมิน
กระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการ
ใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร
บัณฑิต ปีการศึกษา 2561 เนื่องจากกระบวนการ
ในการจัดการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการจัด
การศึกษา กระบวนการเป็นวิธีการที่จะนำเนื้อหา
ไปสู่การเรียนรู้ของผู้เรียน การที่จะให้เกิด
ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่ตั้งไว้ จะต้องมีการบูรณา
การวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ และการ
ประเมินผลให้มีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน⁸ ซึ่ง
จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางการศึกษาที่พึงประสงค์
ได้ การประเมินกระบวนการจะช่วยให้ทราบถึง
ข้อบกพร่องของการดำเนินงาน และสามารถ
นำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง
ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมาก
ขึ้น การประเมินกระบวนการนี้ จะเป็นประโยชน์
อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือจุดแข็ง
(Strengths) และจุดด้อย (Weakness)⁹ ของ
กระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอน
การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 นอกจากนี้ยัง
เป็นการติดตามการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผน
ที่วางไว้หรือไม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไป
พัฒนาแนวทางในบูรณาการการจัดการเรียนการ
สอนและการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนให้
เกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินกระบวนการบูรณาการการ
จัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการประเมินกระบวนการ
นำรูปแบบการบูรณาการการจัดการเรียนการสอน
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต ไปใช้ เป็นการประเมินความ
คิดเห็นของอาจารย์ ความเป็นไปได้ของรูปแบบ
ของหลักสูตร ประเมินด้านกระบวนการ การ
บูรณาการการจัดการเรียนการสอน 7 ประเด็น
ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การกำหนด
ผู้รับผิดชอบการบูรณาการและการจัดการเรียน
การสอน การกำหนดสมรรถนะการใช้ยาอย่างสม
เหตุผล การกำหนดรายวิชาและประเด็นการ
เรียนรู้ การกำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้
การจัดการเรียนการสอน โดยใช้ผู้เรียนเป็น
ศูนย์กลาง และการประเมินผลที่หลากหลาย ซึ่ง
เป็นขั้นของการประเมินกระบวนการตามกรอบ
แนวคิดการประเมินแบบซิปป (CIPP Model)¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน
(Mixed-Methods Research) แบบการวิจัยแบบ
พร้อมกัน (Convergent Parallel Design)¹¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารและอาจารย์
พยาบาลของสถาบันการศึกษาที่สังกัด
สถาบันอุดมศึกษาของรัฐบาลและเอกชน จาก 86
สถาบัน ที่บรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปี
การศึกษา 2561 จำนวนทั้งหมด 3,848 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลของสถาบันการศึกษาพยาบาลของสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐและเอกชน และยินดีตอบข้อมูลทางออนไลน์ มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1,052 คน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลของสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการเรียนการสอนหลักสูตรปริญญาตรี ระหว่างวันที่ 20-21 มิถุนายน 2562 ณ โรงแรมริชมอนด์ จำนวน 50 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และตอนที่ 2 แบบสอบถามกระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์จากรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วย 7 ประเด็น รวมทั้ง 11 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruency: IOC) เท่ากับ .88 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ของแบบสอบถามนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ KR 20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 6 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 5 คน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ได้ค่า IOC เท่ากับ .93

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสภาการพยาบาล เลขที่ TNMC-IRB 03/2019.04.09 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์จากผู้บริหารและอาจารย์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลจำนวน 86 สถาบันที่มีการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1,052 คน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบการสนทนากลุ่ม ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาพยาบาลจำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ตามสังกัดของสถาบันการศึกษา ได้แก่ สถาบันการศึกษาที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา รัฐบาล

สถาบันอุดมศึกษาเอกชน วิทยาลัยพยาบาลสังกัด
พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และ
วิทยาลัยพยาบาลที่สังกัดกระทรวงกลาโหมและ
กระทรวงมหาดไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้
จำนวนและร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา
โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ Giorgi¹² มี
ขั้นตอน ดังนี้ 1) อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อรับรู้ใน
ภาพรวม 2) อ่านข้อมูลอย่างละเอียดอีกครั้ง 3) แยก
ข้อความที่เกี่ยวกับสิ่งที่ศึกษาออกจากคำบรรยาย
ของผู้ให้ข้อมูล 4) เชื่อมโยงข้อมูลในแต่ละหน่วย
และ 5) สังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัย
พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 91.92 อายุ 41-50 ปีมากที่สุด ร้อย
ละ 36.50 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี ร้อยละ 27.47

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นในการปฏิบัติตามกระบวนการจัดการเรียนการสอนการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 (n =1,052)

	ความคิดเห็น/ การปฏิบัติ					
	ใช่		ไม่ใช่		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สถาบันกำหนดนโยบายการจัดการเรียนการสอน/ การบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	884	84.00	75	7.10	93	8.90
2. สถาบันกำหนดผู้รับผิดชอบการพัฒนาการเรียนการ สอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	818	77.80	105	10.00	129	12.30
3. สถาบันกำหนดรายวิชาที่มีการบูรณาการการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล ใน มคอ.2	750	71.30	149	14.20	153	14.50

วุฒิการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท
ร้อยละ 71.67 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา
จำนวน 21-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 24.24 ในขณะที่
ปฏิบัติงานมานาน 6-10 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกัน
ร้อยละ 24.05 ภาควิชา/ สาขาวิชา/ กลุ่มวิชาที่สังกัด
พบว่า สังกัดภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 26.81 รองลงมาคือภาค
วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ร้อยละ 20.82
สถานที่ปฏิบัติงาน สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 64.07
ตำแหน่งทางวิชาการ ดำรงตำแหน่งอาจารย์
เกือบจะทั้งหมด ร้อยละ 92.87 ตำแหน่งทางการ
บริหาร ส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ประจำหลักสูตร/
อาจารย์ประจำ ร้อยละ 73.86

**ส่วนที่ 2 การประเมินกระบวนการจัดการ
เรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561**

ผลการวิจัยพบว่า การประเมิน
กระบวนการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่าง
สมเหตุผลซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ประเด็น ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นในการปฏิบัติตามกระบวนการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 (n=1,052) (ต่อ)

	ความคิดเห็น/ การปฏิบัติ					
	ใช่		ไม่ใช่		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. สถาบันกำหนดประเด็นเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง	913	86.80	62	5.90	77	7.30
5. สถาบันกำหนดสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในวัตถุประสงค์/ ผลการเรียนรู้ ในมคอ.3 หรือ มคอ.4	854	81.20	112	10.60	86	8.20
6. สถาบันกำหนดวิธีการจัดการเรียนการสอนที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	861	81.80	94	8.90	97	9.20
7. สถาบันมีวิธีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง						
7.1 บรรยาย (Lecture)	920	87.50	61	5.80	71	6.70
7.2 กรณีศึกษา (Case study)	872	82.90	48	4.60	132	12.50
7.3 อภิปรายกลุ่ม (Group discussion)	812	77.20	73	6.90	167	15.90
7.4 มอบหมายงานรายบุคคล/รายกลุ่ม (Assignment)	798	75.90	80	7.60	174	16.50
7.5 สถานการณ์จำลอง (Simulation)	574	54.30	206	19.60	272	25.90
8. สถาบันกำหนดวิธีการประเมินผลที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	732	69.60	124	11.80	196	18.60
9. สถาบันมีวิธีการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่หลากหลาย						
9.1 การสอบ	823	78.20	97	9.20	132	12.50
9.2 รายงานกลุ่ม/ รายงานบุคคล	796	75.70	82	7.80	174	16.50
9.3 การนำเสนองานกลุ่ม/ งานบุคคล	770	73.20	95	9.00	187	17.80
9.4 สังเกตการแสดงความคิดเห็น	780	74.10	86	8.20	186	17.70
9.5 สังเกตการทำงานเป็นทีม	720	64.8	121	11.50	211	20.10
9.6 การประเมินตนเอง/ การประเมินเพื่อน	784	74.50	112	10.60	156	14.80
10. สถาบันมีการประเมินผลการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรายวิชา	685	65.10	157	14.90	210	20.00
11. สถาบันมีการประเมินผลการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรทุกปีการศึกษา	680	64.60	159	15.10	213	20.20

1. ด้านนโยบายการจัดการเรียนการสอน/
การบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
สถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนด
นโยบายการจัดการเรียนการสอน/ การบูรณาการ
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คิดเป็นร้อยละ 84.00
สถาบันการศึกษาที่ไม่มีนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 7.00
ส่วนสถาบันที่ไม่ทราบว่ามียาหรือไม่มี คิดเป็น
ร้อยละ 8.90

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า
การบูรณาการของอาจารย์ผู้สอนจะเริ่มตั้งแต่การ
ประชาสัมพันธ์โครงการของสภาการพยาบาล ที่
เริ่มจากการทำหนังสือเชิญตัวแทนอาจารย์แต่ละ
สถาบันศึกษามาร่วมเพื่อรับทราบนโยบาย
และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้คู่มือ
รูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสม
เหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
หลังจากนั้นสถาบันมีการนำไปกำหนดเป็น
นโยบายของสถาบัน ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“จะมีอาจารย์ตัวแทนอาจารย์เข้ามารับเรื่อง
ของสภาการพยาบาล หลังจากนั้นเราก็จะไปถ่ายทอด
ในสำนักวิชาที่จะถ่ายทอดนโยบายให้สมาชิกรับทราบ
ค่ะหลังจากนั้นก็จะบูรณาการให้ทุกรายวิชาที่เกี่ยวข้อง
กับสภาการพยาบาล”

“ทางภาควิชาค้ำก็กำหนดนโยบายว่าจะ
เน้นเรื่องนี้ไปด้วย เรื่องของการใช้ยาอย่างสม
เหตุผล แต่เท่าที่ดูเหมือนแผนการพยาบาลก็ยังไม่
ค่อยเปลี่ยนแปลงเท่าไร”

2. ด้านการกำหนดผู้รับผิดชอบการบูรณาการ
และการจัดการเรียนการสอน

สถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มี
การกำหนดผู้รับผิดชอบการบูรณาการและการ
จัดการเรียนการสอน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ

การพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่าง
สมเหตุผล คิดเป็นร้อยละ 77.80 รองลงมาคือ
สถาบันไม่ทราบว่ามีการกำหนดผู้รับผิดชอบ
หรือไม่ คิดเป็นร้อยละ 12.30 รวมทั้งกำหนด
วิธีการจัดการเรียนการสอนที่สัมพันธ์กับ
สมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คิดเป็น
ร้อยละ 81.80 รองลงมาคือไม่ทราบ คิดเป็นร้อยละ
9.20

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ
สนทนากลุ่มของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาล
พบว่า เมื่อแต่ละสถาบันการศึกษาได้รับทราบนโยบาย
การจัดการเรียนการสอนจากสภาการพยาบาลแล้ว
หลังจากนั้นแต่ละสถาบันจะกำหนดผู้รับผิดชอบ
การบูรณาการและการจัดการเรียนการสอนของแต่ละ
รายวิชา และอาจารย์ผู้สอนจะทำแผนการสอน
ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติโดยบูรณาการเรียนการ
สอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละหัวข้อ
เรื่องที่สอน ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พอศิสอนเรื่องการพยาบาลพื้นฐานแล้ว
ก็...การพยาบาลผู้ใหญ่ก็เลยรับไปบูรณาการตรง
นั้น เนื่องจากเป็นอาจารย์ผู้สอน”

3. ด้านการกำหนดสมรรถนะการใช้ยาอย่าง
สมเหตุผล มีการกำหนดสมรรถนะของการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลในวัตถุประสงค์/ ผลการเรียนรู้ ใน
มคอ.3 หรือ มคอ.4 ร้อยละ 81.20 รองลงมาคือไม่มี
การกำหนดสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ในวัตถุประสงค์/ ผลการเรียนรู้ ในมคอ.3 หรือ มคอ.4
ร้อยละ 10.60

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ
สนทนากลุ่มของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาล
พบว่า มีการกำหนดสมรรถนะรายวิชาใน มคอ.3
ของวิชาทฤษฎี และ มคอ.4 ของวิชาปฏิบัติ ตามที่

ระบุไว้ในคู่มือรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสภาการพยาบาล รวมถึงแต่ละสถาบันต้องกำหนดรายวิชาที่มีการบูรณาการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หลักสูตรเก่ากับหลักสูตรใหม่มันเป็นช่วงรอยต่อซ้อนกันนะค่ะ เด็กตอนปี 60 เด็กปี 3 ปี 4 ยังเป็นหลักสูตรเก่า หลักสูตร 55 เด็ก 60 ก็จะเป็นหลักสูตรใหม่แล้ว ก็หลักสูตรใหม่เนี่ย สามารถลงตั้งแต่ มคอ.2 แต่หลักสูตรเก่าก็ให้ใส่ในวัตถุประสงค์แล้วเวลาพิจารณา มคอ.3, 4 ก็พิจารณาว่าอย่างวิทยุก็ตกลงกันในกรรมการวิชาการ”

4. ด้านกำหนดรายวิชาและประเด็นการเรียนรู้ สถาบันการศึกษามีการกำหนดรายวิชาที่มีการบูรณาการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ใน มคอ.2 ร้อยละ 71.30 และสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่กำหนดประเด็นเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรายวิชาที่เกี่ยวข้องร้อยละ 86.80

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าการกำหนดรายวิชาและประเด็นการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของแต่ละสถาบันการศึกษา โดยบรรจุคำว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” อยู่ในคำอธิบายรายวิชา ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ในหัวข้อการสอนก็จะมี การพยาบาลผู้ป่วยระบบต่อมไร้ท่อมันก็มีหัวข้อ แล้วก็จบท้ายด้วยการใช้ยาอย่างสมเหตุผล”

“การเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของทางวิทยาลัยก็มีอยู่ในบางรายวิชา อย่างเช่น วิชาสัมมนา หรือวิชาแนวโน้มวิชาชีพ

นั่นก็จะนำเรื่องนี้ค่ะ ให้เด็กปี 3 นะค่ะ เขาก็จะมีการสัมมนาเรื่องนี้ค่ะ”

5. ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้ พบว่า เกือบทุกสถาบันการศึกษาพยาบาล มีการกำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยได้กำหนดไว้ให้สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นวัตถุประสงค์/ ผลการเรียนรู้ในมคอ.3 หรือ มคอ.4 คิดเป็นร้อยละ 81.20

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เกือบทุกสถาบันการศึกษาพยาบาล มีการกำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ปีที่สองที่ทำเพราะฉะนั้นก็เหมือนกันที่ว่าเริ่มเข้าเรียนวิชา nursing ก็จะเป็นการพยาบาลพื้นฐานเริ่มมาเลย แล้วก็มีการกำกับว่าในประมวลการสอนใน course syllabus ต้องมีคำนี้ในวัตถุประสงค์ด้วย ว่า..เออ..เด็กจะต้องมีทักษะมีความรู้เป็นรายทฤษฎี ปฏิบัติเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล”

6. ด้านการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สถาบันการศึกษาเกือบจะทั้งหมดมีการกำหนดวิธีการจัดการเรียนการสอนที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 81.80 และพบว่าสถาบันมีวิธีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งการสอนแบบบรรยาย และการใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้แก่ การใช้กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม มอบหมายงานรายบุคคล/รายกลุ่ม และการใช้สถานการณ์จำลอง ส่วนวิธีการสอนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางที่สุดคือการสอน

ด้วยใช้กรณีศึกษา ร้อยละ 82.90 และใช้วิธีการสอนแบบสถานการณ์จำลอง น้อยที่สุด ร้อยละ 54.30

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลในรูปแบบต่างๆ ส่วนใหญ่เน้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การใช้กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม การประชุมกลุ่ม (Conference) การใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation) การจัดกิจกรรมกลุ่ม การสอนจากสถานการณ์จริง และการใช้สื่อออนไลน์ แต่บางรายวิชาที่เชิญอาจารย์จากภายนอก เช่น วิชาเภสัชวิทยาจะสอนโดยวิธีบรรยาย (Lecture) ซึ่งอาจารย์ผู้สอนจะออกแบบการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหาของแต่ละวิชา ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ส่วนใหญ่ก็ทำเป็น *scenario* เป็น *case* ให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้”

“แต่ถ้าเป็นปฏิบัติจะชัดเจนเพราะว่าเราที่เจอสถานการณ์จริง อย่างเช่นเภสัชจัดยาขึ้นมาคิด เราที่สะท้อนให้เด็กเห็นว่าอันนี้เราต้องสะท้อนกลับไปว่าจัดยาผิด หรือว่าอย่างกรณีที่คุณหมอสั่งยาหรือไปเจอพยาบาลที่ให้ยาลดไข้ในคนไข้ที่ไม่เหมาะสมกับ *level* ของไข้ เราจะชี้ให้เด็กเห็นว่านี่คือ *RDU* ที่พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะตรงนี้”

7. **ด้านการประเมินผลที่หลากหลาย**
สถาบันการศึกษากำหนดวิธีการประเมินผลที่หลากหลายสัมพันธ์กับสมรรถนะของการใช้อย่างสมเหตุผล ร้อยละ 69.60 โดยมีวิธีการประเมินผลที่หลากหลาย ใช้การสอบมากที่สุด ร้อยละ 78.20 รองลงมาคือการประเมินด้วยรายงานกลุ่ม/รายงานบุคคล ร้อยละ 75.70 และสังเกตการทำงานเป็นทีม น้อยที่สุด ร้อยละ 64.80 โดยส่วนใหญ่มีการประเมินผลการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในรายวิชา ร้อยละ 65.10 และในหลักสูตรทุกปีการศึกษา ร้อยละ 64.60

การประเมินผลมีทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้สอดคล้องกับรูปแบบการสอนได้แก่ ในการสอนภาคทฤษฎี จะประเมินผลด้วยการสอบ แต่ถ้ามีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางจะมีการประเมินผลจากการนำเสนอด้วย นอกจากนี้การประเมินผลภาคปฏิบัติจะประเมินจากแบบประเมินผลการฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้ นักศึกษาทุกสถาบันจะได้รับการประเมินผลจากสภาการพยาบาลในการสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“จะมีการวัดสมรรถนะของนักศึกษาทุกชั้นปี ทางของคณะพยาบาลของเรา ก็จะเป็นสมรรถนะของชั้นปีที่ 3 แต่ก็จะเป็นเรื่องของ *high alert drug* แต่ทุกชั้นปีจะต้องผ่านการสอบในเรื่องของการใช้ยา ซึ่งเราได้สอบไปตอนนี้เราวิเคราะห์ผลอยู่นะคะ คือชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 เพิ่งสอบไปอาทิตย์ที่แล้วจะเป็นในรายหัวข้อของการใช้ยา”

อภิปรายผล

การประเมินกระบวนการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 พบว่า

1. ด้านการกำหนดนโยบาย ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน สถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบายการจัดการเรียนการสอน/ การบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบายของสภาการพยาบาลไปจนถึงการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และอาจารย์ผู้สอน แต่ละ

สถาบันการศึกษาได้รับนโยบายจากสภาการพยาบาลในช่วงของการปรับปรุงหลักสูตรปี 2560 และ 2561 จะเห็นได้ว่าการมีนโยบายที่ชัดเจนเป็นจุดแข็งของการบริหาร คือ มีการวางแผนและมีการกำหนดนโยบาย เพื่อพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่ผลที่พึงประสงค์การดำเนินงาน¹³ นอกจากนี้การรับมอบนโยบายจากผู้บริหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จ¹⁴ แต่อย่างไรก็ตามนโยบายควรได้รับการติดตามและประเมินผลในระยะยาว¹⁵

2. ด้านการกำหนดผู้รับผิดชอบการบูรณาการและการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน สถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบการบูรณาการและการจัดการเรียนการสอนในการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเริ่มจากกำหนดนโยบายของสภาการพยาบาล การกำหนดผู้รับผิดชอบการบูรณาการการเรียนการสอนจนไปสู่การจัดการเรียนการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษาควรมีการกำหนดบทบาทครูผู้รับผิดชอบก่อนการจัดการเรียนรู้ในด้านการเตรียมหน่วยการเรียนรู้และจัดการเรียนรู้ ซึ่งบทบาทสำคัญของครูคือการสนับสนุนการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ และควบคุมดูแลเวลาในการดำเนินการจัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนที่เหมาะสมกับผู้เรียนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้เรียนไม่ต้องกังวลในการค้นคว้าเพิ่มเติม¹⁵

3. ด้านการกำหนดสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความสอดคล้องกันทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการกำหนดรายวิชาที่มีการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ใน มคอ.2 ส่วนใหญ่กำหนดประเด็นเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในวัตถุประสงค์ ในมคอ.3 หรือ มคอ.4 มีการจัดการเรียนการสอนที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากการศึกษาผลของการกำกับดูแลตนเองต่อประสิทธิภาพของหลักสูตรในการใช้กลยุทธ์การเรียนรู้ พบว่า การกำหนดสมรรถนะการเรียนรู้จะเพิ่มศักยภาพในการปรับปรุงประสิทธิภาพการเรียนการสอนของผู้เรียน¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านเนื้อหาของนักเรียนตามการจัดการเรียนรู้ของสะสม และสมรรถนะของหลักสูตรในการเรียนเสมือนจริง พบว่า การกำหนดสมรรถนะของหลักสูตรมีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของนักเรียนในการจัดการเรียนรู้ตามแนวทางสะสม¹⁸

4. ด้านการกำหนดรายวิชาและประเด็นการเรียนรู้ มีความสอดคล้องกันทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ จะเห็นได้ว่าสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่มีการกำหนดรายวิชาและประเด็นการเรียนรู้ โดยบรรจุคำว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” อยู่ในคำอธิบายรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ตามการศึกษาของ McCroory และคณะ¹⁹ พบว่า การกำหนดรายวิชาและประเด็นการเรียนรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเรียนการสอน

5. ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้ จะเห็นได้ว่า เกือบทุกสถาบันมีการ

กำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้เกี่ยวกับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในวัตถุประสงค์ของมคอ.3 หรือ มคอ.4 จากการศึกษาปัจจัยที่อธิบายผลของการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า การกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงผลเชิงลึกของการเรียนการสอนได้อย่างชัดเจนที่สุด²⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kadri และคณะ²¹ พบว่าการกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีผลต่อการแนวทางการเรียนรู้ของผู้เรียน

6. ด้านการจัดการเรียนการสอน โดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เกือบทุกสถาบันการศึกษามีวิธีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีการบูรณาการระหว่างรายวิชาและสหสาขาด้วย โดยต้องพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายวิธี สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การอภิปรายกลุ่ม การใช้กรณีศึกษา การใช้ผังความคิด และการเรียนแบบร่วมมือ สามารถพัฒนาผู้เรียนในระดับสูง และช่วยส่งเสริมการพัฒนาผู้เรียนในด้านการพัฒนาตนเองมากขึ้น²²

7. ด้านการประเมินผลที่หลากหลาย สถาบันการศึกษาส่วนใหญ่มีการประเมินผลการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรายวิชาทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตามการประเมินกระบวนการที่หลากหลาย ควรมุ่งเน้นประเมินทั้งกระบวนการเรียนการสอน สื่อการสอน กิจกรรมการเรียนการสอน และการ

ประเมินผล²³ และควรมีประเมินการเรียนรู้จากการปฏิบัติควรมีการกำหนดเกณฑ์ ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการเรียนรู้จากการปฏิบัติในทุกกิจกรรม/พันธกิจหลักของสถาบัน ในทุกมิติอย่างสม่ำเสมอ¹³ สอดคล้องกับ Zhang²⁴ ที่กล่าวว่า การประเมินผลควรเป็นไดนามิกที่สามารถทำการปรับในระหว่างการดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการประเมินผลเป็นระยะ ซึ่งจะทำให้การทำงานมีคุณภาพการศึกษา รวมถึงสามารถตัดสินใจในการดำเนินงานในระยะต่อไป²⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

การประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางให้มากขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีความต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาอาจารย์ให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถดำเนินการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ ควรกำหนดให้มีการประเมินผลการบูรณาการในรายวิชาอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. O' Neill J. Antimicrobial resistance: Tracking a crisis for the health and wealth on nations

- [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 12]. Available from: <http://amr-review.org/Publications>.
2. Chantrapipat K, Fongthong T, Saokaew S. Effectiveness of the National Health Security Office's Policy to Promote Rational Use of Antibiotics by Using Payment for Quality Performance. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2017;9(2):499-515. (in Thai).
 3. Chongtrakul P. Rational Drug Use in Primary care. 11th ed. Bangkok: Wanida Printing; 2017. (In Thai).
 4. WHO. Medicines: rational use of medicines. Fact sheet No. 338 May 2010.
 5. Rational Use of Drug Subcommittee. Teacher's guide for promotion rational drug use. Nonthaburi: Food and Drug Administration, Ministry of Public Health, Thailand. 2017:1-8. (in Thai).
 6. Thailand Nursing and Midwifery Council. Conclusion Integrating the Rational Drug Use Curriculum into the Bachelor of Nursing Science Program. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 29]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/110/>
 7. Ministry of Education. Teaching system [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 23]. Available from: http://www.moe.go.th/moe/th/news/.php?NewsID=11195Keynews_research
 8. Salam A. Input, Process and Output: system approach in education to assure the quality and excellence in performance. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2019;14(1):1-2.
 9. Suksan S. CIPP Model [Internet]. 2002 [cited 2019 Sep 12]. Available from: <http://www.clinictech.most.go.th/online/filemanager/fileclinic/F1/files/cipp%20model.pdf>
 10. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: T. Kellaghan, DL. Stufflebeam eds *International Handbook of Educational Evaluation*. Kluwer International Handbooks of Education, Springer, Dordrecht. 2003(9): 31-56.
 11. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Second edition [Internet]. 2011 [cited 2019 Dec 18]. Available from: <https://search-ebscohost-com.ezproxy.okcu.edu/login.aspx?>
 12. Giorgi A. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press; 1985.
 13. Suebsook R, Siripirom W, Siribanpitak P. Management Strategies to Enhance Action Learning Abilities of Instructors in Nursing Schools. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2017;24(1):7-27. (in Thai).
 14. Sukim T, Pimoljinda T. The Implementation of Hospital Administrative Policy: A Case Study of Outpatient Department of Bangkok Hospital Network at The Kingdom of Cambodia. *FEU Academic Review Journal*. 2016;10(3):143-54. (in Thai).

15. Rafique N, Sultan B, Ahmad S, Imran M. Teachers' Role in Implementation of English Language Teaching Policies in Public Primary Schools of Rural Area in Punjab, Pakistan. *Language in India*. 2018; 18(4):252–60.
16. Punya A, Wattanatorn A, Kaewurai W, Pajanban P. The Development of Instructional Model on Small-Sized School. *Journal of Education Narasuan University*. 2013;5(4):96-104. (in Thai).
17. Lan WY. The effects of self-monitoring on students' course performance, use of learning strategies. *The Journal of Experimental Education*. 1996;64(2):101.
18. Reece AJ, Butler MB. Virtually the Same: A Comparison of STEM Students Content Knowledge, Course Performance, and Motivation to Learn in Virtual and Face-to-Face Introductory Biology Laboratories. *J Coll Sci Teach*. 2017;46(3):83–9.
19. McCrory R, Putnam R, Jansen A. Interaction in online courses for teacher education: Subject matter and pedagogy. *Journal of Technology and Teacher Education*. 2008;16(2):155–80.
20. Postareff L, Parpala A, Lindblom-Ylänne S. Factors contributing to changes in a deep approach to learning in different learning environments. *Learning Environments Research*. 2015;18(3):315–33.
21. Kadri HM, Al-Moamary MS, Magzoub ME, Roberts C, Vleuten CPM. Students' perceptions of the impact of assessment on approaches to learning: A comparison between two medical schools with similar curricula. *Int J Med Educ*. 2011;2:44–52.
22. Tongnuang P. Effects of student-centered teaching modules on learner knowledge and learner developments in pathophysiology subject among nursing students. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2553;2(1):73-89. (in Thai).
23. Aziz S, Mahmood M, Rehman Z. Implementation of CIPP Model for quality evaluation at school level: A case study. *Journal of Education and Educational Development*. 2018;5(1):89–206.
24. Zhang G, Zeller N, Griffith R, Metcalf D, Williams J, Shea C, et al. Using the Context, Input, Process, and Product Evaluation Model (CIPP) as a Comprehensive Framework to Guide the Planning, Implementation, and Assessment of Service-learning Programs. *Journal of Higher Education Outreach & Engagement*. 2011;15(4):57–84.
25. Patil Y, Kalekar S. CIPP Model for school evaluation. *Scholarly Research Journal for Humanity Science & English Language*. 2014;2(10):2615-19.

**Efficacy and safety of *Vernonia cinerea* (L.) Less. and
Boesenbergia rotunda (L.) Mansf. oral sprays in light cigarette smokers
with behavioral counseling for smoking cessation: A preliminary study**

Supaporn Pitiporn* Uraiwan Chotigeat** Siriporn Poonsub *Pisit Chaiprasertsud*
Jiraporn Trakarnjunsiri* Wachiraporn Tong-on*** Krittika Wilai*** Naraporn Sanguanjai***
Phanpatchanun Wongprakob*** Kuaina Rongso*** Pakakrong Kwankhao****

วันที่รับบทความ	: 01/03/2562
วันแก้ไขบทความ	: 29/04/2562
วันที่ตอบรับบทความ	: 30/05/2562

Abstract

Vernonia cinerea (L.) Less. (VC) and *Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf. (BR) are supposed to be effective for ceasing cigarette smoking, but systematic investigation is lacking. Objective of this study was to primarily assess the efficacy and safety of two oral spray formulations, one with VC extracts alone and another with combined extracts of VC and BR compared to placebo. The randomized, placebo-controlled trial was conducted at the outpatient department of Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province, Thailand. Smokers were randomly assigned to three groups to receive oral sprays with the extracts of VC (n=22), VC combined with BR (n=23), or placebo (n=22) together with a counseling program. Descriptive statistics were employed to analyze baseline characteristics while non-parametric inferential statistics were used to compare among the groups.

Results: By the sixth week, the percentages of reduction of cigarette smoking was in the groups with VC spray (n=18), VC combined with BR spray (n=21), and the placebo (n=17) compared to the first week 67.09% vs. 28.19%, 73.90% vs. 35.97%, and 46.65% vs. 26.20%, respectively. The reduction in the intervention groups compared to the placebo group was significantly higher since the second week ($p<0.05$). There were no significant differences in the abstinence status ($p>0.05$) among three groups. The Fagerstrom Test For Nicotine Dependence (FTND) score before and after the study in all groups was significantly decreased. Both active spray formulations were well-tolerated similar to placebo. No serious adverse events were observed. Both oral spray formulations appear to be promising to support smoking cessation. Further studies with larger group of heavy smokers and longer duration of the interventions are needed to provide robust data about the issue.

Keywords: *Vernonia cinerea* (L.) Less., *Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf, smoking cessation, oral spray

*Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province, Thailand.

**Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok, Thailand.

***Research and Development Department, Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital Foundation, Prachinburi Province, Thailand.

****Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine, Prachinburi Province, Thailand,

Email:pakakrong2@gmail.com

การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยเบื้องต้นของสเปรย์หญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่

สุภาภรณ์ ปิติพร* อุไรวรรณ โชติเกียรติ** ศิริพร พูลทรัพย์* พิสิษฐ์ ชัยประเสริฐสุด*
จิราพร ตระการจันทร์ศิริ* วชิราภรณ์ ทองอ่อน*** กฤติกา วิไล*** นราพร สงวนใจ***
พรรณพชรนันท์ วงษ์ประกอบ*** กุโอณะ รงโชะ*** ผกากรอง ขวัญข้าว****

บทคัดย่อ

หญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea* (L.) Less (VC)) และกระชาย (*Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf. (BR)) เป็นพืชสมุนไพรที่มีรายงานการใช้ประโยชน์ในผู้ที่สูบบุหรี่ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของสเปรย์พ่นในช่องปาก 2 สูตร คือ สูตรที่มีส่วนผสมของสารสกัด VC และสูตรผสมของสารสกัด VC และสารสกัด BR โดยศึกษาเปรียบเทียบกับยาหลอก การศึกษาคำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยศึกษาในผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มด้วยวิธีสุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 VC (n=22), กลุ่มที่ 2 VC และ BR (n=23) และกลุ่มที่ 3 ยาหลอก (n=22) วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาและอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย: ที่ 6 สัปดาห์ พบร้อยละของจำนวนบุหรี่ที่ลดลง ในกลุ่มที่ VC (n=18), กลุ่มที่ VC และ BR (n=21) และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (n=17) เมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์แรก เท่ากับ 67.09% และ 28.19%, 73.90% และ 35.97% และ 46.65% และ 26.20% ตามลำดับ อัตราการลดลงของมวนบุหรี่ในทั้งสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตั้งแต่สัปดาห์ที่สอง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กับยาหลอก ผลคะแนน Fagerstrom Test For Nicotine Dependence (FTND) ช่วงก่อนและหลังการศึกษามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มตัวอย่าง สเปรย์ทั้งสามชนิดมีความปลอดภัยดี สเปรย์พ่นในช่องปากที่มีส่วนผสมของสมุนไพรทั้ง 2 สูตรมีความเป็นไปได้ที่จะใช้เสริมการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จำนวนมากขึ้นและขยายช่วงระยะเวลาการศึกษาให้นานขึ้น

คำสำคัญ: หญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea* (L.) Less) กระชาย (*Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf. การเลิกบุหรี่ สเปรย์พ่นในช่องปาก

*โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

**สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จังหวัดกรุงเทพมหานคร

***ฝ่ายวิจัยและพัฒนา, มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

****วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, Email: pakakrong2@gmail.com

Introduction

Tobacco smoking is one of the most important risk factors of various diseases including cancer.¹ Smoking cessation is, therefore, a particularly important preventive measure that deserves serious attention from healthcare professionals and smokers alike.

Smoking cessation guidelines normally recommend two steps of treatment, including counseling for behavioral modification and pharmacotherapy. Having a strong intention is the first step towards quitting smoking. The second step, pharmacotherapy, is also significant to alleviate the nicotine withdrawal symptoms, including anxiety, irritability, restlessness, and others.² Two major options of the pharmacological approaches are nicotine replacement therapy (NRT) using nicotine patch and nicotine gum, and non-nicotine medications such as varenicline, bupropion, clonidine and nortriptyline.³ Today, some evidence and traditional wisdom have supported using of medicinal plants as supplements in this purpose, for example *Vernonia cinerea* (L.) Less. (VC),⁴ *Acorus calamus* L.,⁵ *Eugenia aromaticum* O. Berg and *Astragalus membranaceus* (Fisch.) Bunge.⁶ VC tea are included in the National List of Essential Medicine (NLEM) for smoking cessation.⁷

In ancient times, VC has been used to relieve cough, fever, stomachache, flatulence and dysuria.⁸⁻⁹ It contributes to smoking cessation by making the tongue numb from its

high content of nitrate. It also makes cigarettes smelling unpleasantly and disturbs the sense of taste. In addition, VC relieves withdrawal symptoms because itself also contains nicotine⁹; it's effect on smoking cessation has been frequently investigated.^{4,9-18}

Boesenbergia rotunda (L.) Mansf. (BR) is a Thai traditional medicine with antifatulent, diuretic and tonic effects.¹⁹ A study showed that BR can reduce the accumulation of dental plaque and biofilm, which are the causes of caries and halitosis.^{20,21} Cigarette smokers may develop halitosis and periodontal problems.²² BR would help relieving these symptoms and as a result smokers may feel more comfortable. This effect may also enhance the effectiveness of pharmacotherapy.

The above-mentioned properties of VC and BR have made them the leading candidates for alternative pharmacotherapy for smoking cessation, hence the oral spray was developed to improve patients' adherence by combining the extracts of these two medicinal plants. This preliminary study aims to assess the efficacy and safety of new oral spray formulations compared to a placebo in light cigarette smokers.

Methodology

Subjects

Male 'light' smokers aged 18-50 years living in Prachinburi Province and determined to quit smoking were enrolled in this study. 'Light smoking was defined by smoking at least 3

cigarettes daily in the last one month. Exclusion criteria were relevant co-morbidity, such as heart diseases, cancer, hepatic or renal abnormalities, depression, using other tobacco products such as cigars, pipes, baraku, being used to narcotics such as amphetamine, amphetamine derivatives, marijuana, and heroin. In addition we excluded individuals already using alternative anti-smoking medication, such as NRT, varenicline, bupropion, clonidine, nortriptyline or medicinal plants, as well as those not being able to communicate in Thai language, or participating in other studies. All subjects signed informed consent forms before the experiment.

The sample size was estimated to accomplish a power of 80% at the alpha level of 0.05. The average percentage reductions of cigarettes smoked in the treatment group, 59.52% and the control group, 14.04% were used for effect size in the calculation.¹⁴ The calculated n was 17 for each group. To account for the possible dropout rate of 20%, however, the sample size was adjusted to 21 for each group.

The oral Sprays

The oral sprays of VC, VC extract combined with BR extract and the placebo were manufactured by Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital Foundation. In brief, the active ingredient of the VC oral spray was extracted from 20 grams of the dried crude plants. For the oral spray of VC combined with BR, the concentrated extract of VC was mixed with the

volatile oil of BR. Quality control of raw materials and finished products were done according to Thai Herbal Pharmacopeia.

Study Design

The randomized, placebo-controlled trial was conducted at the Outpatient Department of Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province, Thailand.

Data Analysis

Descriptive Statistics were used to illustrate the baseline characteristics and the smoking history. Discrete data were presented as numbers and percentages. Continuous data were presented as mean and standard deviation (mean \pm SD). Nonparametric inferential statistics were employed for the data with abnormal distribution. The analysis was conducted using SPSS software 22.0. The statistical differences were significant at $p < 0.05$.

Results

Baseline characteristics and smoking history

Sixty-seven smokers participated in this study. Twenty-two subjects were randomly assigned to receive the VC oral spray, 23 for the combined VC and BR oral spray, and 22 for the placebo. Eleven subjects dropped out of the study: 4 subjects, 2 subjects, and 5 subjects from the above-mentioned groups, respectively so that the final numbers of participants for analysis were 18, 21, and 17, respectively. Baseline characteristics and smoking history of the participants are shown in Table 1. There were no

statistically significant differences among groups of the participants for any characteristic. Most subjects were single and either senior high

school or vocational school graduates. None had underlying diseases as mentioned in method.

Table 1 Baseline characteristics and smoking history of the participants

Characteristics	VC oral spray n = 18	combined VC and BR oral spray n = 21	placebo oral spray n = 17	p
Age (years)	29.89 ± 6.38	33.19 ± 7.26	32.59 ± 5.79	0.270
Marital status				
Single	7(38.89)	7 (33.33)	6 (35.30)	0.940
Married	11(61.11)	14 (66.67)	11 (64.70)	
Education levels				
Junior high school	5 (27.78)	2 (9.52)	6 (35.30)	0.153*
Above Junior high school	13 (72.22)	19 (90.48)	11 (64.70)	
Underlying diseases				
No underlying diseases	18 (100)	21 (100)	17 (100)	
Average age at 1st time smoking, years	19.06 ±4.12	17.95±5.41	19.59±2.89	0.321
Smoking duration, years	10.83 ± 6.75	15.24 ± 7.68	13.00 ± 5.61	0.141
Cigarettes smoked/day				
<10 cigarettes/day	13(72.22)	11(52.38)	12(70.59)	
10-20 cigarettes/day	4(22.22)	8(38.10)	5(29.41)	0.276*
>20 cigarettes/day	1(5.56)	2(9.52)	0(0.00)	
Attempt to quit smoking, times	1.72±1.13	2.05±1.66	1.82±1.01	0.734
FTND score	2.11 ± 1.41	3.67 ± 2.58	2.88 ± 2.69	0.120

* p-value from Fisher's Exact test

Age, 1st time smoking age, smoking duration, attempt to quit smoking and FTND score are expressed as mean ± SD while other characteristics are expressed as number (%).

Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) score is a standard instrument for assessing the intensity of physical addiction to nicotine. The test was designed to provide an

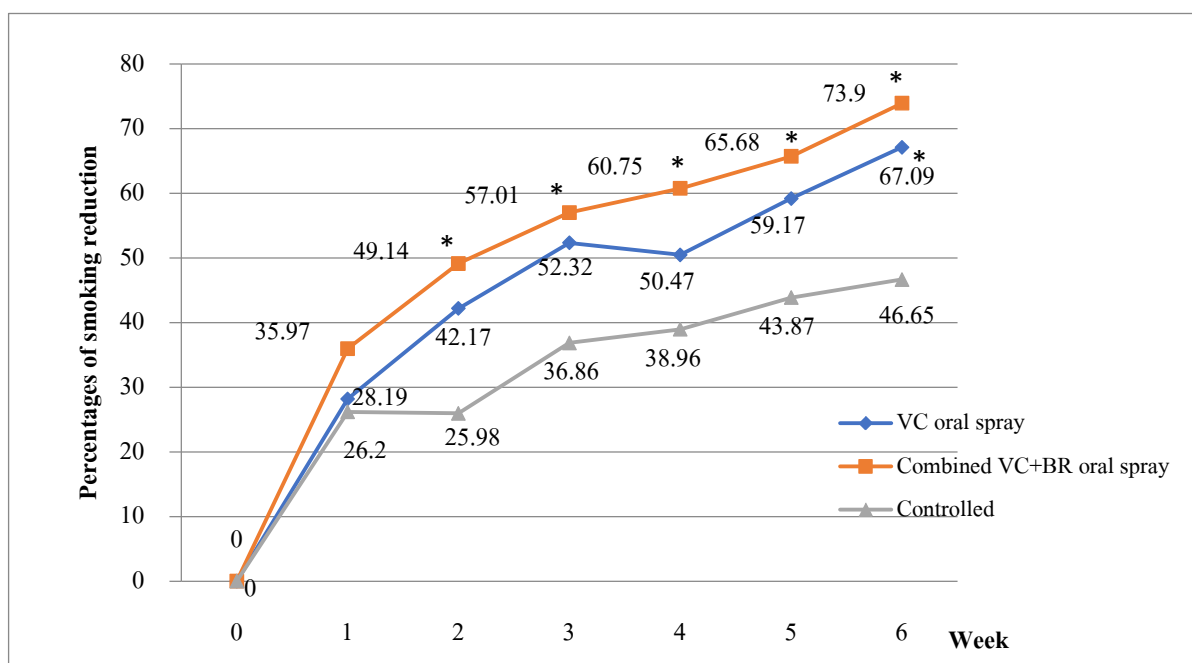
ordinal measure of nicotine dependence related to cigarette smoking. The FTND scoring evaluation: ≤ 4 is low dependence on nicotine, 5 is moderately dependence on nicotine and ≥ 6 is high dependence on nicotine.²³

Smoking history of the groups VC oral spray, the combined VC and BR oral spray did not differ significantly including the average age for the first smoking with 19.06, 17.95 and 19.59 years, respectively. The smoking durations were 10.83, 15.24 and 13.00 years, respectively. Most subjects smoked less than 10 cigarettes daily. The number of attempts to quit smoking were

1.72 times, 2.05 times, 1.82 times, respectively. Most subjects had low level of nicotine dependence.

Efficacy of oral sprays

The percentages of reduction in smoking for each week are shown in Figure 1. In the first week, the percentages of reduction in smoking did not differ significantly. However, there were significant differences between those for week 2-6. As for the percentages of reduction in the sixth week were 67.09, 73.9 and 46.65, respectively, both formulas of oral spray could reduce the numbers of cigarettes smoked.



* = significant at $p < .05$

Figure 1 Percentages of smoking reduction during the six-week period

At the end of Week 6, when 56 subjects were regrouped into the VC group ($n = 39$) and the placebo ($n = 17$). Five subjects (12.82%) in the former and 2 subjects (11.76%) in the latter

were found to have successfully quit smoking (number of cigarette equal to zero at 6th week). These percentages as shown in Table 2, however, there was not statistical difference.

Table 2 Subjects' smoking status at the end of the sixth week

Smoking status	VC oral sprays	Placebo oral spray	p
	n = 39	n = 17	
Abstinence	5 (12.82)	2 (11.76)	0.152
No abstinence	34 (87.18)	15 (88.24)	

Values are expressed as number (%).

FTND scores before and after the studied period are shown in Table 3. After

participating in the study, all subjects' nicotine dependence significantly decreased.

Table 3 FTND scores before and after participating in the study

	VC oral spray	Combined VC and BR oral spray	Placebo oral spray
	n = 18	n = 21	n = 17
Before	2.11 ± 1.41	3.67 ± 2.58	2.88 ± 2.69
After	0.78 ± 0.94	1.57 ± 1.63	1.18 ± 1.70
p-value	0.002	0.001	0.002

FTND scoring evaluation : ≤ 4 = low dependence on nicotine, 5 = moderately dependence on nicotine, ≥ 6 = Highly dependence on nicotine

Safety of oral sprays

The adverse events noticed in each group of the participants are shown in Table 4.

The number of adverse events did not significantly differ among the three groups. No serious adverse events occurred in any groups.

Table 4 Safety of oral sprays reported by participants

Adverse events	VC oral spray n = 18	combined VC and BR oral spray n = 21	placebo oral spray n = 17	p
Dry mouth	12 (66.67)	10 (47.62)	11 (64.71)	0.409
Tongue numbness and inability to taste food	10 (55.56)	8 (38.10)	7 (41.18)	0.518
Gastrointestinal disturbances	2 (11.11)	4 (19.05)	3 (17.65)	0.780
Nausea and vomiting	1 (5.56)	1 (4.76)	0 (0.00)	0.631
Dizziness	2 (11.11)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.112
Sore throat	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.88)	0.311
Aphthous ulcer	1 (11.11)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.341
Having sputum	1 (11.11)	1 (4.76)	1 (5.88)	0.987

Values are expressed as number (%).

Discussion

The major findings of this randomized, placebo-controlled trial disclosed the significant efficacy of the oral sprays of VC extract and VC extract combined with BR extract on reduction in the number of cigarettes smoked more than a placebo. This results are in accordance with findings of several studies.^{4,10-16}

As compared to previous researches, it seems that VC oral sprays were very effective as the daily dose of VC consumed by volunteers was low (data not shown). For example, this research needed average dose of VC between 0.31-0.38 g/day. Whereas herbal tea^{4,14,17-18} and capsule¹⁵ needed dose of VC 4-10.71 g/day and 3 g/day respectively to reach the goal.

The most common adverse events found in all groups were dry mouth, tongue numbness, decreased ability to taste foods, and gastrointestinal disturbances. There were no significant differences among the groups. This is consistent with the findings of another study, which showed no serious adverse events^{4,13,15}.

As for the satisfaction with the oral sprays (data not shown), the spray of VC extract combined with BR extract was found to be the most efficient product, probably due to the taste and the fact that BR could reduce plaque and biofilm accumulation, which is the causes of caries and halitosis.¹⁹⁻²⁰

The abstinence status, however, did not significantly differ from placebo. This may result from the small number of subjects and the

short duration of the study. An oral spray, nevertheless, is more convenient to use because of its small size and readiness to use.

For further study, objective data such as urine nicotine or breath carbon monoxide should be assessed to crosscheck with subjective data. Moreover, heavy smokers should be included in future studies to find out effects on cigarette abstinence.

Conclusion and suggestion

The oral sprays of VC extract and *V. cinerea* extract combined with *B. rotunda* extract could reduce the number of cigarettes smoked, but did not significantly increase smoking cessation rates. Further studies with more subjects with heavy smoking behavior and for a longer duration are needed.

References

1. Bonnie RJ, Stratton K, Kwan LY, editors. Committee on the public health implications of raising the minimum age for purchasing tobacco products; board on population health and public health practice. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015.
2. Ward MM, Swan GE, Jack LM. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. *Addict Behav.* 2001;26(3):311-27.
3. Aubin HJ, Luquiens A, Brelin I. Pharmacotherapy for smoking cessation:

Pharmacological principles and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2013;77(2):324-36.

4. Wongwiwatthanakul S, Benjanakaskul P, Songsak T, Suwanamajo S, Verachai V. Efficacy of *Vernonia cinerea* for smoking cessation. *Journal of Health Research.* 2009;23(1):31-6.
5. Nisaa ZU, Zafar A, Zafar F. Efficacy of a smoking cessation intervention using the natural agents. *Int J Collab Res Intern Med Public Health.* 2018;10(2):809-15.
6. Lee HJ, Lee JH. Effects of medicinal herb tea on the smoking cessation and reducing smoking withdrawal symptoms. *Am J Chin Med.* 2005;33(1):127-38.
7. National Drug System Development Committee. National list of essential medicine. Bangkok: Agricultural Cooperation Community Thailand; 2018. (in Thai).
8. Bunyapraphatsara N. Medicinal plants indigenous to Thailand. 5th ed. Bangkok: Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University; 2005. (in Thai).
9. Lhieochaiphant S. A Phytochemical study of *Vernonia cinera* Less [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1985. (in Thai).
10. Ketsuwan N, Leelarunggrayub J, Kothan S, Singhatong S. Antioxidant compounds and activities of the stem, flower, and leaf extracts of the anti-smoking Thai medicinal plant: *Vernonia cinerea* less. *Drug Des Devel Ther.* 2017;11:383–91.

11. Leelarungrayub D, Pratanaphon S, Pothongsunun P, Sriboonreung T, Yankai A, Bloomer RJ. *Vernonia cinerea* Less. Supplementation and strenuous exercise reduce smoking rate: Relation to oxidative stress status and beta-endorphin release in active smokers. *J Int Soc Sports Nutr.* 2010;7:21.
12. Jitpukdeebodindra S, Jangwang A. Coffee for smoking cessation. *J Food Agric Environ.* 2009;7(34):130-3.
13. Kitphaiboontawee S. Efficacy of *Vernonia cinerea* lozenge as an adjunct to pharmacist counseling on smoking abstinence rate: A randomized controlled trial [Thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2012. (in Thai).
14. Chaisawad S, Makanuntachote M. A study of smoking cessation therapy model using *Vernonia cinerea* Less and natural cure at Theng hospital, Chiangrai, Thailand. Nonthaburi: Office of The Alcohol Beverage and Tobacco Committee, Department of Disease Control; 1996. (in Thai).
15. Traipopsakul W, Sittiphun C. Efficacy of *Vernonia cinerea* for smoking cessation in Thai active smokers. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center and Thai Health Promotion Foundation; 2011. (in Thai).
16. Yamashita HSS, inventor; Müller-Boré Partner Patentanwälte, assignee. Filter for cigarette, and cigarette. European patent EP 1491103A1. 2004 Dec 29.
17. Duangchorn C, Somwang U, Thanakhwang K, Kwanchainon C, Nutda W, Rodklang N, et al. Comparison on the effectiveness of *Vernonia cinerea* Less and placebo for smoking cessation. Suphan Buri: U-thong Hospital; 1994. (in Thai).
18. Boonyaratphan M, Chuencheam P, Somwatsan S. The effectiveness of *Vernonia* on smoking cessation compared to Chinese tea. *Chonburi Hospital Journal.* 2009;34(3):133-40.
19. Eng-Chong T, Yean-Kee L, Chin-Fei C, Choon-Han H, Sher-Ming W, Li-Ping CT, et al. *Boesenbergia rotunda*: From ethnomedicine to drug discovery. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;473637. doi: 10.1155/2012/473637.
20. Limsuwan S, Voravuthikunchai SP. *Boesenbergia pandurata* (Roxb.) Schltr., *Eleutherine americana* Merr. and *Rhodomlyrtus tomentosa* (Aiton) Hassk. as antibiofilm producing and anti-quorum sensing in *Streptococcus pyogenes*. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2008;53(3):429-36.
21. Taweechaisupapong S, Singhara S, Lertsatitthanakorn P, Khunkitti W. Antimicrobial effects of *Boesenbergia pandurata* and *Piper sarmentosum* leaf extracts on planktonic cells and biofilm of oral pathogens. *Pak J Pharm Sci.* 2010;23(2):224-31.
22. Rech RS, Santos KW, Maahs MA, Vidor

- DC. Masticatory changes as a result of oral disorder in smokers. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2014;18(4):369-75.
23. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ปัทมาพร ใจกล้า* อธิคม ใจกล้า**

วันที่รับบทความ : 01/03/2562

วันแก้ไขบทความ : 24/04/2562

วันตอบรับบทความ : 30/05/2562

บทคัดย่อ

การล่วงละเมิดทางเพศเป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้ความรุนแรงในเด็ก อาจเป็นการกระทำ เพื่อสนองความใคร่ของผู้กระทำโดยสื่อเจตนาล่วงเกินทางเพศหรือการค้าประเวณีเด็ก ซึ่งนับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การล่วงละเมิดทางเพศเด็กส่งผลกระทบต่อสถานะทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งระยะสั้นและระยะยาว ก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาได้ ดังนั้นเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจึงควรได้รับการช่วยเหลือและดูแลโดยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญอย่างทันที่

พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศเนื่องจากมีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่การทำหน้าที่ประเมินคัดกรองในเบื้องต้น ซักประวัติ ส่งพบแพทย์ช่วยเหลือแพทย์ผู้ตรวจและประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพอื่นจนสิ้นสุดกระบวนการดูแล หากพยาบาลสามารถดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะทำให้กระบวนการแก้ไขความรุนแรงในเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล การล่วงละเมิดทางเพศ การดูแลเด็ก

*ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์,

Email: pattamapornjaikla.bcn@gmail.com

**ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์

Nurses' role in child sexual abuse

Pattamaporn Jaikla* Atikom Jaikla**

Abstract

Sexual abuse is one form of violence against children. It is may be done to satisfy the libido of the actor with the intention of sexual harassment against children or child prostitute. The incidence is increasing day by day. Sexual abuse in children affects their physical and mental conditions in both short and long term, resulting in severe social problems. Therefore, children who are sexually abused should be assisted and supervised immediately by people with knowledge and expertise.

In multidisciplinary teams dealing with the matter, nurses play an important role in caring for children being sexually abused (CSA). Ideally nurses are involved from the initial assessment, screening, taking history, referral to meet a doctor, helping the doctor to do physical examination, and cooperating with other multidisciplinary teams. It is important, that nurses are aware of this problem and that they follow the adequate nursing care process. If a nurse can properly care for a child who has been sexually abused, it will improve the process of helping and supporting these defenseless victims of sexual violence.

Keywords: nursing role, sexual abuse, caring for child

*Boromarajonani College of Nursing Surin, Email: pattamapornjaikla.bcn@gmail.com

**Surin Hospital Medical Education Center

ปัญหาเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การล่วงละเมิดทางเพศเด็ก หรือ Child Sexual Abuse (CSA) เป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้ความรุนแรงในเด็กที่กระทำเพื่อสนองความใคร่ของผู้กระทำ เช่น การสัมผัส ลูบคลำอวัยวะเพศ การมีกิจกรรมทางเพศร่วมกับเด็ก การให้เด็กคู่อภิเษกหรือใช้เด็กเป็นแบบเพื่อถ่ายภาพอนาจาร การใช้วาจา ส่ายตา โดยต่อเจตนาล่วงเกินทางเพศ และหมายรวมถึงการค้าประเวณีเด็ก¹ ถึงแม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะได้รับความยินยอมจากเด็กแต่กฎหมายยังได้บัญญัติให้เป็นความผิดเพื่อปกป้องสิทธิเด็กดังที่ในบทบัญญัติของกฎหมายหลายมาตรา ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 277 “ผู้ใดกระทำชำเราเด็กอายุไม่เกินสิบห้าปี ซึ่งมีใช้ภริยาหรือสามีของตน โดยเด็กนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ต้องระวางโทษ” มาตรา 279 “ผู้ใดกระทำอนาจารแก่เด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปี โดยเด็กนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ต้องระวางโทษ” โดยเฉพาะมาตรา 285/1 หากเป็นการกระทำผิดตามมาตราช่างต้นต่อเด็กอายุไม่เกินสิบสามปี ห้ามอ้างความไม่รู้อายุของเด็ก เพื่อให้พ้นความผิดนั้น² นอกจากนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 มาตรา 3 ยังได้บัญญัติความหมายของการทารุณกรรมให้รวมถึงการกระทำผิดทางเพศต่อเด็ก ไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม³ จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติดังกล่าวช่างต้นมุ่งหวังเพื่อคุ้มครองสิทธิเด็กเนื่องจากเด็กเป็นกลุ่มที่เปราะบาง เป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต อาจมีการรับรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศหรือวุฒิภาวะในการตัดสินใจไม่เพียงพอ

การล่วงละเมิดทางเพศส่งผลกระทบต่อเด็กหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย มีการบาดเจ็บลักษณะของอวัยวะเพศหรือทวารหนัก มีบาดแผลหรือเลือดออกทางช่องคลอด มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น สำหรับการที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยเด็กไม่ยินยอมอาจถูกกระทำรุนแรงโดยใช้กำลังจนเกิดการบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิตตามมา ด้านจิตใจเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมักมีอาการหวาดระแวง แยกตัวจากสังคม มีความมั่นใจในตนเองต่ำ รู้สึกว่าเป็นปมด้อย ขาดความไว้วางใจผู้อื่น กล่าวว่าคุณต้องเผชิญกับเหตุการณ์เช่นนี้อีกทั้งนี้ยังอาจส่งผลในระยะยาวปรากฏเป็นอาการผิดปกติในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ใช้ยาเสพติด มีความกลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนเอง มีความต้องการทางเพศต่ำหรือเสพติดการมีเพศสัมพันธ์⁴

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นการถูกล่วงละเมิดทางเพศถึงร้อยละ 26.00 ส่วนใหญ่เป็นการล่วงละเมิดต่อเด็กผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย จัดเป็นปัญหาความรุนแรงอันดับสองรองมาจากการใช้ความรุนแรงทางอารมณ์¹ สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงปี 2559 สํารวจจากผู้เข้ามารับบริการศูนย์พึ่งได้ พบว่า ผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศมีจำนวน 10,288 ราย ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 10-15 ปีและผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็น แฟน สามี เพื่อนบ้าน ญาติ เป็นต้น⁵ ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศเด็กเป็นสิ่งที่

สังคมไทยกำลังเผชิญอยู่ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาต่อเด็กและสังคมในวงกว้าง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขปัญหามาอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในประเทศไทยมีองค์กรภาคเอกชนและมูลนิธิที่ให้บริการช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายได้แก่ มูลนิธิพิวีณาเพื่อเด็กและสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว ในส่วนรัฐบาลได้มีการจัดตั้ง OSCC ศูนย์ช่วยเหลือสังคมหรือเป็นที่รู้จักในนามศูนย์พึ่งได้ เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2556 เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยด้านการแพทย์ ด้านสวัสดิการสังคม ด้านกระบวนการยุติธรรม บทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านการแพทย์นั้นได้แก่ แพทย์มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาพยาบาลมีหน้าที่รับแจ้งเหตุ คัดกรอง ช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาให้การพยาบาล ฟันฟู ให้คำแนะนำช่องทางรับการช่วยเหลือตามกฎหมาย ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือบุคลากรอื่นในโรงพยาบาล เพื่อให้ความคุ้มครองและส่งต่อเพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคม

พยาบาลถือเป็นฟันเฟืองหนึ่งที่สำคัญในทีมสหวิชาชีพในการขับเคลื่อนกระบวนการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ หากพยาบาลทราบถึงหลักการ วิธีปฏิบัติและสามารถดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะทำให้กระบวนการดูแลเด็กกลุ่มนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้เขียนจึงได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอความรู้เป็นแนวทางในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

โดยครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การดูแล การฟื้นฟู การป้องกันและส่งเสริมมิให้เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ออกโดยสภาการพยาบาลตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 ได้กำหนดให้พยาบาลมีความสามารถให้บริการผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม สามารถประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาโดยยึดหลักการปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้รับบริการ⁶ ประกอบกับการสอบประเมินความรู้เพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตการประเมินความรู้ในส่วนการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลมารดาและทารกและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพพยาบาล ซึ่งล้วนมีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศทั้งสิ้น จึงปฏิเสธไม่ได้ว่าพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศตามกฎหมาย ในสหรัฐอเมริกาเป็นหลักสูตรจัดอบรมพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการตรวจร่างกาย บันทึกบาดแผล เก็บสิ่งส่งตรวจ พยานหลักฐานจากเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ รวมถึงให้มีความสามารถในการจัดการส่งต่อเพื่อบำบัดฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของเด็ก⁷ จากการศึกษา พบว่า การตรวจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทำให้คุณภาพการบันทึกบาดแผล บริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักร่วมกับเก็บสิ่งส่งตรวจดีขึ้น สำหรับในประเทศไทยแม้ยังไม่มี

การจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางดังกล่าวแต่ในเนื้อหาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้มีการสอดแทรกหลักการดูแลรักษา รวมถึงวิจัการพยาบาลในระดับมหับัณฑิตหรือคุษบัณฑิตได้เริ่มมีการกล่าวถึงการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ สถานการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพยาบาลจะต้องให้การดูแลให้ได้มาตรฐานโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยทั่วไปพยาบาลจะได้ทราบถึงปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กได้จาก

- 1) ผู้ป่วยเด็กเปิดเผยด้วยตนเอง
- 2) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลพามาตรวจเนื่องจากทราบหรือสงสัยว่าเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ
- 3) พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งเด็กมาให้ตรวจหาหลักฐานการล่วงละเมิดทางเพศ และ
- 4) การตรวจพบโดยบังเอิญขณะที่เด็กมารับการรักษาด้วยอาการเจ็บป่วยอื่น^๖ เช่น ผู้ป่วยเด็กหญิงมารับการรักษาด้วยอาการซึมเศร้า พยาบาลซักประวัติ พบว่า ถูกคนในครอบครัวบังคับให้ร่วมเพศด้วย

การดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีความแตกต่างจากการดูแลเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยอื่น ซึ่งการดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศนั้น นอกเหนือจากการให้การรักษาพยาบาลแล้วยังรวมถึงการตรวจหาเก็บรักษาและส่งต่อพยานหลักฐานเพื่อใช้ในทางกฎหมายอีกด้วย โดยแนวทางในการประเมินเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีดังนี้

1. การประเมินและดูแล

1.1 การซักประวัติ ตามหลักการสากลในการซักประวัติเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ซักประวัติจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการ

ฝึกอบรมมาเฉพาะทาง หรือสามารถวิเคราะห์ภาวะทางจิตใจ ของเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศระหว่างทำการซักประวัติ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในส่วนของบทบาทพยาบาลแรกรับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศพยาบาลผู้ซักประวัติที่ดีจะต้องมีการเตรียมความพร้อมและปฏิบัติตนให้เหมาะสมโดย ซักประวัติในห้องที่ปลอดภัยและเป็นส่วนตัว ต้องมีความน่าเชื่อถือ ต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครองทุกครั้ง เมื่อซักประวัติเด็ก อธิบายให้ผู้เสียหายทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติจะถูกบันทึกเก็บไว้เป็นความลับ และเข้าถึงได้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เสียหายเท่านั้น สร้างทางเลือกให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการซักประวัติจากผู้ให้บริการเพศเดียวกันกับเด็ก เปิดโอกาสให้คนที่เด็กไว้ใจเข้าไปในห้องซักประวัติได้ ไม่ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณถูกบังคับให้เล่าประวัติ ในปัจจุบันมีโครงการเกี่ยวกับการสร้างสื่อหรือกิจกรรม เพื่อช่วยให้เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศสามารถบอกเล่าเรื่องราวได้ดี และชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ โครงการตุ๊กตาวิเศษ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ใช้ตุ๊กตาเป็นสื่อให้เด็กชื้อวัยวะตุ๊กตาแทนอวัยวะจริง เพื่อบอกเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พยาบาลผู้ซักประวัติสามารถนำไปปรับใช้ได้

ขอบเขตเนื้อหาการซักประวัติที่ดีจะนำไปสู่การตรวจร่างกาย การจัดเก็บพยานหลักฐานจากเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างเหมาะสม และเพียงพอต่อการพิสูจน์ความผิด อีกทั้งจะช่วยให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้การรักษาได้อย่างครอบคลุมการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยของเด็กในทุกมิติโดยมีขอบเขตเนื้อหาของการซักประวัติ ดังนี้^๖

ข้อมูลพื้นฐานของเด็กทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ อาชีพ โรคประจำตัว การแพ้ยา แพ้อาหาร พัฒนาการและการเจริญเติบโต ประวัติการมีประจำเดือน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้กระทำ ได้แก่ จำนวน ความสัมพันธ์ โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด รอยสัก

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์ความผิดทางเพศ ได้แก่ วันเวลาที่เกิดเหตุ ลักษณะสถานที่เกิดเหตุ การได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท การสอดใส่หรือกระทำกับช่องคลอด ปาก ทวารหนักของเด็ก การสำเร็จความใคร่ของผู้กระทำ การสวมถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจของเด็ก ก่อนและหลังเกิดเหตุ

การปฏิบัติตนของเด็กผู้เสียหายภายหลัง เหตุการณ์ที่ถูกละเมิดทางเพศ เช่น การทำความสะอาดช่องคลอด ทวารหนัก การแปรงฟัน บ้วนปาก การเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือชุดชั้นใน ประเมินตำแหน่งที่เจ็บหรือบาดแผล อาการเจ็บป่วย ข้อมูลการป้องกันการตั้งครรภ์ และการใช้ยาคุมกำเนิด

1.2 การตรวจร่างกาย เป็นขั้นตอนสำคัญ เนื่องจากผลการตรวจที่ได้จะถูกใช้เป็นหลักฐาน ในคดี ผู้ตรวจร่างกายจำเป็นต้องมีความรู้และผ่านการฝึกฝนมาก่อน ซึ่งการตรวจในแต่ละขั้นตอน ต้องได้รับความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครอง การตรวจร่างกายควรตรวจเท่าที่จำเป็นตามประวัติที่ซักได้แต่ให้ครอบคลุมเพื่อใช้เป็นหลักฐานในทางกฎหมาย อาจถ่ายภาพร่องรอย และบาดแผลเก็บไว้ด้วย วิธีการตรวจร่างกาย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนมีดังนี้¹

1.2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ วัด สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว พยาบาลมีหน้าที่

ตรวจร่างกายทั่วไป พร้อมทั้งบันทึกผลการตรวจ ลงในเวชระเบียน หากพบภาวะฉุกเฉินที่ต้อง ได้รับการตรวจรักษาก่อน พยาบาลต้องรีบ รายงานให้แพทย์ทราบโดยเร็ว

1.2.2 การตรวจร่างกายภายนอก เพื่อ ประเมินการเจริญเติบโต คลำหน้าท้องตรวจการ ตั้งครรภ์ และตรวจหาการบาดเจ็บของร่างกายซึ่ง เกิดจากการถูกใช้กำลังประทุษร้าย พยาบาลมีส่วน ช่วยอำนวยความสะดวกแก่แพทย์ในการตรวจ เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กเปลี่ยนเสื้อผ้า อธิบาย ขั้นตอนการตรวจแก่เด็กและผู้ปกครอง จัดทำ ตรวจให้เหมาะสม ช่วยวัดขนาดบาดแผล ถ่ายภาพ บาดแผล รวมถึงการช่วยตรวจบาดแผลภายนอก และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนเมื่อได้รับ มอบหมายจากแพทย์ พยาบาลผู้ตรวจควรทราบ ถึงลักษณะบาดแผลที่พบบ่อยในเด็กที่ถูกล่วง ละเมิดทางเพศ การตรวจควรตรวจทั่วบริเวณ ภายนอกร่างกายเรียงลำดับตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า โดยอาจพบบาดแผลที่สำคัญได้แก่ จุดเลือดออก บริเวณเพดานปาก คราบของเหลวหรือขนที่ติดใน ซอกระหว่างเหงือก และฟันรอยขีดหรือรอยกัด บริเวณหน้าอกและลำคอ รอยฟกช้ำที่เป็นรอย ประทับของนิ้วมือบริเวณลำคอ ต้นแขน และต้นขา ด้านใน รอยจากการถูกรัดบริเวณข้อมือ เศษ เนื้อเยื่อบริเวณเล็บ เป็นต้น

1.2.3 การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและ ทวารหนัก เพื่อตรวจหาหลักฐานการกระทำชำเรา ตามความหมายที่บัญญัติในประมวลกฎหมาย อาญามาตรา 1(18) ว่า กระทำเพื่อสนองความใคร่ ของผู้กระทำโดยการใช้อวัยวะเพศของผู้กระทำ ล่วงล้ำอวัยวะเพศ ทวารหนัก หรือช่องปากของ

ผู้อื่น¹⁰ ซึ่งหลักฐานที่อาจพบ ได้แก่ การบาดเจ็บของอวัยวะเพศหรือทวารหนัก ตัวอสุจิ เส้นขนเพชร เป็นต้น การตรวจบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักควรทำไปพร้อมกับการเก็บสิ่งส่งตรวจบริเวณอวัยวะเพศ แพทย์ผู้ตรวจมีหน้าที่ตรวจด้วยตนเองเนื่องจากเป็นบริเวณที่มีความสำคัญและแพทย์จะต้องให้ความเห็นหรือถูกหมายเรียกไปเป็นพยานในคดี ถึงกระนั้นพยาบาลยังคงมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือแพทย์ ได้แก่ อธิบายขั้นตอนการตรวจเพื่อขอความยินยอมจากผู้ปกครองให้ตรวจเด็ก ช่วยจัดท่าเด็ก อยู่เป็นบุคคลที่สามในห้องตรวจร่วมกับแพทย์และเด็ก ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจ พยาบาลจึงต้องทราบขั้นตอนและวิธีการตรวจ โดยขั้นตอนการตรวจเริ่มตั้งแต่การจัดท่าเด็ก ในเด็กเล็กอาจตรวจโดยให้มารดาอุ้มเด็กแยกขาบนตักของมารดาหรือจับเด็กนอนบนเตียงตรวจที่ไม่มีขาหยั่งงอเข้าทั้งสองข้างและแยกขาคล้ายขาภบสำหรับเด็กที่โตขึ้นทำตามคำสั่งได้ อาจให้เด็กนอนโค้งโค้งในท่านอนหงายยกขาของเข้าทั้งสองข้างชิดหน้าอก หรือให้เด็กนอนโค้งโค้งในท่าคว่ำงอเข้าชิดหน้าอก ส่วนเด็กวัยรุ่นอาจตรวจในท่าชันขาหยั่งได้¹¹ ผู้ตรวจต้องสังเกตหาราบผิดปกติหรือเส้นขนแปลกปลอมบริเวณหัวหน่าว จากนั้นแยกหรือดึงรั้งแคมใหญ่เปิดให้เห็นถึงเยื่อพรหมจารีเพื่อตรวจหารอยฉีกขาดฟกช้ำ ใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือหมาดป้ายเก็บสารคัดหลั่งบริเวณแคมเล็ก จากนั้นใช้ไม้พันสำลีไม้ที่สองและสามป้ายเก็บสารคัดหลั่งบริเวณแองหลังมดลูก สำหรับตรวจหาตัวอสุจิและส่วนประกอบของน้ำอสุจิรวมถึงการเก็บ เพื่อ

ตรวจหาสารพันธุกรรม ไม่ควรใช้เครื่องมืออ่างขยายช่องคลอดในเด็กเล็กยกเว้นกรณีสงสัยว่ามีวัตถุแปลกปลอมในช่องคลอดหรือมีการบาดเจ็บรุนแรงภายในช่องคลอดและควรให้ยาระงับความรู้สึกร่วมด้วย¹¹

1.3 การเก็บสิ่งส่งตรวจ

ผู้ตรวจควรเก็บเท่าที่จำเป็นและเพียงพอต่อการพิสูจน์ความผิดและการรักษาโดยอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติและสิ่งที่พบจากการตรวจร่างกาย โดยปกติแล้วแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาวางแผนการเก็บสิ่งส่งตรวจ พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือจัดเตรียมอุปกรณ์ เตรียมผู้ป่วย เจาะเลือด ตรวจสอบความครบถ้วนและประสานส่งต่อสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมารายงานแก่แพทย์ผู้ตรวจ สิ่งส่งตรวจที่เก็บจากผู้ป่วยเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ¹²

1.3.1 สิ่งส่งตรวจที่เป็นวัตถุพยาน มีหลักการที่สำคัญคือ หลีกเลี่ยงการปนเปื้อนโดยเฉพาะการปนเปื้อนสารพันธุกรรมจากตัวผู้เก็บ ดังนั้นผู้เก็บจึงต้องสวมหน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม สวมถุงมือตลอดเวลาขณะเก็บและเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนไปเก็บที่ตำแหน่งอื่น อุปกรณ์ที่ใช้เก็บต้องเป็นอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ เช่น ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อใช้เก็บสารคัดหลั่งหรือคราบอสุจิหรือส่วนประกอบของน้ำอสุจิ เก็บตรวจน้ำลายจากรอยกัด กรรไกรตัดเล็บปราศจากเชื้อ ใช้ตรวจหาเนื้อเยื่อผู้กระทำผิดในซอกเล็บเด็ก ผู้เสียหาย ระยะเวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจนับตั้งแต่ภายหลังเกิดเหตุมีผลต่อการตรวจพบวัตถุพยาน เช่น ตรวจพบตัวอสุจิมีหางที่บริเวณช่องปาก

ทวารหนักและ ช่องคลอด ได้ในระยะเวลา 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ตามลำดับ อาจพบตัวอสุจิที่บริเวณปากมดลูกได้ในระยะเวลานานกว่า 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ ในกรณีที่สงสัยว่าเด็กผู้เสียหายได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาทหากได้รับการตรวจลำซายอาจถูกขับออกจากร่างกาย ทำให้ตรวจไม่พบระดับยาในเลือดได้ ต้องบรรจุหีบห่ออย่างถูกวิธี หากสิ่งส่งตรวจที่เก็บมีลักษณะเปียกชื้นต้องผึ่งให้แห้ง ณ อุณหภูมิห้องก่อนบรรจุในถุงกระดาษเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราซึ่งทำให้สารพันธุกรรมหรือวัตถุพยานเสียหาย การเป่าให้แห้งโดยใช้ความร้อนหรือการตากแดดจะทำให้สารพันธุกรรมในวัตถุพยานนั้นเสียหายโดยตรง ผู้เก็บต้องปิดผนึกหีบห่อที่บรรจุวัตถุพยานอย่างมิดชิดมีการติดฉลากระบุรายละเอียดว่าวัตถุพยานนั้นคืออะไร เก็บจากใคร เก็บเมื่อใดและระบุชื่อผู้เก็บอย่างชัดเจน ควรจัดให้มีการรักษาความปลอดภัย ป้องกันการสูญหายหรือการสับเปลี่ยนวัตถุพยานและมีการบันทึกการรับ-ส่งต่อวัตถุพยานอย่างไม่ขาดตอน กระบวนการตั้งแต่การเก็บจนกระทั่งถึงการรายงานผลการตรวจวัตถุพยานดังกล่าว เรียกว่า ห่วงโซ่วัตถุพยาน การรักษาห่วงโซ่วัตถุพยานไม่ให้ขาดตอนเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือของวัตถุพยานเพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์ความผิดในชั้นศาล พยาบาลที่เข้าใจกระบวนการจะสามารถช่วยเหลือแพทย์และบุคลากรอื่นจัดการสิ่งส่งตรวจที่เป็นวัตถุพยานให้เหมาะสมได้¹²

1.3.2 สิ่งส่งตรวจเพื่อการรักษา ได้แก่ การตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ การส่ง

ตรวจเลือดหา Anti-HIV, HbsAg, Anti-Hbs, Anti-HCV ตรวจเลือดพื้นฐานก่อนให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี CBC, Cr, SGPT การตรวจย้อมเชื้อและเพาะเชื้อในกรณีที่พบการติดเชื้อในช่องคลอดหรือทางเดินปัสสาวะ¹²

1.4 การดูแลรักษา แพทย์จะสั่งการรักษาโดยอาศัยประวัติ ผลการตรวจร่างกายและสิ่งที่ตรวจพบ ซึ่งการรักษานั้นมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยเด็กแต่ละราย พยาบาลจึงจำเป็นต้องทราบหลักการรักษาเบื้องต้นเพื่อให้สามารถให้คำแนะนำแก่เด็กและผู้ปกครองถึงวิธีการรักษาชนิดของยา วิธีการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาหรือวิธีการดูแลตนเองได้ โดยมีหลักการรักษาเบื้องต้นดังนี้¹

1.4.1 รักษาอาการบาดเจ็บของร่างกาย เช่น บาดแผลภายนอก ร่างกาย รอยฉีกขาดบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก ซึ่งพยาบาลอาจรักษาโดยการทำแผลกรณีเด็กมีบาดแผลภายนอกหรืออาจจำเป็นต้องผ่าตัดรักษาโดยแพทย์ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่พบ

1.4.2 การป้องกันการตั้งครรภ์ ในกรณีที่เด็กหญิงอยู่ในวัยเจริญพันธุ์และถูกล่วงละเมิดทางเพศทางช่องคลอด การใช้ยาคุมฉุกเฉินป้องกันการตั้งครรภ์จะมีประโยชน์เมื่อใช้ภายใน 120 ชั่วโมงแต่ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์จะลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นภายหลังเกิดเหตุและลดลงอย่างมากหลัง 72 ชั่วโมง¹³

1.4.3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเชื้อ ได้แก่ ผู้กระทำผิดเชื้อเอชไอวี สารคัดหลั่งของผู้กระทำสัมผัสกับเนื้อเยื่อหรือเยื่ออ่อนของร่างกายเด็ก

การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผลป้องกันการติดเชื้อเมื่อใช้ภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุและควรอธิบายถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใช้ยาต้านไวรัสที่พบบ่อยคืออาการคลื่นไส้อาเจียนให้เด็กและผู้ปกครองรับทราบด้วย¹⁴

1.4.4 การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การติดเชื้อ Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomoniasis และ Bacterial vaginosis ซึ่งยาที่ใช้รักษามีทั้งยาฉีดและยารับประทาน

1.4.5 การฉีดวัคซีน Hepatitis B ในรายที่ไม่มีภูมิคุ้มกันและการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ในเด็กหญิงอายุระหว่าง 9 ถึง 14 ปี¹⁵

1.4.6 การยุติการตั้งครรภ์ เด็กหญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศแล้วตั้งครรภ์มีสิทธิได้รับการยุติการตั้งครรภ์ ประมวลกฎหมายหมายอาญา มาตรา 305 ได้บัญญัติยกเว้นความผิดแพทยในการทำแท้งแก่หญิงตั้งครรภ์อันเนื่องมาจากการถูกข่มขืนกระทำชำเรา การถูกล่อลวงหรือพาไปเพื่อการอนาจาร ทั้งนี้แพทย์ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามข้อบังคับแพทยสภา¹⁶

2. การฟื้นฟูเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เด็กที่ถูกล่วงละเมิดส่วนใหญ่มีปัญหาการขาดทักษะทางสังคม การปรับตัวและมักมีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา พยาบาลสามารถให้การฟื้นฟูด้านจิตใจในเบื้องต้นได้ด้วยตนเองเริ่มจากการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก โดยการพูดคุยกับเด็กให้ตอบแบบประเมิน เช่น แบบประเมินโรคมึนเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และส่งเด็กพบ

นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์หากตรวจคัดกรองด้านจิตใจพบความผิดปกติ¹⁷

พยาบาลผู้ดูแลเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศต้องรายงานไปยังผู้ประสานงานทีมสหวิชาชีพ OSCC ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางการดูแลของแต่ละโรงพยาบาลว่าจะมีระบบการรายงานเหตุการณ์อย่างไร เช่น กำหนดให้พยาบาลผู้พบเด็กรายงานไปยังพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อบันทึกในทะเบียนและแจ้ง ผู้ประสานงานทีมสหวิชาชีพให้รับทราบ พยาบาลผู้ดูแลเด็กควรร่วมประชุมวางแผนกับนักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพในการเตรียมครอบครัวเพื่อให้การดูแลบำบัดฟื้นฟูและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว สภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยของเด็ก¹⁸ รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาการและทักษะชีวิตเด็กช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

เด็กผู้เสียหายจากการถูกข่มขืนกระทำชำเราหรือทำอนาจารมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ ค่าจัดการศพและค่าขาดอุปการะเลี้ยงดูกรณีและผู้เสียหายเสียชีวิต และค่าตอบแทนอื่นทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงยุติธรรมกำหนด¹⁹ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศเพื่อติดต่อขอรับเงินช่วยเหลือได้ที่สำนักงานยุติธรรมจังหวัด

3. การป้องกันและส่งเสริมมิให้เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ

3.1 การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็ก โดยเฉพาะในครอบครัวหรือชุมชนกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหา

การล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ควรพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศ สอนให้รู้จักป้องกันตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กจำเป็นต้องสังเกตอาการและพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น หวาดกลัว ซึมเศร้า กลัวการเข้าสังคม กลัวการกลับบ้าน มีพฤติกรรมถดถอย มีพฤติกรรมทารุณกรรมสัตว์ สำเร็จความใคร่มากผิดปกติ²⁰ ถ้าหากพบพฤติกรรมที่แสดงออกผิดปกติควรส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

3.2 การคัดกรอง ในรายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลต้องมีความช่างสังเกต เมื่อซักประวัติแล้วสงสัยว่ามีประวัติที่มีความเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก บาดแผลบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก การตั้งครรภ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี¹⁸ เมื่อมีความสงสัยว่าเด็กจะถูกล่วงละเมิดทางเพศ โรงพยาบาลจำเป็นต้องรีบส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และจำเป็นต้องแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กซึ่งเป็นไปตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546³ กล่าวคือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับตัวเด็กไว้รักษาพยาบาล จะต้องรายงานให้พนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กโดยมิชักช้า หากเป็นที่ปรากฏชัดหรือน่าสงสัยว่าเด็กถูกทารุณกรรมหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการเลี้ยงดูโดยมิชอบ ผู้รายงานโดยสุจริตย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย³

3.3 การประเมินความเสี่ยงในการถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ โรงพยาบาลควรประเมิน

ความสามารถในการปกป้องเด็กของผู้ปกครอง ประเมินความเสี่ยงในการถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยเรื่องความปลอดภัย¹⁷ หากประเมินความเสี่ยงแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่เด็กอาจถูกกระทำซ้ำเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว เช่น ผู้กระทำเป็นคนในครอบครัว ผู้กระทำเป็นคนใกล้ชิด คนในครอบครัวมีส่วนร่วมรู้เห็นกับการกระทำ ควรประสานหาองค์กรเพื่อให้การช่วยเหลือเด็ก หาบ้านพักหรือครอบครัวทดแทนในกรณีที่เด็กต้องแยกจากครอบครัว²¹

สรุป

การล่วงละเมิดทางเพศเด็กมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โรงพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพที่จะสามารถช่วยเหลือเด็กได้ โดยมีการวางแผนร่วมกันกับทีม เพื่อประเมินดูแลเด็กในเบื้องต้นและรักษาพยาบาลหลักฐานซึ่งอาจมีผลทางด้านกฎหมาย รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศเด็กต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 26]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493119/?term=nbk493119>.
2. Paesiri P. Primary imitation 60. Chachoengsao: PNN Media Group Publishing; 2017. (in Thai).
3. Child Protection Act, B.E. 2546 [Internet]. 2003 [cited 2019 Feb 26]; Available from:

- https://dcy.go.th/webnew/upload/regulation/regulation_th_/20170105023516_1.pdf. (in Thai).
4. Wlodarczyk J. Childhood sexual abuse and its effects in adult life. Warszawa, Poland: Empowering Children Foundation; 2016.
 5. Ministry of Social Development and Human Security. Information report for domestic violence for reporting according to section 17 of the domestic violence victim protection act B.E. 2550 for the year 2016. Nonthaburi: Parbpim Printing; 2016. (in Thai).
 6. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and midwifery standard [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 24]; Available from: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/M001\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/M001(1).pdf). (in Thai).
 7. Orr JL. The role of the forensic SANE nurse in pediatric sexual assault. *The Journal of Legal Nurse Consulting*. 2016;27(4):16-20.
 8. Dolan CM. Responding to child sexual abuse disclosure. *The Nurse Practitioner*. 2017;42(12):18-26.
 9. Matichon Online. Magic doll for child abuse victim [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 24]; Available from: https://www.matichon.co.th/lifestyle/news_493294. (in Thai).
 10. Royal Thai Government Gazette. Act: Amendment to the criminal code (issue 27) B.E. 2562 [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 24]; Available from: <http://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=834309&ext=htm>. (in Thai).
 11. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;9(2):81-7.
 12. Magalhaes T, Dinis-Oliveira RJ, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D. Biological evidence management for DNA analysis in cases of sexual assault. *Scientific World Journal*. 2015;2015: 365674. doi: 10.1155/2015/365674.
 13. Linden JA. Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med*. 2011;365(9):834-41.
 14. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for the treatment and prevention of HIV infection in Thailand 2017. Bangkok: The agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2017. (in Thai).
 15. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence [Internet]. 2003 [cited 2019 Feb 26]; Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/

16. Royal Thai Government Gazette. Act: Regulations of the medical council [Internet]. 2005 [cited 2019 Feb 26]; Available from: <https://www.tmc.or.th/pdf/law-305.pdf>. (in Thai).
17. Panyayong B. Guideline practice for violence victim. Bangkok: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
18. Tarugsa J. Child sexual abuse. In: Sutchritpongsa S, editor. Developmental and behavioral textbooks for children. 4th ed. Bangkok: P.A. Living; 2018. (in Thai).
19. Royal Thai Government Gazette. Act: Compensation and expenses to criminal defants B.E.2001. Bangkok : National Office of Buddhism Printing; 2003. (in Thai).
20. Sabella D. CE: Mental health matters: Revisiting child sexual abuse and survivor issues. Am J Nurs. 2016;116(3):48-54.
21. Klunklin P. Child care health promotion. Bangkok : Klungnana; 2012. (in Thai).

ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปาก

อรฉัตร คุรุรัตน์*

วันที่รับบทความ : 03/07/2562

วันแก้ไขบทความ : 11/08/2562

วันที่ตอบรับบทความ : 30/11/2562

บทคัดย่อ

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแนวคิดหลักของรูปแบบจำลองสุขภาพชาลูโตเจนิค (Salutogenic model) เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่ในการเอาชนะอุปสรรค และจัดการกับความเครียดโดยที่บุคคลนั้นยังคงมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณลักษณะ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความสามารถจัดการได้ และการเห็นคุณค่าความหมาย ดังนั้นบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี จึงมีโอกาสดำเนินการปรับบริการทันตกรรมเป็นประจำ และมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น มีสภาวะปริทันต์ที่ดี และเป็นโรคฟันผุน้อย บทความนี้นำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าความเข้มแข็งในการมองโลกและสุขภาพช่องปาก เพื่อหาข้อสรุปว่าสามารถนำการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกมาเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากหรือไม่ ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การแปรงฟันดี ไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ และเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น จากข้อสรุปที่ได้ทำให้สามารถนำการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นทางเลือกเสริมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งในการมองโลก สุขภาพช่องปาก

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี, E-mail: orachad.g@hotmail.co.uk

The significance of sense of coherence to oral health

Orachad Gururatana*

Abstract

Sense of coherence is the core component of the Salutogenic model. It is the ability of an individual to use generalized resistance resources to deal with problems and stressors in life while maintaining good health and quality of life. Sense of coherence comprises three components: comprehensibility, manageability and meaningfulness. Regarding dental health strong sense of coherence enables people to successfully overcome difficulties and solve problems, which leads to high levels of access to dental services and in the end creates good oral health such as healthy periodontal status and low levels of dental caries. The aim of this paper is to review findings on sense of coherence concept and oral health and examine its capacity to promote oral health. Research revealed that individuals with strong sense of coherence tend to have better oral health related behaviors such as frequent tooth brushing, healthy dietary habits and regular dental-visits. Therefore, enhancement of sense of coherence could be applied as a supplementary approach to promote oral health.

Keywords: sense or coherence, oral health

*Sirindhorn College of Public Health Chonburi, E-mail: orachad.g@hotmail.co.uk

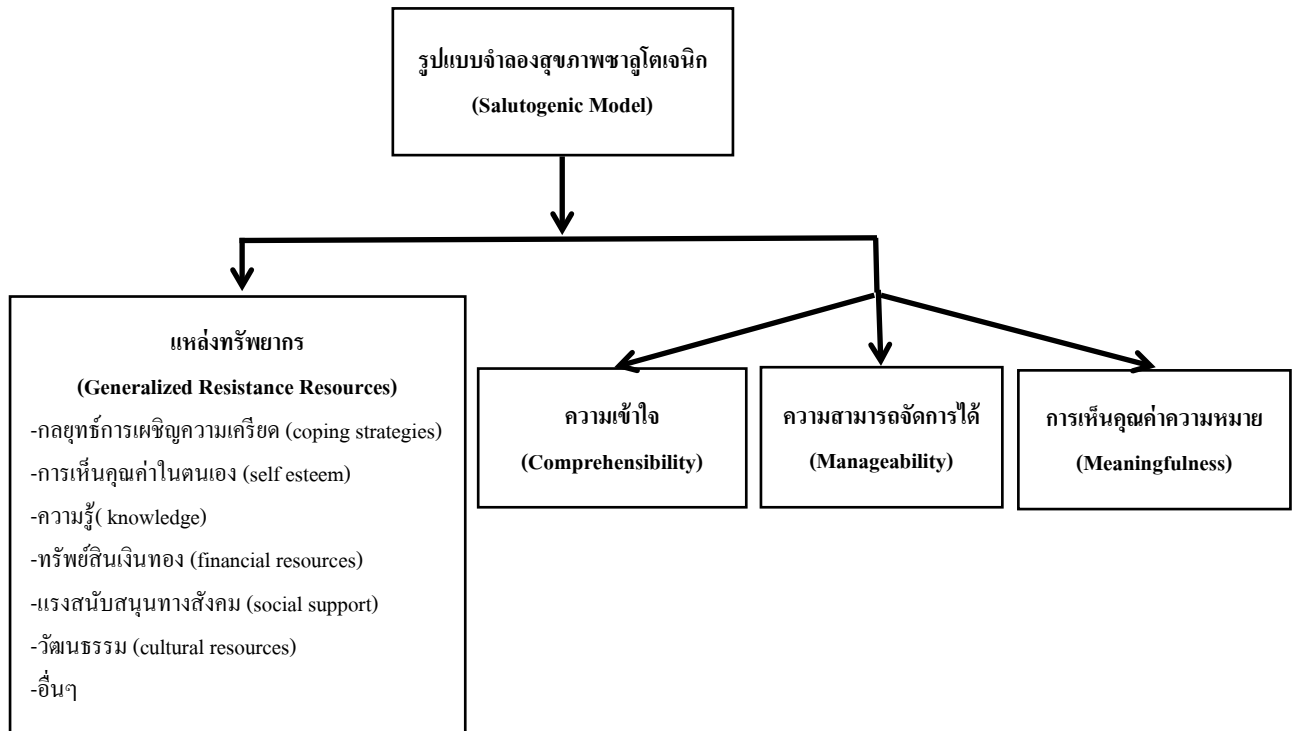
บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแต่เดิม เน้นการสอนแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน ซึ่งพบว่ามียุทธศาสตร์คือ ช่วยกระตุ้นให้เกิดผลดีต่อสุขภาพช่องปากเฉพาะช่วงระยะเวลาที่สอนเท่านั้น¹ เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัยต่างๆมากมาย นอกเหนือจากการให้ความรู้ และปรับทัศนคติ การสอนเพื่อปรับเฉพาะความรู้ และทัศนคติจึงไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน¹ มีหลักฐานแสดงว่า ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่ส่งผลต่อ การแปรงฟัน การรับประทานอาหารและการรับบริการทันตกรรม² ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกอาจนำมาใช้เป็นแนวทางเสริมเพื่อให้ผลของการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคงอยู่ได้นานขึ้นกว่าเดิม บทความนี้จัดทำขึ้นจากการทบทวนผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและสุขภาพช่องปากในช่วงระยะเวลา 20 กว่าปีที่ผ่านมา ในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และโรคในช่องปาก เพื่อหาข้อสรุปว่า สามารถใช้ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นทางเลือกเสริมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากได้หรือไม่

ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

ศาสตราจารย์แอรอน แอนโทนอฟสกี (Aaron Antonovsky) ให้ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกว่า เป็นวิธีการที่บุคคลแสดงออกชัดเจนถึงความรู้สึกเชื่อมั่นว่า เหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตจากการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกคน เป็นเหตุการณ์ที่มีโครงสร้าง สามารถทำนายและอธิบายได้ บุคคลมีทรัพยากรที่จะสามารถใช้จัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่าต่อการลงทุนลงแรงในการจัดการ³ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 นี้สรุปเป็นคุณลักษณะได้ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความสามารถจัดการได้ และการเห็นคุณค่าความหมาย บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำและมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพกายและช่องปากที่ดี³

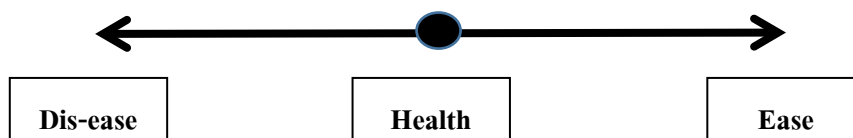
ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแนวคิดหลักของรูปแบบจำลองสุขภาพซาลูโตเจนิค (Salutogenic model) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1³



แผนภาพที่ 1 รูปแบบจำลองสุขภาพซาโลโตเจนิค³

รูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ (health) และความอยู่ดีมีสุข (well-being) มากกว่าความสำคัญเรื่องโรค (disease) สุขภาพเป็นความ

ต่อเนื่องระหว่างความเป็นสุข (ease) กับความไม่ เป็นสุข (dis-ease) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2³



แผนภาพที่ 2 Dis-ease and ease continuum³

ความเข้มแข็งในการมองโลกแสดง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจ ประเมินสถานการณ์ ใช้ทรัพยากร (Generalized Resistance Resources) เช่น ความรู้ การเห็นคุณค่า ในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และทรัพยากรเงินทอง ที่ตนมีอยู่ในการรับมือกับสถานการณ์ นั้นๆ โดยเห็นคุณค่าที่จะดำเนินการไปในทิศทาง

ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

ความเข้มแข็งในการมองโลก สุขภาพกาย และ สุขภาพช่องปาก

ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมี สุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก ต่ำ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก โรคเรื้อรัง และ

คุณภาพชีวิต การศึกษาในหลายประเทศ พบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเป็นโรคเรื้อรังน้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ⁴ การศึกษาหนึ่งพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีความดันโลหิต แอสโตลิตต่ำ ซิรั่มไตรกลีเซอไรด์ต่ำ และอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักต่ำ และมีความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงกว่า (oxygen uptake capacity) จึงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ⁵ ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ³ ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ⁶

ในด้านทันตกรรม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันสม่ำเสมอ การไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ การเข้ารับบริการทันตกรรม และโรคในช่องปาก พบผลการศึกษาดังนี้

1. พฤติกรรมการแปรงฟัน

ผู้ใหญ่ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง มากกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ⁷⁻⁹ ในเด็กวัยรุ่นพบว่าความสัมพันธ์ไม่คงที่ เช่น พบความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการแปรงฟันในเด็กวัยรุ่นชาวอิหร่าน แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในเด็กวัยรุ่นชาวบราซิล สาเหตุแรกอาจเกิดจากอิทธิพลของผู้ปกครองที่มีต่อพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กวัยรุ่น และ

ความเข้มแข็งในการมองโลกในเด็กวัยรุ่นยังอยู่ระหว่างการพัฒนาจึงมีการเปลี่ยนแปลง สาเหตุที่สองอาจเกิดจากเกณฑ์ที่ใช้แบ่งความถี่ในการแปรงฟันของการศึกษาทั้งสองมีความแตกต่างกัน การศึกษาในประเทศบราซิลใช้เกณฑ์ความถี่การแปรงฟัน 3 ครั้งต่อวัน ในขณะที่การศึกษาในประเทศอิหร่านใช้เกณฑ์ความถี่การแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน¹⁰

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะรับประทานของหวานระหว่างมือน้อยกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ทำให้โอกาสการเกิดฟันผุลดลง¹⁰ และรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปาก⁴ มากกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกของบิดามารดา และความถี่ในการรับประทานของหวานระหว่างมื้อของบุตร แต่พบว่าร้อยละ 8.90 ของเด็กที่มีผู้ดูแลเป็นปู่ย่าตายายที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะรับประทานของหวานระหว่างมือน้อยกว่าเด็กที่ปู่ย่าตายายมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ¹¹

3. พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรม

ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะไปตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ^{7,10-11} เนื่องจากผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล และจะสามารถจัดการกับอุปสรรคของชีวิตในแต่ละวันได้จึงมีโอกาสไปรับบริการทันตกรรมเป็นประจำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำกว่า

ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของบุตรหลานเนื่องจากการดามีอิทธิพลต่อการไปรับบริการทันตกรรมของบุตร พบว่าสาเหตุหลักที่เด็กไม่ได้ไปตรวจสุขภาพช่องปากเกิดจากผู้ปกครองที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำไม่สามารถรับมือกับปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวัน ดังนั้นถึงแม้ว่าจะมีบริการตรวจฟันฟรีหรือบริการตรวจฟันในราคาสำหรับผู้ปกครองมีกำลังทรัพย์เพียงพอที่จะจ่ายได้ เด็กก็ไม่ได้ไปตรวจฟัน^{4,10,12} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของมารดาส่งผลต่อการไปรับบริการทันตกรรมของบุตรเมื่อตัดอิทธิพลของฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมออกไปแล้ว^{10,12} สามารถกล่าวได้ว่า ถึงแม้จะมีฐานะยากจนแต่มารดาที่มีความ

เข้มแข็งในการมองโลกสูง สามารถดูแลให้ลูกของตนมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ และมีแนวโน้มที่จะพาลูกไปตรวจฟัน

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง สูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ^{7,9-10} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีความเข้มในการมองโลกต่ำมักสูบบุหรี่เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด และมักคิดว่าตนไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์เหล่านั้นได้¹⁰ ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีพฤติกรรมที่ดีจึงส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีและพบโรคในช่องปากน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรม	ความเข้มแข็งในการมองโลก	ความถี่	สุขภาพช่องปาก
พฤติกรรมการแปรงฟัน	ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	แปรงฟันสม่ำเสมอ	สุขภาพช่องปากดี
	ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ	แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ	สุขภาพช่องปากไม่ดี
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	ไม่รับประทานอาหารระหว่างมือ	พบฟันผุน้อย
	ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ	รับประทานอาหารระหว่างมือ	พบฟันผุมาก
พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรม	ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	ตรวจฟันสม่ำเสมอ	สุขภาพช่องปากดี
	ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ	ตรวจฟันไม่สม่ำเสมอ	สุขภาพช่องปากไม่ดี
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	สูบบุหรี่น้อย	พบโรคในช่องปากน้อย
	ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ	สูบบุหรี่มาก	พบโรคในช่องปากมาก

โรคในช่องปาก

โรคในช่องปากที่จัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขได้แก่โรคปริทันต์และโรคฟันผุ

เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกสูง ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย นำไปสู่การสูญเสียงบประมาณในการรักษา แต่สามารถป้องกันได้ จากการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและโรคในช่องปากพบผลการศึกษาดังนี้

สถานะปริทันต์

ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีสถานะปริทันต์ที่ดี วัตถุประสงค์ที่วัดจากการมีค่าดัชนี Community Periodontal Index (CPI) ปริมาณคราบจุลินทรีย์ การทำลายอวัยวะปริทันต์โดยรอบ และความลึกของร่องลึกปริทันต์ต่ำกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ¹³⁻¹⁴ เนื่องจากมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ใส่ใจดูแลสุขภาพช่องปากในด้านต่างๆ เช่น วิธีการอุปกรณ์ และความถี่ในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกชนิดของแปรงสีฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ ในการทำความสะอาดช่องปาก และการไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ¹⁵ การศึกษาหนึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และจำนวนฟันที่มีความลึกของร่องลึกปริทันต์ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป สาเหตุอาจเกิดจากการประเมินสถานะปริทันต์โดยใช้ความลึกของร่องลึกปริทันต์เพียงอย่างเดียว¹⁶ จึงอาจทำให้ประเมินความชุกของโรคปริทันต์ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง วิธีที่แม่นยำกว่า และถือเป็นมาตรฐานในการประเมินสถานะปริทันต์ทั้งในเรื่องความรุนแรง และการดำเนินของโรคคือการวัดการสูญเสียระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ทางคลินิก (Clinical Attachment Loss)¹⁷ อีกสาเหตุหนึ่งที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเกิดจากระยะเวลาติดตามผล และจำนวนครั้งของการตรวจสถานะปริทันต์ไม่เพียงพอที่จะพบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างทดลองวิจัย

โรคฟันผุ

ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีจำนวนฟันผุน้อยกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ¹⁸ ในวัยเด็ก พบว่า เด็กที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีค่าเฉลี่ย จำนวนฟันผุ ถอน อุด (decayed missing and filled teeth; dmft) ต่ำกว่าเด็กที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่สามารถใช้ปกป้องเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จากการเกิดโรคฟันผุได้ พบว่าเด็กที่มารดาที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ มี dmft สูง มีคราบจุลินทรีย์ และได้เรียนหนังสือน้อยกว่า 8 ปี ในขณะที่เด็กที่มารดาที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มี dmft ต่ำ ไม่มีคราบจุลินทรีย์ และได้เรียนหนังสือมากกว่า 8 ปี¹⁹ สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นพบเช่นเดียวกันว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีค่าเฉลี่ย จำนวนฟันผุ ถอน อุด น้อยกว่าเด็กที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และในกลุ่มที่ไม่เคยมีฟันผุ มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงที่สุด ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยทำนายสถานะช่องปากได้ จึงสามารถนำความเข้มแข็งในการมองโลกไปใช้สร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กวัยรุ่น²⁰

จำนวนฟันผุมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกในเด็กวัยรุ่น ความเข้มแข็งในการมองโลกของมารดาเด็กวัยรุ่น ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และปริมาณคราบจุลินทรีย์ พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง หรือเด็กที่มารดาที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีจำนวนฟันผุน้อยกว่าเด็กที่มี

ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ หรือเด็กที่มารดา มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ อย่างไรก็ตาม พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของมารดา มีผลต่อจำนวนฟันผุของเด็กมากกว่าความเข้มแข็ง ในการมองโลกของตัวเอง เนื่องจากมารดา เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่เด็ก และเป็น ผู้ดูแลสุขภาพของเด็ก²¹ การที่เด็กวัยร่นที่มาจาก ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มี จำนวนฟันผุมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มี ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงอยู่ร้อยละ 50 แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของทฤษฎีปัจจัย กำหนดสุขภาพซึ่งเสนอโดยมาร์มอท²² อธิบายได้ ว่าสุขภาพเป็นผลมาจากฐานะทางเศรษฐกิจและ สังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา ความเครียด การศึกษา อาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคม โภชนาการ และ ระบบคมนาคมขนส่ง ดังนั้นในการดำเนินงาน ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ควร คำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพและ สุขภาพช่องปาก นอกเหนือจากเรื่องโรค

ผู้ที่เป็นโรคฟันผุและไม่ได้รับการรักษา จะมีอาการปวดฟัน อาการปวดฟันจากโรคฟันผุมี ความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมต่ำพบว่า ผู้ที่มีฟันผุ และมีความเข้มแข็ง ในการมองโลกต่ำจะมีอาการปวดฟันรุนแรงกว่าผู้ ที่มีฟันผุและมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก ช่วยลดระดับการปวดฟันที่เกิดจากโรคฟันผุได้ ทฤษฎีชาลโตเจนิคซึ่งเป็นหลักการที่เน้นเรื่องการ ใช้แหล่งทรัพยากรเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สามารถ ให้คำตอบได้ว่าเหตุใดคนที่มีความเข้มแข็งในการ มองโลกสูง และเป็นโรค จะมีอาการต่างๆ เช่น

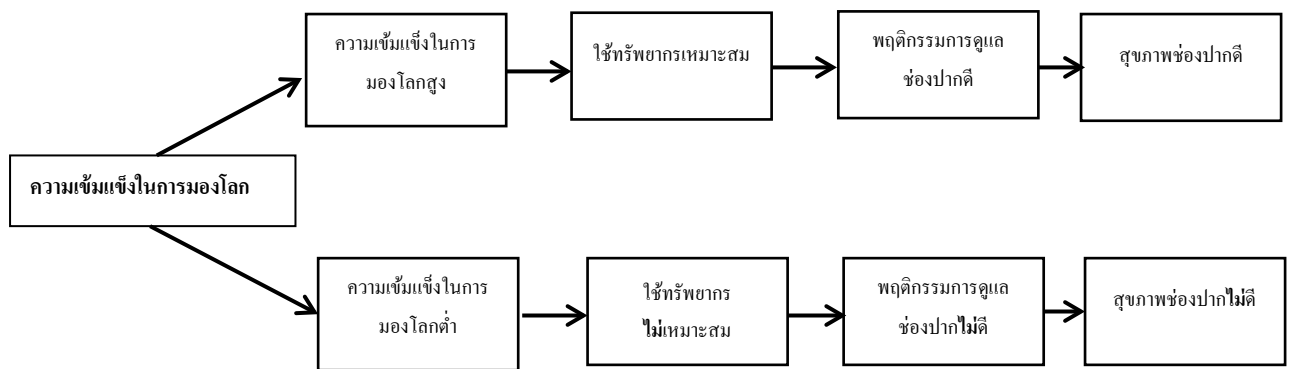
อาการปวดฟัน และความทุกข์ใจจากการเจ็บป่วย น้อยกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ความเข้มแข็งในการมองโลกสะท้อนการมองชีวิต ของแต่ละบุคคล และศักยภาพภาพของบุคคลนั้น ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น²³

บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก สูงจะมองโลกนี้อย่างเข้าใจ รู้สึกว่าชีวิตมี ความหมาย และสามารถรับมือกับสถานการณ์ ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้เป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่าง ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเข้าใจว่า โรค ฟันผุสามารถก่อให้เกิดความเจ็บปวดได้ และ หาทางลดความเจ็บปวดนั้นด้วยวิธีการที่ เหมาะสม ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลก จึง บ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลนั้นในการ จัดการกับอาการปวดฟัน จะเห็นได้ว่าความ เข้มแข็งในการมองโลกส่งผลสำคัญต่อสุขภาพ ร่างกาย และการใช้ชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างที่ มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ไม่สามารถ บริหารจัดการชีวิตได้ดี และมีแหล่งทรัพยากรไม่ เพียงพอในการจัดการกับปัญหาสุขภาพช่องปาก ของตน ทำให้มีโอกาสเกิดฟันผุและมีอาการปวด ฟันได้มากกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก สูง กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสประสบปัญหา ต้องต่อสู้ดิ้นรน และเผชิญความตึงเครียดได้สูง ดังนั้นทักษะความ เข้มแข็งในการมองโลกจึงมีความสำคัญมากใน กลุ่มนี้²⁴

นอกจากงานวิจัยเชิงพรรณนาที่หา ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็ง ในการมอง โลกและสุขภาพช่องปากแล้ว ยังพบว่ามีงานวิจัย เชิงทดลองที่เริ่มสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดย ประยุกต์ใช้การพัฒนาความเข้มแข็งในการมอง

โลก ผลการวิจัยเชิงทดลองพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ^{14,25} สำหรับในประเทศไทยมีผู้คิดค้นโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกในบริบทของสุขภาพช่องปาก ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมเสริมทักษะต่างๆ 7 ชุด เช่น กิจกรรมชุดชีวิตฉันเปลี่ยนแปลงได้ กิจกรรมชุดช่วยกันคิดช่วยกันทำ แต่ละชุดกิจกรรมใช้ระยะเวลา 40-60 นาที ผล

การศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้สามารถพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกให้สูงขึ้นได้ และความเข้มแข็งในการมองโลกยังคงสูงอยู่ภายหลังจากให้โปรแกรมไปแล้ว 3 เดือน²⁵ การพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกให้สูงขึ้นโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกจึงสามารถใช้เป็นทางเลือกเสริมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากได้ ดังแสดงในรูปแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 ความเข้มแข็งในการมองโลกและสุขภาพช่องปาก

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกและสุขภาพช่องปากจะเห็นได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นทักษะของบุคคลในการทำความเข้าใจ และรับมือกับปัญหาอุปสรรคต่างๆในชีวิต ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถนำเอาทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การแปรงฟันสม่ำเสมอ การไปรับบริการทันตกรรมเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากและฟัน และการงดสูบบุหรี่ ส่งผลให้มีสภาวะปริทันต์ที่ดี เป็นโรคปริทันต์ และโรคฟันผุน้อย

เมื่อเป็นโรคในช่องปากจะมีอาการเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพช่องปาก สามารถใช้ความเข้มแข็งในการมองโลกสร้างเสริมสุขภาพช่องปากได้โดยการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก

เอกสารอ้างอิง

1. Watt R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ. 2005;83:711-8.
2. Werner H, Hakeberg M, Dahlström L, Eriksson M, Sjögren P, Strandell A, et al.

- Psychological interventions for poor oral health: a systematic review. *J Dent Res.* 2016;95:506-14.
3. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. 1st ed San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1987.
 4. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61:938–44.
 5. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:376–81.
 6. Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39:542-53.
 7. Bernabé E, Kivimäki M, Tsakos G, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *Eur J Oral Sci.* 2009; 117:413–18.
 8. Dorri M, Sheiham A, Watt RG. Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20:261–69.
 9. Peker K, Bermek G, Uysal O. Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. *J Dent Educ.* 2012;76: 774–82.
 10. Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Impact of sense of coherence on oral health behaviors: a systematic review. *Plos One.* 2015;10:1-16.
 11. Qiu RM, Wong MC, Lo EC, Lin HC. Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. *BMC Public Health.* 2013;13: 1-7.
 12. da Silva AN, Mendonca MH, Vettore MV. The association between low-socioeconomic status mother's sense of coherence and their child's utilization of dental care. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39:115–26.
 13. Bernabe E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *J Clin Periodontol.* 2010;37:981-7.
 14. Gururatana O. The effects of sense of coherence intervention on Thai children plaque level and gingival health in Chonburi province, Thailand. *Journal of Health Science Research.* 2018;12 Suppl :1-11. (in Thai).
 15. Reddy KS, Doshi D, Kulkarni S, Reddy BS, Reddy MP. Correlation of sense of coherence with oral health behaviors, socioeconomic status and periodontal status. *J Indian Soc Periodontol.* 2016;20:453-9.
 16. Kanhai J, Harrison VE, Suominen AL, Knuuttila M, Uutela A, Bernabé E. Sense of

- coherence and incidence of periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol.* 2014;41:760-5.
17. Savage A, Eaton KA, Moles DR, Needleman I. A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease. *J Clin Periodontol.* 2009;36:458–67.
18. Viswanath D, Krishna AV. Correlation between dental anxiety, Sense of Coherence (SOC) and dental caries in school children from Bangalore North: A cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2015; 33:15–8.
19. Tomazoni F, Vettore MV, Mendes FM, Ardenghi TM. The association between sense of coherence and dental caries in low social status schoolchildren. *Caries Res.* 2019;53:314–21.
20. Lyra MC, Cruz M, Menezes V, Heimer MV. Association between Sense of Coherence and dental caries experience in adolescents. *Braz Res Pediatr Dent Integrated Clin.* 2015;15:235–41.
21. Lage CF, Fulgencio LB, Corrêa-Faria P, Serra-Negra JM, Paiva SM, Pordeus IA. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. *Int J Paediatr Dent.* 2017;27:412-9.
22. Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health.* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
23. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health.* 2015;59:440–2.
24. da Silva AN, Vettore MV. Sense of coherence modifies the association between untreated dental caries and dental pain in low-social status women. *Community Dent Health.* 2016;33:54-9.
25. Nammontri O, Robinsion PG, Baker SR. Enhancing oral health via sense of coherence: A cluster-randomized trial. *J Dent Res.* 2013; 92:26-31.



เลขที่.....

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... มีความประสงค์ขอชำระค่าใช้จ่าย ดังนี้

ค่าตีพิมพ์

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------|
| แบบเร่งด่วน (Fast Track) | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาไทย | = 8,000 บาท |
| | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาอังกฤษ | = 10,000 บาท |
| แบบปกติ | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาไทย | = 5,000 บาท |
| | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาอังกฤษ | = 8,000 บาท |

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยทาง เงินสด โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินรับฝากรายได้ วพบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-47626-1

Fax หลักฐานการโอนเงินพร้อมจดหมายนี้ มาที่ 0 2526 2904 หรือ scan หลักฐานการโอนเงิน ส่ง ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

e-mail: masarin@bcnnon.ac.th และคุณวารานิชฐ์ ลำไย e-mail: waranist@bcnnon.ac.th

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสารวารสาร

.....
.....

กรุณาออกไปเสร็จในนาม.....

.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ผู้รับเงิน.....

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

