

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

ISSN 1906-0319 (Print) ISSN 2697-5025 (Online)

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564 Vol.15 No.3 September - December 2021



สมาลี ทองสวนล้ม ณิชพัชร บัวบุญ

นพภัตสร วิเศษ พชรภักดิ์ ไชยสังข์ พรภิรมย์ หลงทรัพย์ รัชพร ศรีเดช

ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ นิรันดรา ไชยพาน สุจิตรา บุญกล้า จักรกฤษณ์ พลราชม
อรรถัน หวังประดิษฐ์ ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์ กมลนัทร ม่วงยิ้ม เดชา วรณพาล

กนกวรรณ ยุทธวิชัย วิชาพร เสรีเด่นชัย

ปราณี จันธิมา พรทิพย์ สาริโส

วรวิทย์ ชมภูพาน วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ วรางคณา ชมภูพาน
เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ดวงฤดี โชติกลาง วรินทร์ทิพย์ ศรีภักดิ์

สุภาลักษณ์ ธานีรัตน์ เมทนี ระดาบุตร สุจิรา วิเชียรรัตน์ วิญญา สุมาวัน

สุนิสา เสนาหวาน วราภรณ์ บุญเชียง วรางคณา นาคเสน

ภัสสมณีย์ เทียมพิทักษ์ สุนิดา ปรีชาวงษ์

วันวิสาข์ สนใจ

ศุภชัย แก้วดวง บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช

สุนิภา ชินวุฒิ ยุพาวรรณ ทองตะหนาม นิศารัตน์ ยุพพัฒน์ วิปรีญา เทศทอง

ปาริชาติ เทพพิทักษ์ ภัทรวดี ผลโคก



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา
ของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย

ปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของ
ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ประสิทธิผลของน้ำมันนวดตำรับน้ำมันงาขัดมอนต่อการปวดเข่า

การประยุกต์ใช้กลยุทธ์ PEMEC เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
กลุ่มพึ่งพา ตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

การออกกำลังกายด้วยท่าคิลปะพื้นบ้านอีสานต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน

การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ
สามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการสาขาทันในภาคใต้ของประเทศไทย

ผลของโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบทอด
สำหรับนักศึกษาพยาบาล

ผลของการกวดลมส่วนล่างหลังท่าคลอครด้วยวิธี Modified Crede' ต่อการสูญเสียเลือด
ของมารดาหลังคลอด

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564

รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ
ผศ.ดร.กฤษมา ศรียากุล
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา
ผศ.ดร.จินตนา ฤทธารมย์
ผศ.ดร.จิระพร ชะโน
ศ.ดร.ฉัตรสมน พฤตภิญโญ
ดร.ดาราวรรณ รองเมือง
รศ.ดร.นพวรรณ เปียชื่อ
ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
ดร.ปยุตย นุช อมรดลใจ
รศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เสวตศรีสกุล
รศ.ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง

นอ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
ผศ.ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์
รศ.ดร.วรางคณา จันทรัง
รศ.ดร.วีระศักดิ์ อัครวงศ์อารยะ
รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ผศ.ดร.วรรณวดี ฦกค
ดร.ศศิธร ชิดนาย
รศ.ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม
รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย
นาวาโทหญิง ดร.สุปราณี พลชนะ
ผศ.ดร.อรสา กงตาล

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาล การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาโครงการ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สังวรรณ จัตตระโทก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.ศุภรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

บรรณาธิการ ดร.มาสนีน ศุกลปักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ อาจารย์สุจิรา พึ่งเฟื่อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ดร.ลัดดา เหลืองรัตนมาศ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

ดร.สุคคินี ฤทธิ์ฤทัย วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ Prof. Dr. (Med) Benno Von Bormann มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ศ.กิตติคุณ ดร.วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา ผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.ดร.สุขุมาล จงธรรมคุณ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชชัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.วรรณรัตน์ ลาวัจ มหาวิทยาลัยบูรพา

Assist. Prof. Dr. Dan Bressington Hong Kong Polytechnic University

น.อ.หญิง ดร.พว.ธนพร แยมสุตา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

Dr. Paul Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์

ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.สุชีวา วิชัยกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร

ดร.กนกวรรณ เวทศิลป์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร

ดร.สุภาพร วรรณสันทัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ

ดร.พนารัตน์ วิทเทพนิมิตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ

ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

ดร.บุญมี โพธิ์คำ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.กมลนัทร ม่วงยิ้ม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

อาจารย์ชลาชัย โชคดีศรีจันทร์ วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ดร.วานิชย์ ลำไย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ฝ่ายจัดการ ดร.วานิชย์ ลำไย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

กำหนดออก ราย 4 เดือน

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH) ขอมอบของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2565 แก่ผู้อ่านทุกท่านด้วยมาตรฐานการรับรองคุณภาพของวารสาร ในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) โดยวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 มีบทความวิจัยทั้งหมด 14 เรื่อง ในนามของบรรณาธิการขอขอบพระคุณ คณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ที่กรุณาประเมิน คัดกรองบทความวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงบทความวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้พิมพ์ที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการดำเนินการเป็นไปตาม มาตรฐาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มุ่งมั่น สร้างสรรค์ และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตาม มาตรฐานที่กำหนดมากขึ้นเป็นลำดับ พร้อมทั้งคงไว้ซึ่งความเป็นกัลยาณมิตรทางวิชาการ ในปีใหม่นี้ วารสารขอเชิญชวนผู้ที่มีผลงานด้านการพยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ โดยกำหนดการออกวารสารทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (ม.ค.- เม.ย. พ.ค.- ส.ค. และ ก.ย.- ธ.ค.)

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารนี้เสมอมา หากมี ข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ทั้งกองบรรณาธิการ วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ journalbcnnon@bcnnon.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ดร.มาสริน ศุกลบัณฑิ

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วย นมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก สุมาลี ทองสวนส้ม ณัฐพัชร บัวบุญ	1	The effect of a perceived self-efficacy promotion program on breastfeeding behaviors among adolescent first-time mothers Sumalee Thongsaunsom Natthapat Buaboon
ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ติดบุหรี่ นพภัสสร วิเศษ พัชราภรณ์ ไชยสังข์ พรภิรมย์ หลงทรัพย์ รัชพร ศรีเดช	13	Effectiveness of behavior modification program combined with family participation on smoking behavior of nicotine dependent patients with schizophrenia Noppussorn Wises Phatcharaphan Chaiyasung Pornpirom Lhongsap Rutshaporn Sridet
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ นิรันตา ไชยพาน สุจิตรา บุญกล้า จักรกฤษณ์ พลราชม	25	Health literacy and disease and hazard prevention behaviors of Thai people Prawech Chumkesornkulkit Niranta Chaiyaparn Sujittra Boonkla Chakkrit Ponrachom
ปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้ รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี อรรัตน์ หวังประดิษฐ์ ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์ กมลนันธ์ ม่วงยิ้ม เดชา วรณพาทูล	37	The structural factors of self-regulating medication adherence in elderly at Elderly Schools in Chonburi Province Orarat Wangpradit Chalalai Chokdeesrijun Kamolnat Muangyim Decha Wannapahul

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ดันฉบับ	PAGE	Original Articles
ประสิทธิผลของน้ำมันหวดตำรับน้ำมัน หญาขดม่อนต่อการปวดเข่า กนกวรรณ ยุทธวิชชัย วิภาพร เสรีเด่นชัย	48	The effectiveness of the massage oil of YA KAD MON on knee pain Kanokwan Yutthawichai Vipaporn Sareedenchai
การประยุกต์ใช้กลยุทธ์ PEMEC เพื่อขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มพึ่งพาตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ปราณี จันธิมา พรทิพย์ สารีโส	59	Application of the PEMEC strategy to enhance community participation in caring for the dependent elderly in Srimuangchum Sub-District Mae Sai District Chiang Rai Province Pranee Chantima Porntip Sareeso
การออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสาน ต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน วรวิทย์ ชมภูพาน วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ วรารัตนา ชมภูพาน เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ดวงฤดี โชติกลาง วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี	71	Isan traditional exercise on body balance among the elderly in a community Worawut Chompoopan Wichai Eungpinichpong Warangkana Chompoopan Saowalak Seedaket Duangruedee Chotklang Varinthip Srikongphlee
การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน สุภลักษณ์ ธานีรัตน์ เมทนี ระดาบุตร สุจิรา วิเชียรรัตน์ วิญญา สุมาวัน	83	Perception and self-care experience of patients with chronic kidney disease in community Suppaluk Thanirat Matanee Radaburt Sujira Wichainrat Winya Sumawan

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียน พระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ สุนิสา เสนาหวาน วราภรณ์ บุญเชียง วารangkana Naksen	95	Effects of health literacy and food consumption behavior promotion program among over-nutrition novice monks in general education section of Phrapariyattidham school, Chiang Mai Province Sunisa Senawan Waraporn Boonchieng Warangkana Naksen
ปัจจัยสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ภัสสมณี เทียมพิทักษ์ สุนิดา ปรีชาวงษ์	107	Factors related to dyspnea in patients with heart failure Patmanee Taimpitak Sunida Preechawong
ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ไตเสียหายที่ระยะที่ 3 วันวิสาข์ สนใจ	120	The effects self-management on health behaviors and kidney function of chronic illness patients with chronic kidney injury stage 3 Wanwisa Sonjai
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้พิการใส่ขาเทียมในภาคใต้ของประเทศไทย ศุภชัย แก้วดวง บุญญพัฒน์ ไชยมะลิ สมเกียรติยศ วรเดช	133	Factors associated with the Quality of life among individuals with a lower limb prosthesis in Southern Thailand Supachai Kaewdoungh Bhunyabhadh Chaimay Somkiattiyos Woradet

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

ISSN 1906-0319 (Print) ISSN 2697-5025 (Online)

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2564

Vol.15 No. 3 September - December 2021

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ผลของโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นสำหรับ นักศึกษาพยาบาล	146	The effect of integrative online program of flipped classroom and group investigation teaching method for nursing students
สุนิภา ชินวุฒิ ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม นิศารัตน์ ยูพัฒน์วงศ์ วิปรัชญา เทศทอง		Sunipa Chinnawoot Yupawan Thongtanunam Nisarath Yuwattanawong Wiprachaya Thedthong
ผลของการกดมดลูกส่วนล่างหลังทำคลอดรก ด้วยวิธี Modified Crede' ต่อการสูญเสียเลือด ของมารดาหลังคลอด	158	The effects of lower uterine segment compression after Modified Crede' maneuver on blood loss in the postpartum period
ปาริชาติ เทวพิทักษ์ ภัทรวดี ผลโภาค		Parichart Tewapitak Patarawadee Pholphoke

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
3. ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
4. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
5. ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
6. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
7. กรณีบทความวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่เกิน 3 ปี

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่ม้วนขวบหน้า เป็น 1 คอลัมน์
2. พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึง เอกสารอ้างอิง
3. ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
4. การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล
5. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index>

6. การส่งต้นฉบับลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี

ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี

ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปี

หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาในฉบับต่อไป

7. การรับเรื่องต้นฉบับ

7.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และขอเอกสารเพิ่มเติม พร้อมแจ้งชำระค่าตีพิมพ์ทาง E-mail

7.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่สร้างขึ้นใหม่ มีลำดับหัวข้อดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

1.2 ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC
ขนาดตัวอักษร 16 pt.

1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา
ดังนี้

1.3.1 บทนำ เขียนโดยย่อ

1.3.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.3 วิธีการวิจัย: แบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้

1.3.4 ผลการวิจัย

1.3.5 สรุปผล

1.3.6 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

1.4 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ
(Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

2.2 ชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC
ขนาดตัวอักษร 16 pt.

2.3 เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อ
ภาษาไทย

2.4 กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

2.4.1 Background

2.4.2 Objectives

2.4.3 Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis

2.4.4 Results

2.4.5 Conclusions

2.4.6 Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ

2.5 ต่อจาก Keywords ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็น ภาษาอังกฤษ และ ผู้เขียนที่เป็น
ผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์การวิจัย

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจารณา
ด้านจริยธรรม

3.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5 ผลการวิจัย เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิง
ปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตาราง
หรือรูป โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบพร้อมด้วย

3.6 อภิปรายผล

3.7 สรุปและข้อเสนอแนะ (โดยแยกการเขียนประเด็นสรุป และข้อเสนอแนะ)

3.8 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of
interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ

3.9 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้
ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่
มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

บทความวิชาการ (Academic article)

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

1.2 ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC
ขนาดตัวอักษร 16 pt.

1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ

1.4 โดยบทคัดย่อประกอบด้วยเนื้อหา คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ และเห็น
ภาพรวมทั้งหมดของงาน

1.5 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

1.6 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ
(Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- 2.2 ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- 2.3 เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- 2.4 Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- 2.5 ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม E-mail address ต่อจาก Keywords

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- 3.2 เนื้อเรื่อง (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิวิจารณ์)
- 3.3 สรุป
- 3.4 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- 3.5 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ และทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

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

1.1 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นวลพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²

1.2 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กางกัจจร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

2. การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำยบบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver
ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงทำยบบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai)

ตัวอย่าง

Khwanyuen N, Sansiriphun S, Supavititpatana B. Factors predicting fear of childbirth among pregnant women. Nursing Journal. 2017;44(4):24-35. (in Thai).

3. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ทำยบบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

ก. ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ กันให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

Frederico M, Arnaldo C, Michielsen K, Decat P. Adult and young women communication on sexuality: a pilot intervention in Maputo-Mozambique. Reprod Health. 2019;16(1):1-12. doi: 10.1186/s12978-019-0809-3.

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

ตัวอย่าง

Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Taameeyapradit U, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety disorders in late-life depression: findings from geriatric tertiary outpatient settings. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:199-204. doi: 10.2147/NDT.S184585.

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 วันที่

ฉ. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลข
ซ้ายออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น p.223-35 เป็นต้น

ช. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (**Articles in Journals**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของ
บทความ. เลข doi:

ตัวอย่าง

AshaRani PV, Hombali A, Seow E, Ong WJ, Tan JH, Subramaniam M. Non-
pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic
review. Drug Alcohol Depend. 2020;1(212):108060. doi: 10.1016/j.drugalcdep.
2020.08060.

ซ. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (**Books or textbooks**) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for
Nursing Practice tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott
Williams & Wilkin; 2017.

ฅ. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a
book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่
พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

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.

ญ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม
(**Conference paper in proceedings**) มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

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.

ฎ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

Phanprom K. Development of measurement instrument, casual model, and guidelines for stem teacher preparation: cross-classified multilevel models analysis [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. (in Thai).

ฏ. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

Muangpaisan W. Risk of Dementia in older person. [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 9]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_4.html. (in Thai).

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editor 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, Browallia UPC 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 are limited to 12 pages of content, including Tables, Figures, images, and references, (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://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index>

Research article

Manuscript format

Title page

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

1. should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - 1.1 Background
 - 1.2 Objectives
 - 1.3 Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis
 - 1.4 Results
 - 1.5 Conclusions
 - 1.6 Keywords (English): 3-5 words

Main document

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

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

1. should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - 1.1 Introduction (or background), objectives
 - 1.2 Conclusions: summary of important results or implications
 - 1.3 Keywords (English): 3-5 words

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives
2. **Body Paragraphs:** grading material, Sequence analysis of critical reviews,

Analysis critical review

3. **Conclusions:** summary of important results or implications
4. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
5. **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as

Reference Manager is preferable. Reference list must not exceed 30 items. All references must be in English only.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก

สุมาลี ทองสวนส้ม* ณัฐพัชร บัวบุญ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากขาดความรู้ ประสพการณ์ และไม่มั่นใจความสามารถของตนเองในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการ เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่ม ตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และ คลอด ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 50 คน คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 25 คน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีค่าความ ตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล : การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาจะช่วยให้วัยรุ่นมี พฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้เหมาะสม

คำสำคัญ : มารดาวัยรุ่นมีบุตรคนแรก พฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

*หน่วยตรวจโรคสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

**กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

E-mail: dbuaboon@gmail.com

Received: December 16, 2020

Revised: September 2, 2021

Accepted: September 30, 2021

The effect of a perceived self-efficacy promotion program on breastfeeding behaviors among adolescent first-time mothers

Sumalee Thongsaunsom* Natthapat Buaboon**

ABSTRACT

Background: Most pregnant teenagers are at increased risk of breastfeeding problems due to a lack of knowledge, experience, and confidence in breastfeeding ability.

Objectives: The objective of this study was to examine the effects of a perceived self-efficacy promotion program on the breastfeeding behaviors of adolescent mothers with their first child.

Methods: This quasi-experimental research study involved 50 adolescent first-time mothers who received antenatal care and delivered it at a hospital in the central region. The sample was selected according to the inclusion criteria. Participants were randomly assigned to either the control group (n = 25) or the experimental group (n = 25) to receive the perceived self-efficacy promotion program. Data was collected using a perceived breastfeeding self-efficacy questionnaire with a Content Validity Index of 1.0 and a Cronbach's alpha coefficient of .91. Descriptive statistics and a T-test were used to examine them.

Results: The study found that the experimental group's mean score of breastfeeding behavior after participating in the perceived self-efficacy promoting program was statistically significantly higher than that of the control group before receiving the program ($p < .05$). When the mean scores of breastfeeding behavior before and after participation in the program were compared, it was discovered that the experimental group had a higher mean score of behaviors than the control group, with a statistically significant difference ($p < .05$).

Conclusions: Perceived self-efficacy promotion programs can help adolescent mothers develop appropriate breastfeeding behavior.

Keywords: adolescent first-time mothers, breast feeding behaviors, perceived self-efficacy

*Obstetrical and gynecological unit, Thammasat university hospital

**Family nursing and midwifery department, Faculty of nursing, Thammasat hospital,

E-mail: dbuaboon@gmail.com

บทนำ

น้ำนมมารดาเป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ช่วยให้ทารกมีพัฒนาการด้านร่างกายและระดับสติปัญญาเหมาะสม มีภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันการเจ็บป่วย นอกจากนี้มารดาที่เลี้ยงทารกด้วยนมตนเองจะมีรูปร่างดี ไม่อ้วน ลดอัตราเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ ช่วยให้หมดลูกกลับเข้าสู่สภาพปกติ เกิดความภาคภูมิใจ สามารถพัฒนาและปรับตัวต่อบทบาทมารดาได้อย่างรวดเร็ว และยังเป็นการประหยัดรายจ่ายในครอบครัว สะดวก ไม่เสียเวลาในการเตรียม¹⁻²

องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Children's Emergency Fund; UNICEF) แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือน² กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับ UNICEF โดยกำหนดเป้าหมายการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวยาวน้อย 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 30.00³ แต่จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทย (Thailand Multiple Indicator Cluster Surveys; MICS) พบว่าอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวยาวน้อย 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 12.30²⁻³ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นมีการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาค่อนข้างต่ำกว่าวัยอื่น ๆ³⁻⁴ จากการศึกษาพบว่ามารดาอายุน้อยกว่า 19 ปี เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดร้อยละ 43.00 แต่ระยะเวลาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวยาวเพียง 24.36 วันเท่านั้น⁵ และอัตราการเลิกเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในวัยรุ่นสูงเป็น 2 เท่าของมารดาวัยผู้ใหญ่⁴⁻⁵

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น พบว่า มี 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยด้านตัวมารดา และปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยด้านมารดา พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการปฏิบัติบทบาทมารดา การรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเป็นไปในด้านลบ ไม่มั่นใจความสามารถของตนเองที่จะสามารถเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้ ขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา⁶⁻⁹ ส่วนปัจจัยภายนอกจะเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือและรูปแบบการให้ความรู้จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ยังเน้นการให้ความรู้ร่วมกันกับมารดาทุกช่วงวัย และขาดแรงสนับสนุน เมื่อพบอุปสรรค จึงทำให้มารดาวัยรุ่นหยุดเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในที่สุด⁶⁻⁸

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การนำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาส่งเสริมความมั่นใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นมีหลากหลายแต่การศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมในระยะตั้งครรภ์และขาดการติดตามต่อเนื่องจนถึงหลังคลอด เช่น การศึกษารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแก่มารดาวัยรุ่นในชุมชน พบว่าหลังได้รับโปรแกรม มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ อย่างไรก็ตามรูปแบบโปรแกรมเน้นการติดตามในช่วงหลังคลอด โดยไม่ได้มีการเตรียมมารดาวัยรุ่นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ช่วงหลังคลอดมารดาวัยรุ่นต้องมีการปรับบทบาทหลายด้าน รวมถึงปัญหาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา หากขาดการเตรียมพร้อมเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาแต่เนิ่น ๆ ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ นอกจากนี้ยังมี

การศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา พบว่า ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 18 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ อย่างไรก็ตามรูปแบบของโปรแกรมนี้เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียว และคัดเลือกตัวอย่างที่มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ทำให้ไม่สามารถอธิบายได้ว่าความสำเร็จของการทดลองเกิดจากการเพิ่มตามธรรมชาติหรือเพิ่มขึ้นจากโปรแกรม

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลในแผนกฝากครรภ์และหน่วยตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอด จึงมีความสนใจในการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹¹ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา โดยเน้นการใช้ตัวแบบเหมาะสมกับพัฒนาการของวัยรุ่น เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ คู่มือ การฝึกทักษะ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน และการสนับสนุนช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อม และส่งเสริมมารดาวัยรุ่นให้มีความมั่นใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

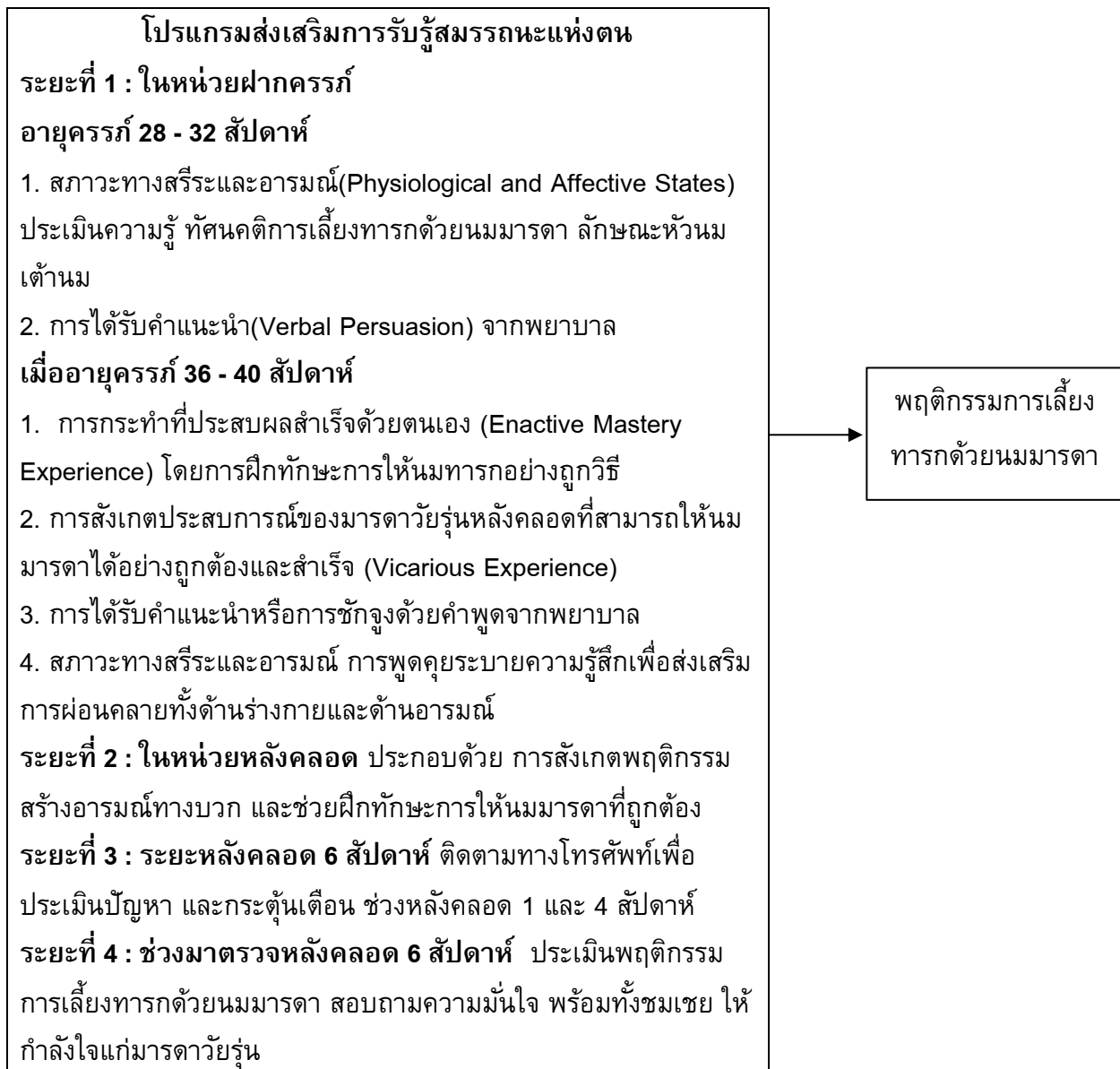
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม
2. มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวความคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹¹ มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้เสนอแนวคิดที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง คือ 1) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 2) การสังเกตตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะทางสรีระและทางอารมณ์ สรุปเป็นกรอบแนวความคิดการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของ มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่น อายุไม่เกิน 20 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก มาฝากครรภ์ที่หน่วย การพยาบาลตรวจโรคสูติกรรม โรงพยาบาล แห่งหนึ่งในภาคกลาง

ตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่น อายุไม่เกิน 20 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก ได้รับการประเมินจากแพทย์ ด้วยการตรวจครรภ์หรืออัลตราซาวด์ก่อนเข้า

ร่วมโครงการวิจัยว่ามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-32 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ คลอด และพักหลังคลอด ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลางตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2562 ถึง วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2563

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง มีดังนี้

1) มารดาวัยรุ่นที่ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดา 2) สามารถมารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา และสามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ ในช่วงที่เข้าร่วมโครงการ 3) สามารถอ่านออก และเขียนภาษาไทยได้ 4) มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ มีดังนี้ 1) มารดา ที่คลอดทารกก่อนกำหนด ทารกมีภาวะแทรกซ้อน หรือข้อห้ามที่ทำให้ไม่สามารถดูนมมารดาได้ เช่น มีปากแหว่ง เพดานโหว่ เป็นต้น 2) มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดหรือมีข้อห้ามที่ไม่สามารถเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้ เช่น ได้รับยาที่มีผลต่อทารกโดยผ่านทางน้ำนมมารดา เป็นต้น

การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power of test) โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์สถิติ t-test เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) ชนิดสองหาง (Two tailed) กำหนดค่า Effect size $d = .80$ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance, α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test, $1-\beta$) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่ระดับ = .80 และ allocation ratio = 1¹² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 ราย และจากการศึกษาของศิริขวัญ พรหมจำปา⁹ พบว่าไม่มีการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของตัวอย่าง (attrition rate) เพื่อป้องกันการสูญหาย

ของตัวอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น อีกกลุ่มละ 5%¹² ได้ตัวอย่าง จำนวน 54 ราย แต่ในช่วงของการตรวจสอบข้อมูล พบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ และข้อมูลบางส่วนมีค่าแยกออกจากกลุ่มข้อมูลอื่นๆ (Outlier) ทำให้จำเป็นต้องตัดออกโดยมีการสูญเสียของตัวอย่างจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.00 จึงเหลือตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹¹ ประกอบด้วยคู่มือและสื่อวิดีโอ “เตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา” ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ปัญหาที่อาจพบและแนวทางการแก้ไข ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบไปด้วย สูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลมารดาวัยรุ่น 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาและทารก 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ประจำหน่วยนมแม่ 1 คน และพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ 1 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้ให้ความเห็นที่ตรงกันว่าให้ปรับเนื้อหาให้กระชับมากขึ้น ภายหลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล

เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เกลี่ยของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่ตั้งใจจะเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา น้ำหนักทารกแรกคลอดและเมื่ออายุ 6 สัปดาห์

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของศิริขวัญ พรหมจำปา⁹ ประกอบด้วย ข้อความ 2 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรรมการให้นมมารดา จำนวน 19 ข้อ และพฤติกรรมกรรมการบีบเก็บน้ำนมมารดาและการป้อนนมมารดา จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง มีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน คะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยคะแนน 0-47 หมายถึง มารดามีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาไม่ถูกต้องเหมาะสม คะแนน 48-60 หมายถึง มารดามีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้ถูกต้องเหมาะสม เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่คุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 064/2562 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มการทดลองภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย แจ้งให้ทราบถึงสิทธิของตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการพยาบาลแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นให้ตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการวิจัย ภายหลังได้รับความยินยอมจากตัวอย่างและผู้ปกครองจึงให้เซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Information Consent Form) และเริ่มดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการกับกลุ่มทดลองก่อน โดยเข้าพบตัวอย่างครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ จัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์และสรีระ โดยการประเมินความรู้และทัศนคติการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การประเมินลักษณะหัวนมและเต้านมเพื่อเตรียมพร้อมในการให้นมบุตร และให้ทำแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

พบตัวอย่างครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์ จัดกิจกรรมเพิ่มการปฏิบัติในสิ่งที่แสดงออกถึงความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมพร้อมให้นมบุตร การฝึกทักษะการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี โดยการสอน สาธิต และการสังเกตตัวแบบจากมารดาวัยรุ่นที่สามารถให้นมมารดาได้อย่างถูกต้องและสำเร็จ

พบตัวอย่างครั้งที่ 3 ในช่วงหลังคลอด 48 ชั่วโมง ให้คำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูดเพื่อให้มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาให้สำเร็จ นัดแนะเพื่อติดตามทางโทรศัพท์ ติดตามและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาที่เหมาะสม ในช่วงหลังคลอด 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

พบตัวอย่างครั้งที่ 4 ที่คลินิกวางแผนครอบครัว ประเมินปัญหาในการให้นมบุตรและการแก้ไข พร้อมทั้งให้มารดาตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ชมเชยและกล่าวขอบคุณตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย

2. สำหรับกลุ่มควบคุม พบตัวอย่างครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและให้ทำแบบสอบถามคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจนครบระยะเวลา ให้ตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ชมเชยมารดาและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย พร้อมมอบคู่มือให้แก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยการใช้ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 17.60 และ 17.72 ปี (SD= 1.19 และ 1.33) กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 60.00) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60.00) มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพและอยู่ในระหว่างศึกษา ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 64.00 และ 56.00) ทั้งสองกลุ่มตั้งใจเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลา 3-6 เดือน (ร้อยละ 64.00) เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน จึงไม่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเมื่อเริ่มต้นโปรแกรม

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการทดลอง($n = 25$)

ระยะของการศึกษา	กลุ่มทดลอง $M(SD)$	df	t	P
ก่อนการทดลอง	51.92(9.18)	24	-2.669	.013*
หลังการทดลอง	57.28(4.21)			

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในช่วงก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงต้องใช้คะแนนความต่าง (d) มาเปรียบเทียบ โดยค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารก

ด้วยนมมารดาของกลุ่มทดลองเท่ากับ 7.12 คะแนน ($SD=9.07$) และ กลุ่มควบคุมเท่ากับ .320 คะแนน ($SD=12.58$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม 6.80 คะแนน (Mean diff = 6.80) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในช่วง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการ เลี้ยงทารกด้วย นมมารดา	กลุ่มทดลอง ($n=25$)		กลุ่มควบคุม ($n=25$)		t	p
	$M(SD)$	$d1(SD)$	$M(SD)$	$d2(SD)$		
ก่อนทดลอง	51.92(9.18)	7.12(9.07)	38.08(8.82)	.320(12.58)	-2.191	.033*
หลังทดลอง	59.04(6.36)		38.40(8.82)			

* $p < .05$

อภิปรายผล

มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา มีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายเหตุผล 2 ประการหลัก คือ

1. การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพิ่มสูงขึ้นนั้น เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยทำให้ข้อมูลจากแหล่งสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁰ อย่างมีแบบแผนจาก 4 แหล่ง คือ การประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง การสังเกตจากความสำเร็จของผู้อื่นผ่านตัวแบบ การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด และการพัฒนาความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาให้กับมารดาวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาที่ถูกต้อง ดังการศึกษาของสุทธิจิระพงศ์¹³ ที่เปรียบเทียบมารดาทำงานนอกบ้านที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดานั้น ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาหลังคลอด 12 สัปดาห์ สูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. การที่มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพิ่มสูงขึ้น

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา โดยการสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ และได้รับการฝึกอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้มารดาที่มีความมั่นใจสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคก็สามารถแก้ไขได้¹⁴ การสอนและให้คำแนะนำในระยะเวลาดังกล่าวเหมาะสมกับพัฒนาการของมารดา ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องที่ตรงกับความต้องการของมารดา จึงเป็นแรงกระตุ้นทำให้มีการรับรู้ที่ดี มีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการให้นมมารดาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม⁹⁻¹⁰ การที่มารดาวัยรุ่นได้รับประสบการณ์จากการสังเกตความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้อื่นผ่านตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ผ่านสื่อที่เป็นคู่มือในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากตัวแบบสัญลักษณ์ที่กลุ่มทดลองได้เห็น เป็นตัวแบบที่มีสัญลักษณ์คล้ายคลึงกับตัวอย่าง คือ เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดามาก่อนซึ่งได้แสดงถึงการพัฒนาความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาให้ประสบความสำเร็จ และมีความตั้งใจในการที่จะเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้การอธิบายประกอบตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ฝึกทักษะในแต่ละท่าของการให้นมมารดา มีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจในขั้นตอนต่างๆ มากขึ้น และการให้คู่มือ

การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดากลับไปทบทวน ช่วย
ให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และ
จดจำได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ
วิลาวลีย์ บุญเดช ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์ และ ชมนาด
วรรณพรศิริ¹⁵ พบว่า มารดาวัยรุ่นในกลุ่มที่ได้รับความรู้
โดยการอภิปรายกลุ่มและได้รับคู่มือการ
เลี้ยงทารกด้วยนมมารดามีการปฏิบัติในการเลี้ยง
ทารกด้วยนมมารดาภายหลังคลอด 1, 2, 4, 6 และ
12 สัปดาห์สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ
และไม่ได้รับคู่มือการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อมูลที่มีค่าผิดปกติ
(Outlier) ซึ่งจากการตรวจสอบผู้วิจัยสามารถ
พิสูจน์ได้ว่าค่าผิดปกตินี้เกิดจากความผิดปกติ
จากการตอบคำถามของตัวอย่างจริง ผู้วิจัยจึง
เลือกที่จะขจัดข้อมูลออก จึงควรจะมีการเพิ่ม
จำนวนตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียตัวอย่าง
ประมาณ 20 %

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการ
ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยง
ทารกด้วยนมมารดาจะช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรม
การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วย
นมมารดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และมีการช่วยเหลือ
แก้ไข และกระตุ้นเตือนในการเลี้ยงทารกด้วยนม
มารดาเป็นระยะๆ ส่งผลให้ระยะเวลาในการเลี้ยง
ทารกด้วยนมมารดาที่ยาวนานขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่กว้าง
ขึ้น รวมทั้งขยายระยะเวลาในการติดตามการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการเลี้ยงทารก
ด้วยนมมารดา ให้ยาวนานจนถึงระยะ 6 เดือนหลัง
คลอด เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริม
การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว
จนถึง 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและให้
ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

References

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387 (10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736 (15)01024-7.
2. UNICEF Thailand. Multiple indicator cluster survey of children and women in Thailand 2015-2016. Bangkok: UNICEF Office for Thailand; 2016. [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]; Available from: https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/201806/Thailand_MIC_S_Full_Report_EN_0.pdf. (in Thai).
3. Thailand National Statistical Office, & United Nations Children's Fund. Thailand multiple indicator cluster survey 2012. Bangkok: National Statistical Office; 2013. [internet]. 2021 [cited 2021 Jan 4]; Available from: http://web.nso.go.th/en/survey/monitoring/data/monitoring_full_report_2012.pdf. (in Thai).

4. Kanhadilok S. Breastfeeding influencing factors in Thai adolescent mothers. [Dissertation] . Richmond, Virginia. Virginia Commonwealth University; 2013. [internet]. 2021 [cited 2021 Jan 4]; <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1522&context=etd>.
5. Suwannobol N, Wacharasin C, Deoisres, W. The problems and needs of breastfeeding promotion among adolescent mothers: A case study of Dankhunhot hospital. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015;33(4):200-10. (in Thai).
6. Khakhong S, Nirattharadorn M. The effects of promoting self-efficacy program on breastfeeding behavior among adolescent mothers in community. *Journal of Public Health*. 2017;47(1):31-43. (in Thai).
7. Ngoenthong P, Kantaruksa K, Chaloumsuk N. Education provision on breastfeeding among adolescent mothers: A systematic review. *Nursing Journal*. 2015; 42(Supplement):57-68. (in Thai).
8. Plaichum S, Tongswas T, Somboon L. Factors related to breastfeeding duration among adolescent mothers. *Nursing Journal*. 2012;39(2):79-87. (in Thai).
9. Promjumpa S. Effects of a perceived self-efficacy promoting program on breastfeeding behavior among adolescent mothers. [Thesis]. Pathumthani. Faculty of Nursing, Thammasat University; 2009. (in Thai).
10. Butchan P, Chamusri S, Singhala K. Effects of breastfeeding promoting program on family members self-efficacy and breastfeeding promotion behavior in community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016;34(4):97-105. (in Thai).
11. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev*. 1977;84(2):191-215. doi. 10.1037/0033-295X.84.2.191.
12. Srisatidnarakul B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculation using G*Power software. Bangkok: Chulalongkorn university printing; 2020. (in Thai).
13. Rujirapong S, Sirisatayawong P. Effect of self-efficacy monitoring and promoting program through facebook on success in 12 weeks exclusive breastfeeding among working mothers. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2019;20(2):69-81. (in Thai).
14. Ratisunthorn J. Effects of empowerment program on breastfeeding behavior and duration of exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2015;21(2):139-54. (in Thai).
15. Bundach W, Rithpho P, Wannapornsiri C. Effects of using the perceived self-efficacy program on breastfeeding among teenage pregnancy. *Journal of nursing and health sciences*. 2014;8(3):65-79. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วม ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่

นพภัสสร วิเศษ* พัทธราภรณ์ ไชยสังข์** พรภิรมย์ หลงทรัพย์*** รัชพร ศรีเดช**

บทคัดย่อ

บทนำ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคจาก
บุหรี่และลดอาการกำเริบของโรค ส่งผลให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย : ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วม
ร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่

วิธีการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ติด
บุหรี่ สุ่มด้วยวิธีจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบประเมิน
สภาวะการติดนิโคติน แบบสอบถามการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ
แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบที

ผลการวิจัย : พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับการติดนิโคตินลดลงกว่าก่อนเข้า
โปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และภายหลังเข้าร่วม
โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วย
จิตเภทที่ติดบุหรี่ลดและเลิกสูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, E-mail: Noppassornwishes@gmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

***คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Received: December 16, 2020

Revised: September 2, 2021

Accepted: October 28, 2021

Effectiveness of a behavior modification program combined with family participation on smoking behavior of nicotine dependent patients with schizophrenia

Noppussorn Wises* Phatcharaphan Chaivasung** Pornpirom Lhongsap*** Rutshaporn Sridet**

Abstract

Background: Smoking cessation behavior modification can help patients with schizophrenia live a normal life by reducing smoking-related morbidity and disease relapse.

Objectives: This study aimed to examine the effectiveness of a behavior modification program combined with family participation on the smoking behavior of nicotine-dependent patients with schizophrenia.

Methods: This quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design involved nicotine-dependent patients with schizophrenia in a community hospital, who were randomly enrolled without replacement. The experimental group consisted of 30 participants, while the control group consisted of 30 participants. The research instruments included a smoking behavior change program along with family member participation, the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, a self-efficacy questionnaire, and a smoking behavior questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and a t-test.

Results: Nicotine dependence in the experimental group was significantly lower ($p < .05$) after participation in the program than before. In addition, after participating in the program, participants' intentions to quit smoking were significantly higher ($p < .05$) than before the program.

Conclusion: The program could help nicotine-dependent patients with schizophrenia to reduce and quit smoking.

Keywords: behavior modification, family participation, smoking behavior

*Faculty of Nursing Science, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Thailand.

E-mail: Noppassornwishes@gmail.com

**Faculty of Nursing Science, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Thailand.

***Faculty of Technical Education Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Thailand

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติศึกษา พบว่า ปี 2560 คนไทยสูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน ร้อยละ 32.70 เคยสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 73.80 สูบบุหรี่ในบ้านทุกวัน¹ ทำให้บุหรี่ยี่สิบสองส่งผลกระทบต่อเป็นอันตรายต่อสุขภาพของสมาชิกในบ้าน ปี 2560 คนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่ยี่สิบสองกว่า 70,000 คน และเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่ยี่สิบสอง 8,278 คน² การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการเสียชีวิตด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบร้อยละ 25.00 และเป็นตัวการที่เร่งความเสื่อมของหลอดเลือดทั่วร่างกาย³ ซึ่งคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ต่อปี 50,683 คน แบ่งเป็นเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 23.20 โรคมะเร็งอื่น ๆ ร้อยละ 14.30 โรคถุงลมปอดโป่งพอง ร้อยละ 23.40 โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 23.00 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 16.10² คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคน⁴ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรัง พฤติกรรมการเสพติดบุหรี่ยี่สิบสองจัดเป็นโรคเรียกว่า “โรคติดบุหรี่ยี่สิบสอง” (Tobacco Dependence) บุหรี่ยี่สิบสองถูกจัดเป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม⁵

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม⁶ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8.8 คน ต่อ 1,000 คน โดยมีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิง 1.1 ต่อ 1 ในช่วงอายุ 15-59 ปี⁶ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด⁷ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรโดยทั่วไป 3 เท่า และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่น ๆ⁸ ความชุกของภาวะติดนิโคตินในบุหรี่ยี่สิบสองของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 16.90⁸ และ

จากการศึกษาความชุกของภาวะติดนิโคตินในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบความชุกของภาวะติดนิโคตินในผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 34.20 และพบว่า มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะติดนิโคติน⁹ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดนิโคติน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต อายุน้อย การประกอบอาชีพและการไม่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่⁹ พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่สูบบุหรี่ทำให้เกิดความเคยชินหรือการเลียนแบบ¹⁰

การให้ความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีหลากหลายวิธี มีทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ซึ่งแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของระยะเวลาการสูบบุหรี่และระดับของนิโคติน ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่มีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตั้งใจและความกระตือรือร้นที่จะหยุดสูบบุหรี่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่หลากหลายรูปแบบ แต่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยี่สิบสองส่วนใหญ่มิมีความรู้ ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมที่มีอยู่ในปัจจุบันมาแล้ว แต่ยังไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งยังไม่เห็นผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดแรงจูงใจและกำลังใจ ทำให้พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่เป็นผลสำเร็จจำเป็นต้องได้รับแรงเสริมและกำลังใจอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด รัฐบาลและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยได้ดี ครอบครัวจึงมีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยร่วมกันให้เกิดผลสำเร็จต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้ยิ่งขึ้น

หน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติด โรงพยาบาลองค์กรักษ์ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทติดบุหรี่สูงถึงร้อยละ 90.00 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 220 คน¹¹ ส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำ และการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ ทั้งของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย รับรู้ปัญหาและเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย อีกทั้งการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลวางแผน ตัดสินใจและติดตามประเมินผล จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม

วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-post-test control group design)

1. ประชากรและตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่แพทย์วินิจฉัยตามรหัส ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (รหัสโรค (F20.0-F20.9) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก หน่วยงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลองค์กรักษ์ ช่วงระหว่าง เดือน มกราคม - กันยายน พ.ศ. 2563 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 220 คน เลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่คืน กลุ่มละ 30 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีอาการทางจิตสงบ มีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน 3) มีระดับการติดนิโคตินตามแบบประเมินสถานะการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; FTND) ในระดับ 4 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการทางจิตกำเริบ 2) มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงในระหว่างการวิจัย จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรม 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ที่ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

ขึ้นไป โดยไม่ได้รับคำตอบแทน 3) สามารถ
พูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม
แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตเวช จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาการสูบบุหรี่ เหตุการณ์การสูบบุหรี่ การเลิกสูบ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว นิสัยถือศาสนา ความกลัวและวิตกกังวลต่ออาการข้างเคียงของการเลิกบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวที่จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; FTND)¹² มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ คำตอบแต่ละข้อมีคะแนน 0 ถึง 3 คะแนน การแปลค่า 6 คะแนน เป็นผู้ติดบุหรี่มาก 5 คะแนน เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง และ 0-4 คะแนน เป็นผู้ติดบุหรือน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยปรับของ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า¹³ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ มั่นใจมาก (3 คะแนน) มั่นใจปานกลาง (2 คะแนน) ไม่มั่นใจ (1คะแนน) การแปลค่า คะแนน 0-18 มีความมั่นใจน้อย คะแนน 19-23 มีความมั่นใจปานกลาง คะแนน 24-30 มีความมั่นใจมาก รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ปรับมาจากแบบสอบถามพฤติกรรม

การเลิกสูบบุหรี่ของ ทิพย์นภา จันทร์สว่าง¹⁴ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า ให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน การแปลค่า คะแนน 0-18 ปฏิบัติไม่ได้เลยทุกครั้ง 19-23 ปฏิบัติได้บางครั้ง 24-30 ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ รวมจำนวน 9 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ โปรแชสกาและไดคลีเมนเต้¹⁵ เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามแนวคิดโคเฮนและอ็อพฮอฟท์¹⁶ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนตัดสินใจ (decision making) ในระยะก่อนเลิกและระยะเลิกบุหรี่ มีส่วนร่วมปฏิบัติ (implementation) ช่วยเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดูแลช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ทุกวันพุธ และวันศุกร์ ลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มคือผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่และครอบครัว ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ความหวังและพลังใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจต่อกันของสมาชิกกลุ่ม กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 2 แรงจูงใจ ให้สมาชิกกลุ่มบอกโทษพิษภัยของบุหรี่ สำรวจผลกระทบจาก

การสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นภายในและภายนอก และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 3 ชั่งน้ำหนักก่อนตัดสินใจสำรวจความคิดเห็นและความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สำนึกใจ สิ่งยึดเหนี่ยวและแรงบันดาลใจในการเลิกสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 4 ก้าวต่อไป ให้กำหนดเป้าหมาย วางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ บอกความรู้สึกที่อยากจะเปลี่ยนแปลงตนเองและแรงบันดาลใจในการเลิกสูบบุหรี่ บันทึกพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่แต่ละวัน

กิจกรรมครั้งที่ 5 รู้เท่าทัน ประเมินอารมณ์และความเครียด ผึกทักษะรู้เท่าทันกับอารมณ์และความเครียดของตัว และ ผึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

กิจกรรมครั้งที่ 6 สายสัมพันธ์ครอบครัว เรียนรู้ทักษะบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหา การควบคุมพฤติกรรม ผึกทักษะการตอบสนองทางอารมณ์และการสื่อสารด้วยความห่วงใยและผูกพัน ให้ความรู้เรื่องอาการ พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ซ้ำและวิธีสังเกตพฤติกรรมและวิธีการช่วยเหลือป้องกัน การสูบบุหรี่ซ้ำ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้เท่ากับ .96, .93 และ .91 ตามลำดับและ นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .88 โดยแยกเป็น แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเท่ากับ .87, .89 และ .88 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองที่ NPHO 2020-003 รหัสโครงการที่ 29/2562 วันที่รับรอง 23 มกราคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหาร และหัวหน้าหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติด ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยของหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติดตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นติดต่อกับตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย เรื่องการใช้แบบสอบถาม การทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกิจกรรมให้เข้าใจวิธีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน หลังจากนั้นเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถาม แล้วเริ่มการทดลองโดยผู้วิจัย ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 กลุ่มทดลอง เชิญตัวอย่างไปยังห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด อยู่ภายในหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติดที่เป็นสัดส่วน ให้ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้เวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองในตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยแบบประเมินสภาวะการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและ เดือนที่ 1, 3 และ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายเท่ากัน (ร้อยละ 93.33) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 36.67 และ 33.33) สถานภาพสมรส โสดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.33 และ 56.67) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ประถมศึกษา (ร้อยละ 53.33 และ 50.00) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 0-5 ปี (ร้อยละ 66.66 และ 63.33) ปัจจุบันสูบบุหรี่เฉลี่ย 11-20 มวนต่อวันเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.67 และ 56.67) ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ 5-6 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 26.67) สาเหตุของการสูบบุหรี่ เพื่อคลายเครียดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.00 และ 46.66) ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่กัน (ร้อยละ

66.67) ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 53.33 และ 63.33) ความกลัวและวิตกกังวลต่ออาการข้างเคียงของการเลิกบุหรี่ เรื่องอารมณ์หงุดหงิดมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 76.66) และบุคคลในครอบครัวที่ไวใจและคิดว่า จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุดคือ บิดา มารดา (ร้อยละ 50.00 และ 63.33)

ข้อมูลด้านเพศทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทดสอบด้วย Chi-Square test = .000 และด้าน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต อาการทางจิตและการตัดสินใจ ไม่แตกต่างกัน ทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov normal test = .024

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.1 ระดับค่าคะแนนการตัดสินใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=6.67, 4.63$; $SD=1.18, 2.34$ ตามลำดับ $t = 6.15, p<.05$)

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=13.73, 20.30$; $SD=3.77, 6.80$ ตามลำดับ $t = -6.466, p<.05$)

2.3 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=12.07, 17.80$; $SD=2.69, 6.00$ ตามลำดับ $t = -5.863, p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n=30)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	M	SD	df	t	p
ด้านระดับคะแนนการติดนิโคติน					
ก่อนการทดลอง	6.67	1.18	29	6.154	.001*
หลังการทดลอง	4.63	2.34			
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนการทดลอง	13.73	3.77	29	-6.466	.001*
หลังการทดลอง	20.30	6.80			
ด้านพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่					
ก่อนการทดลอง	12.07	2.69	29	-5.863	.001*
หลังการทดลอง	17.80	6.00			

*p<.001

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.1 ระดับค่าคะแนนการติดนิโคตินหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=4.63, 6.83$; $SD=2.34, 1.28$ ตามลำดับ $t=-4.717, p<.05$)

3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=20.30, 18.00$; $SD=6.80, 4.33$ ตามลำดับ $t=1.56, p=0.124$)

3.3 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=13.26, 12.83$; $SD=3.41, 3.39$ ตามลำดับ $t=0.49, p=0.624$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลอง (N=30) และกลุ่มควบคุม (N=30)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	M	SD	df	t	p
ด้านระดับคะแนนการติดนิโคติน					
กลุ่มทดลอง	4.63	2.34	58	-4.717	.001*
กลุ่มควบคุม	6.83	1.28			
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง					
กลุ่มทดลอง	20.30	6.80	58	1.56	0.124
กลุ่มควบคุม	18.00	4.33			
ด้านพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่					
กลุ่มทดลอง	13.26	3.41	58	0.49	0.624
กลุ่มควบคุม	12.83	3.39			

*p<.001

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลองมีระดับการติดนิโคตินลดลง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลอง อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจ เสริมแรงจูงใจต่อเนื่องทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งคอยสำรวจตนเองได้ว่ามีตัวกระตุ้นใดบ้างที่เข้ามาทำให้ความรู้สึกอ่อนไหวที่จะไปสูบบุหรี่และบริหารจัดการตัวกระตุ้นนั้นได้ ยิ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นและรับรู้ตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับการศึกษานี้ โดยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ตามแนวคิดของแบนดูรา ได้แก่ การใช้ตัวแบบ (Modeling) การพูดให้กำลังใจจากครอบครัวให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ลงบันทึกพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองในแต่ละวัน และ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรณี ปานเทวัญ¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ดังที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมความหวังและพลังใจในโปรแกรมทดลองนี้ เป็นกิจกรรมสร้างพลังใจ กำหนดเป้าหมายไปสู่ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการสร้างพลังใจที่จะเอาชนะอุปสรรค รวมทั้งกิจกรรมรู้เท่าทันที่ฝึกทักษะรู้อารมณ์ ความเครียดและการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยะหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับค่าคะแนนการติดนิโคตินลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าในช่วงของการที่ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติการเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่นั้น ต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งต้องอาศัยการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสูง เพราะความเคยชินจากการได้รับสารนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลต่อสารสื่อประสาท ที่ออกฤทธิ์กระตุ้น brain reward pathway โดยจับกับ nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วน nucleus accumbens (shell region) และ prefrontal cortex ส่งผลให้เกิดความรู้สึก มีความสุข ความพึงพอใจ ความสบายใจ ความเพลิดเพลิน เกิดความตื่นตัว ช่วยลด

ความเครียด ความวิตกกังวล ความกดดัน⁹ ซึ่งส่งผลต่อการติดบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะที่ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่จึงทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่ายขึ้น โดยตามปกติทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม⁶ ขาดการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม และขาดแรงจูงใจในการพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้น้อย¹⁸ การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกต ประเมินอารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงของการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ครอบครัวได้ดูแลช่วยเหลือเหมาะสมกับสถานการณ์ ตามแนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ โคเฮนและอัฟฮอฟท์¹⁶ ผู้วิจัยนำกิจกรรมรู้เท่าทัน โดยให้ผู้ป่วยประเมินอารมณ์และความเครียดของตัวเองก่อนไปมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ซ้ำ ครอบครัวช่วยกระตุ้นให้ใช้วิธีต่างๆในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งกิจกรรมสายสัมพันธ์ครอบครัว ครอบครัวได้เรียนรู้และนำทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหา ทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ โดยเรียนรู้อารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทและสื่อสารด้วยความรักความผูกพันทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เกิดความภาคภูมิใจและพลังใจในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะไม่ไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่นเดียวกับ เตือนทิพย์ เขษมโอภาส และพิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ¹⁹ ที่ศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ พบว่า สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยและมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินลดลง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกๆระยะของกิจกรรมอาจเกิดความเครียด เหนื่อยล้า (burn out) ได้ ควรมีการผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหามากขึ้น

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้น หากในครอบครัวนั้นมีสมาชิกคนอื่นสูบบุหรี่อยู่ จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกอยากบุหรี่ยวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

การวิจัยนี้ได้ต่อยอดองค์ความรู้เดิม คือผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมส่งผลให้มีความพร่องด้านการตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม จากการวิจัยนี้ได้แนวคิดว่า การที่ผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้นั้นขึ้นกับครอบครัวเป็นผู้ที่ต้องคอยกำกับ ดูแลช่วยเหลือทุกระยะ จึงเน้นหนักบทบาทหน้าที่ของครอบครัวด้านการให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ลดและเลิกมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

พยาบาลจิตเวชของหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ควร

พิจารณารูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปปรับใช้ โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมคือ ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมที่สามารถให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสมควรเป็นกลุ่มละ 8-10 คน และควรสอดแทรกกิจกรรมผ่อนคลายระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 10 นาที ก่อนเริ่มดำเนินกลุ่ม

2. การศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลภายหลังการทดลองในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม

2.2 ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและประยุกต์ใช้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1. National Statistical office. The smoking and drinking behavior survey 2017. Bangkok: Pimdeekarpim; 2018. (in Thai).
2. Thipphayangsarit S, Pankrajang P. Tobacco consumption statistics report in Thailand 2018. Bangkok: Charoendee Munkong Printing; 2018. (in Thai).
3. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, 2nd ed. World health

organization; 2018. [internet]. 2021 [cited 2021 Apr 28]; Available from: <https://www.who.int/tobacco/publications/>.

4. Marthers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Plos Med. 2006;3(11): e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.
5. Sittirak N. Siriraj Psychiatry DSM-5. 3rd edition. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Mahidol University. Bangkok: prayoonsanthai; 2016. (in Thai).
6. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi's essential psychiatry 4th edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015. (in Thai).
7. Yootin K, Udomittipong D, Kaewyot K. Prevalence and associated factors with missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2018;12(2):27-36. (in Thai).
8. Satra T, Wannasewok K, Atsariyasing w, Luisirojanakul J. Prevalence of nicotine dependence in schizophrenic patients, Siriraj Hospital, Bangkok. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2017; 62(4):289-98. (in Thai).
9. Graipaspong N. Nicotine dependence and psychiatric symptoms in schizophrenic patients. Journal of Mental Health of Thailand. 2019;27(3):171-82. (in Thai).
10. Chusrichat C. Contributing factors on cigarette smoking behavior and guideline for cigarette smoker reduction: A case

- study from the convenience store 7-eleven in Bangkok and its vicinity. [Dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2018. (in Thai).
11. Department of Mental Health and Drug Treatment in Ongkharak Hospital, Nakhon Nayok Province. Registration of patients with schizophrenia for the year 2019. [Unpublished document]; 2019. (in Thai).
12. Healtherton 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. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
13. Srichanla E. The effect of self-efficacy promoting program on smoking cessation behavior of schizophrenic patients. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
14. Chansawang T. effect of self-efficacy promoting combined with reflexology program on smoking cessation behaviors of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2017;34(1):118-33. (in Thai).
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5. doi: 10.1037//0022-006x.51.3.390.
16. Cohen JM, Uphoff NT, Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Dev.* 1980;8(3): 213-35. doi: 10.1016/0305-750X(80)90011-X.
17. Pantaewan P. Self-efficacy theory and smoking cessation. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18(3):35-43. (in Thai).
18. Williams J, Foulds J. Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2007;164(2):222-7. doi: 10.1176/ajp.2007.164.2.22.
19. Khasemophas D, Rojanaprasert P. Effects of family participation model for smoking cessation in Thai family. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2015; 26(2):81-93. (in Thai).

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย

ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ* นรินทร์า ไชยพาน** สุจิตรา บุญกล้า** จักรกฤษณ์ พลราชม***

บทคัดย่อ

บทนำ : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเนื่องจากเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่จะทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2563

วิธีการวิจัย : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 5,202 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งมีความเที่ยงเท่ากับ .85 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ประชาชนไทยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในส่วนของการได้ถามที่มีระดับความรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมาก ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการได้ถามจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรกเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภัยสุขภาพ

*วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

**กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

***คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, E-mail: ponrachom@hotmail.com

Health literacy and disease and hazard prevention behaviors of Thai people

Prawech Chumkesornkulkit* Niranta Chaiyaparn** Sujittra Boonkla** Chakkrit Ponrachom***

Abstract

Background: The Disease Control Department of the Ministry of Public Health has prioritized health literacy as a cognitive and social skill that enables people to develop behaviors to avoid diseases and health hazard.

Objectives: To investigate the level of health literacy, disease and health hazard prevention behaviors, and the relationship between health literacy and disease and health hazard prevention behaviors of the Thai population in 2020.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 5,202 Thai people aged 18 years and older using a multi-stage random sampling technique. The research instruments consisted of a health literacy questionnaire, and a disease and health hazard prevention behavior questionnaire. The reliability coefficients of the two questionnaires were .85 and .85, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson's correlation coefficient.

Results: Most Thais people had a moderate level of overall health literacy and a good level of overall disease and health hazard prevention behaviors. Health literacy was positively correlated with disease and health hazard prevention behaviors at a moderate level with statistical significance at the .05 level.

Conclusions: The overall health literacy of the majority of the Thai population remained at a moderate level. In particular, health literacy was abundant in the area of questioning skills with a low level of literacy. Therefore, it is important to prioritize the development of questioning skills for raising the level of health literacy which will lead to an improvement of disease and health hazard prevention behaviors.

Keywords: diseases prevention behavior, health literacy, health hazard

*College of Industrial Technology, King Mongkut's University Technology North Bangkok

**Department of Diseases Control, Ministry of Public Health

***Faculty of Education, Kasetsart University, E-mail: ponrachom@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาวะโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย เท่ากับ 14.9 ล้านปี คำนวณเป็นความสูญเสีย เท่ากับ 2.4 ล้านล้านบาท โดยมีสาเหตุหลักจาก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอุบัติเหตุ อีกทั้งในปัจจุบัน คนวัยทำงานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และพบในคนอายุน้อยลงเป็นลำดับ โดยสัดส่วนการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเกินร้อยละ 50² หน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจหลักสำคัญเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเพื่อช่วยลดปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชาชนไทย ตามมาตรฐานสากล คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข³ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้เกิดสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพต่างๆ โดยในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมานั้น กรมควบคุมโรค กำหนดจุดเน้นในการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยไว้ทั้งหมด 5 ประเด็น ได้แก่ 1) โรคไข้เลือดออก 2) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 4) ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และ 5) โรคโควิด-19⁴ ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้นเป็นโรคและภัยสุขภาพที่ประชาชนสามารถควบคุมและป้องกันได้ กรมควบคุมโรคจึงมุ่งเน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ตามช่องทาง

ต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะด้านการรู้คิดและทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น⁵ ความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ใช่แค่เพียงความรู้ แต่เป็นทักษะทางปัญญาที่สามารถเพิ่มพูนผ่านการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ คือ การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึง คือสามารถค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล ข่าวสารความรู้ให้ตรงกับความต้องการและบอกได้ว่าข้อมูลสุขภาพมีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด 2) ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ คือสามารถหาวิธีจดจำ และวิธีการสร้างความเข้าใจข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง 3) ทักษะการไต่ถาม คือสามารถจัดเตรียมคำถาม ใช้คำถามและตอบคำถามในการสื่อสารเจรจาเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน 4) ทักษะการตัดสินใจ คือสามารถระบุปัญหา ประเมิน กำหนดทางเลือก และการแสดงจุดยืนต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ 5) ทักษะการปรับใช้ คือสามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติตัวโดยมีวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองอย่างเหมาะสม⁶ กรมควบคุมโรค จึงพยายามใช้ช่องทางในการสื่อสารที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารมวลชน การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ การใช้สื่อบุคคล ผ่านกระบวนการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับเขต

สุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

การทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับการป้องกันหรือการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย⁷⁻¹⁰ ดังนั้นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในประชาชนไทยที่กรมควบคุมโรคให้ความสำคัญ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เฉพาะเจาะจงเพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งนำไปสู่การออกแบบแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2563
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ตัวอย่าง คือ ประชาชนไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยการแบ่งคำนวณตามพื้นที่การจัดแบ่งเขตการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค จำนวน 13 เขต จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan¹¹ ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ทำให้ได้ตัวอย่างเขตละ 384 คน และเพิ่มค่าประมาณการปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 5 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเขตละ 400 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ จำนวน 5,200 คน การเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster random sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนเขตสุขภาพ เขตละ 2 จังหวัด (สปกม. 1 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร) รวม 25 จังหวัด ขั้นที่ 2 สุ่มอำเภอหรือเขต เพื่อเป็นตัวแทนอำเภอ จังหวัดละ 2 อำเภอ (สปกม. จำนวน 3 เขต) รวม 51 อำเภอ/เขต ขั้นที่ 3 สุ่มตำบลหรือแขวง เพื่อเป็นตัวแทนของตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขตฯ ละ 2 ตำบลหรือแขวง รวม 102 ตำบล/แขวง และขั้นที่ 4 เลือกตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental selection) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกำหนดสถานที่ที่จะเข้าถึงตัวอย่างประกอบด้วย 1) สถานศึกษา 2) ส่วนราชการ 3) ห้างสรรพสินค้า 4) ตลาด 5) อาคารสำนักงาน 6) สถานีขนส่ง 7) โรงพยาบาล 8) สวนสาธารณะ 9) วัด และ 10) ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้สถานที่ที่จะเข้าถึงตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 5 ใน 10 สถานที่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 5,202 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลักและภูมิภาค ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁶ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ทักษะการเข้าถึง 2) ทักษะการสร้างการเข้าใจ 3) ทักษะการไต่ถาม 4) ทักษะการตัดสินใจ และ 5) ทักษะการปรับใช้ มีมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ สร้างจากประเด็นที่เป็นจุดเน้นการสื่อสารความเสี่ยงและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2563⁴ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) โรคไข้เลือดออก 2) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 4) ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และ 5) โรคฉี่หนู มีมาตรวัด 6 ระดับ ได้แก่ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย และไม่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยทางด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน จำนวนอย่างละ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญทางด้านการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ 1 คน ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาตามข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และ ภัย สุข ภาพ ได้ค่า Item-Objective Congruence Index (IOC Index) อยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ทุกข้อคำถาม

การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่าง จำนวน 60 คน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และ .85 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ใบรับรอง Kucsc.HE-62-004 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 30 คน ได้ลงเก็บรวบรวมข้อมูลตามสถานที่กำหนดไว้ ตัวอย่างที่สามารถอ่านออกเขียนได้ดี ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับตัวอย่างที่มีปัญหาด้านสายตาและไม่สะดวกอ่านเองจะให้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยอธิบายเรื่องการใช้แบบสอบถาม และเทคนิคการสัมภาษณ์ตัวอย่างก่อนลงเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ และแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3

ระดับ ได้แก่ ดี พอใช้ และปรับปรุง และทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และแปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ¹² โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้ 0.00 – 0.39 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 0.40 – 0.69 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และ 0.70 – 1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างประชาชนไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.62) มีอายุอยู่ในช่วง 46 – 60 ปี (ร้อยละ 29.24) โดยมีอายุเฉลี่ย 44.80 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.71) การศึกษาสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 36.74) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี (ร้อยละ 27.61 และ 15.24 ตามลำดับ) อาชีพหลักสูงสุด 3 อันดับแรก

คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 42.75) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป และค้าขาย (ร้อยละ 18.39 และ 10.32 ตามลำดับ) สำหรับภูมิภาคของตัวอย่างเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 30.78) รองลงมาคือภาคกลางและภาคเหนือ (ร้อยละ 23.08) ภาคใต้ (ร้อยละ 15.33) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 7.73)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวอย่างประชาชนไทยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 57.80 (SD = 5.12) โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.24) รองลงมาคือระดับสูงและต่ำ (ร้อยละ 35.01 และ 0.75 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุดคือ ทักษะการปรับใช้ (ร้อยละ 87.47) ทักษะการเข้าถึง (ร้อยละ 82.24) และทักษะการตัดสินใจ (ร้อยละ 78.57) สำหรับด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือทักษะการไต่ถาม (ร้อยละ 2.94) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความรู้ด้านสุขภาพ (n = 5,202)

ความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	M±SD	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ					
			สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึง	15	12.50±1.75	4,278	82.24	818	15.72	106	2.04
ทักษะการสร้างการเข้าใจ	15	11.29±1.59	2,180	41.91	2,903	55.81	119	2.29
ทักษะการไต่ถาม	15	8.95±1.41	153	2.94	2,973	57.15	2,076	39.91
ทักษะการตัดสินใจ	15	12.27±1.68	4,087	78.57	1,007	19.36	108	2.08
ทักษะการปรับใช้	15	12.79±1.64	4,550	87.47	623	11.98	29	0.56
โดยรวม	75	57.80±5.12	1,821	35.01	3,342	64.24	39	0.75

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ตัวอย่างประชาชนไทยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

เท่ากับ 101.01 (SD = 16.73) โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 48.14) รองลงมาอยู่ระดับพอใช้และปรับปรุง (ร้อยละ 42.46 และ

9.40 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในรายประเด็นพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในระดับดีมากที่สุด (ร้อยละ 84.45) ส่วน

ประเด็นการป้องกันปัญหาฝุ่น PM 2.5 อยู่ในระดับดีน้อยที่สุด (ร้อยละ 38.47) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ (n = 5,202)

พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	คะแนนเต็ม	M±SD	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ					
			ดี		พอใช้		ปรับปรุง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก	25	22.21±2.91	4,393	84.45	725	13.94	84	1.61
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ	25	19.59±4.39	2,995	57.57	1,489	28.62	718	13.80
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	30	22.62±5.38	2,527	48.58	1,845	35.47	830	15.96
ปัญหาฝุ่น PM2.5	25	17.18±5.39	2,001	38.47	1,846	35.49	1,355	26.05
โรคฉี่หนู	25	19.41±3.39	2,836	54.52	1,803	34.66	563	10.82
โดยรวม	130	101.01±16.73	2,504	48.14	2,209	42.46	489	9.40

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .422, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะการเข้าถึง

ทักษะการสร้างการเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปรับใช้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .352, .253, .319$ และ $373, p < .05$) ยกเว้นทักษะการไต่ถามที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	
	r	p
ทักษะการเข้าถึง	.352*	.000
ทักษะการสร้างการเข้าใจ	.253*	.000
ทักษะการไต่ถาม	-.002	.859
ทักษะการตัดสินใจ	.319*	.000
ทักษะการปรับใช้	.373*	.000
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.422*	.000

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ จึงขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าในภาพรวม ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลางมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับสูงและต่ำ เมื่อพิจารณาในรายประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนไทยมีทักษะการปรับใช้ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะการสร้างการเข้าใจ และทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับปานกลาง ข้อค้นพบครั้งนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2562¹³ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 19.09 เท่านั้นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าประชาชนไทยมีทักษะการสร้างการเข้าใจและทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิลม โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม¹³ ที่พบว่า ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะการไต่ถาม สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทักษะ ซึ่งทักษะการไต่ถามต้องอาศัยทักษะหลายอย่าง ได้แก่ การวางแผนการใช้คำถาม การตั้งคำถาม การใช้คำถาม และการประเมินคำถาม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าทักษะการไต่ถามที่เป็นทักษะที่จำเป็นต่อพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากทักษะการไต่ถามถือเป็นจุดอ่อนสำคัญของการ

สร้างการเรียนรู้ที่ดีให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในบริบทของสังคมไทย¹⁴ ขณะที่ทักษะการเข้าถึง ทักษะการตัดสินใจและทักษะการปรับใช้ เป็นทักษะที่อาศัยกระบวนการภายในของบุคคลมากกว่า ประกอบกับทั้งลักษณะของประชาชนไทยที่เน้นการรับข้อมูลข่าวสารทางเดียวมากกว่าการไต่ถาม ชักถาม ประชาชนไทยจึงมีทักษะการสร้างการเข้าใจและทักษะการไต่ถามน้อยกว่าทักษะอื่นๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่พบว่า ประชาชนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ และมีระดับปรับปรุงเพียงร้อยละ 9.40 สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ¹⁵ ที่ทำการศึกษาระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพในประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2562 ที่พบว่าประชาชนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เหตุผลที่ประชาชนไทยมีพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้จากการที่กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่มีการใช้รูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีการใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงรุก เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคล อันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้ประชาชนไทยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้องและทันเวลา นอกจากนี้ กรมควบคุมโรคยังมีการใช้ช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงทางด้านสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต

เพื่อให้ประชาชนในกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นและวัยทำงานในสังคมเมืองซึ่งเน้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนโดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตเป็นหลักควบคู่ไปด้วย ในขณะที่เดียวกันกรมควบคุมโรคยังได้มีการดำเนินการประเมินระดับความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยในทุกปี ทำให้ได้ข้อมูลป้อนกลับมาปรับปรุงประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาในรายประเด็น พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลและเกลือ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันปัญหาฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับพอใช้ การที่พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่ารูปแบบการปฏิบัติที่สำคัญของพฤติกรรมมีความเกี่ยวพันถึงความชอบและความคุ้นชินของบุคคล ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยากกว่าพฤติกรรมอื่นๆ ส่วนในประเด็นพฤติกรรมการป้องกันปัญหาฝุ่น PM2.5 สาเหตุที่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับพอใช้นั้นเนื่องจากปัญหาฝุ่น PM2.5 เป็นปัญหาใหม่ของสังคมไทย ทำให้ประชาชนยังไม่เกิดความคุ้นชินในการปฏิบัติ อีกทั้งการป้องกันและการตรวจสอบค่าปริมาณฝุ่นจะต้องทำผ่านเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชัน ซึ่งประชาชนบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงสื่อในลักษณะนี้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ทักษะการปรับใช้ซึ่งหมายถึงการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติตัว โดยมีวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองอย่างเหมาะสม มีระดับความสัมพันธ์สูงที่สุด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งไทยและต่างประเทศหลายเรื่อง ที่พบว่า หากมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีตามขึ้นไปด้วย^{7-10,13-14} อันเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นทักษะต่างๆ ทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น¹⁶ ดังนั้นหากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นทักษะของบุคคลแล้วนั้น จะเป็นแรงขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาได้ จึงเป็นเหตุผลให้หน่วยงานสาธารณสุขโดยเฉพาะกรมควบคุมโรค ใช้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยสามารถบูรณาการความร่วมมือทั้งในเครือข่ายระดับชาติ และระดับพื้นที่เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ด้วยการสร้างกฎระเบียบและข้อตกลง สิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกและบริการ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและการปลูกฝังสังคมให้ตื่นตัว เพื่อขับเคลื่อนประเด็นปัญหาโรคและภัยสุขภาพให้แก่ชุมชนและสังคม ที่ดำเนินการร่วมกับกระบวนการสุขศึกษา เพื่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถของบุคคล ด้วยการสร้างความตระหนักรู้ ให้การศึกษาและการเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจ ฝึกทักษะที่จำเป็น⁶ แต่

สำหรับทักษะการไต่ถามที่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั้น อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะของวัฒนธรรมไทย ที่ให้ความสำคัญกับการเคารพผู้ใหญ่ การเกรงใจ และเน้นการรับข้อมูลทางเดียวมากกว่า การสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งทักษะการไต่ถามนั้นเป็นทักษะที่จะประกอบไปด้วยทักษะย่อยๆ จำนวนมาก เช่น การวางแผนการใช้คำถาม การจัดเตรียมคำถาม หาวิธีการใช้คำถาม และการประเมินคำถาม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ เลือกที่จะเป็นผู้รับสารเพียงอย่างเดียว ยิ่งไปกว่านั้นการตั้งคำถามเกี่ยวกับประเด็นทางด้านสุขภาพ มักจะเป็นประเด็นที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้มีความรู้หรือผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล ซึ่งคนไทยมองว่าบุคคลดังกล่าวคือ ผู้ที่มีสถานะสูงกว่า จึงไม่ควรจะไปซักถาม ดังนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรปรับกลยุทธ์ในการสื่อสาร โดยมีงานวิจัยพบว่าการสื่อสารแบบเป็นกันเองและไม่เร่งรีบ จะทำให้การสื่อสารด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁷ นอกจากนี้การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะความสัมพันธ์ดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง และทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคและภัยสุขภาพทางบวกในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างการเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปรับใช้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพทางบวกในระดับต่ำ แต่ทักษะการไต่ถามไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

กรมควบคุมโรคนำข้อค้นพบไปใช้ในการปรับแผนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนโดยปรับเป้าหมายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้อยู่ในระดับสูงขึ้นไป กำหนดให้การพัฒนาทักษะการไต่ถามเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องยกระดับการพัฒนาให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. การศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยการพัฒนาโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model; SEM) เพื่อใช้เป็นโมเดลสำหรับการพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณ ตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

References

1. National Health Development Plan Administration Committee, Ministry of Public Health. The 12th National Health Development Plan 2017–2021. Bangkok: WVO officer of Printing Mill Press, The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King; 2016. (in Thai).
2. Rojanapithayakorn W. Situation and trend of health in Thailand year 2018-2020. Journal of Health Science. 2019;28(2): 185-6. (in Thai).
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Strategic plan DDC 2013. Nonthaburi: Planning Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Summary of selection results in risk communication for ordinary people in 2020. Nonthaburi: Bureau Risk Communication and Health Behavior, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).
5. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: Division of health promotion, education and communications. Health education and health promotion unit, World Health Organization; 1998.
6. Kaeodumkoeng K. Health literacy: functional interactive critical. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public; 2019. (in Thai).
7. Roma W, Tanasugarn C, Tipayamongkhogul M, Aimyong N, Neelapaichit N, Kloyiam S, et al. Report of health literacy survey of Thai people aged 15 and over 2017 (Phase 1). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2018. (in Thai).
8. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007;167(14): 1503-9. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
9. Tipwong A, Numpol J. The association between health literacy related to obesity and health behavior: eating and exercise in overnutritional children. Journal of Public Health Nursing. 2014;28(2):1-11. (in Thai).
10. Rittideah D, Pattama Polyong C, Kongsombatsuk M. Personal factors and occupational health literacy affecting health promoting behaviors of employees in Map Ta Phut industrial estate, Rayong Province. Journal of Health Science Research. 2021;15(2):13-24. (in Thai).
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
12. Kannasoot P. Statistics for behavioral science research. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999. (in Thai).
13. Roma W, Kloyiam S, et al. Thai health literacy survey (THL-S) of Thai aged 15 years and above 2019. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2019. (in Thai).

14. Kaeodumkoeng K, Junhasobhage J. A development and testing of health literacy on disease prevention and control assessment form for public health officers. *Romphruek Journal Krirk University*. 2021;39(2):193-220. (in Thai).
15. Pawan V, Chumkesornkulkit P, Ponrachom C, Sriboonthip N, Boonkla S. Evaluation of perception of information in disease and health hazard, prevention and control of behaviors of disease and image of department of disease control of Thai B.E. 2019. Bangkok: Agricultural Cooperative Printing Demonstrations of Thai; 2019. (in Thai).
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Heath Promot. Int.* 2000;15(3):259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
17. Chiangkhong A, Duangchan P, Intarakamhang U. Health literacy in diabetic adult: experience of diabetic patient and perspective on health literacy. *Kuakarun Journal of Nursing* 2017;24(2):162-78. (in Thai).
18. Kaeodumkoeng K. K-shape 5 skills to improve health literacy. *Journal of The Health Education Professional Association*. 2020;35(2):22-6. (in Thai).

ปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง อย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์* ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์** กมลนัทร ม่วงยิ้ม*** เดชา วรรณพาลุล***

บทคัดย่อ

บทนำ : การกำกับตนเองให้รับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้การให้บริการด้านสุขภาพถูกจำกัด การศึกษาปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยาการรักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเองเพื่อวางแผนการให้สุขศึกษาด้านการใช้ยากับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาและตรวจสอบความสอดคล้องของปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยาการรักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

วิธีการวิจัย : ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งหมดในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และได้รับยาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 147 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และดัชนีชี้วัดความสอดคล้องของปัจจัยเชิงโครงสร้าง

ผลการวิจัย : จากการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลปัจจัยเชิงโครงสร้าง พบว่า $\chi^2 = 70.53$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .145$ ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df) = 1.195 ค่า comparative fit index (CFI), goodness of fit index (GFI) และ root mean square error of approximation value (RMSEA) = 0.958, 0.936 และ 0.036 ตามลำดับ

สรุปผล : ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำกับตนเองให้รับประทานยาการรักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ความรู้ในการตรวจสอบลักษณะของยาและการเก็บรักษายาอย่างถูกต้อง และทัศนคติในการเลือกซื้อยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมรับประทานเอง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ยา การกำกับตนเองให้รับประทานยา ปัจจัยเชิงโครงสร้าง

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
E-mail: orarat@scphc.ac.th

**วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The structural factors of self-regulating medication adherence among the elderly at Elderly Schools in Chonburi Province

Orarat Wangpradit* Chalalai Chokdeesrijun** Kamolnut Muangyim*** Decha Wannapahul***

Abstract

Background: Self-regulating medication adherence is important, especially among the elderly suffering from non-communicable diseases (NCDs). In the COVID-19 pandemic situation, health services are limited. The study of structural factors of self-regulating medication adherence will, therefore, reveal overall relating factors of self-regulating medication adherence in order to plan for effective education in medication use for the elderly.

Objective: To investigate the concordance of the structural factors of self-regulating medication adherence among the elderly at elderly schools in Chonburi province.

Methods: The sample was composed of 147 elderly people in elderly schools in Ban-Suan Municipality who had been diagnosed with at least one NCD and had been receiving oral medication for at least one year. Data was collected using a questionnaire. The statistics used for data analysis were mean, percentage, and goodness-of-fit index.

Results: The goodness of fit index consisting of chi-square value χ^2 was 70.53 at $p = .145$ and the relative chi-square value (χ^2/df) was 1.195. The comparative fit index (CFI), goodness-of-fit index (GFI), and root mean square error of approximation (RMSEA) were 0.958, 0.936 and 0.036, respectively.

Conclusion: Factors affecting self-regulating medication adherence among the elderly were knowledge and comprehension of NCDs and consequences of medication adherence; knowledge of medication check and proper storage; and attitude towards self-medication for additional medications, herbs and food supplements.

Keywords: medication use behavior, self-regulating medication adherence, structural factors

*Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand,

E-mail: orarat@scphc.ac.th

**Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

***Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ ซึ่งข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนถึง 11,627,130 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด¹ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย และพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการดูแลควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสมจากอดีต โดยพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม โรคอ้วน และโรคเบาหวาน ตามลำดับ²

จากการที่ผู้สูงอายุมักเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว ทำให้ยากที่จะหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้สูงอายุ และมักพบปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้สูงอายุมักมีการใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ไม่ได้ตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยา ซื้อยารับประทานเองจากคำโฆษณาและการบอกต่อ สะสมยาเก่า และเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการขาดระเบียบวินัยในการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่น การลืมรับประทานยา การแบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทานหรือรับประทานยาของผู้อื่น และการปรับขนาดยาด้วยตนเอง⁴ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากอันตรกิริยาระหว่างยาเนื่องจากการใช้ยาหลายขนาน และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา⁵ อันส่งผลต่อความปลอดภัยและสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรับประทานยา

อย่างสม่ำเสมอ คือ ความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการรักษา การเก็บรักษาอย่างเหมาะสม การกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาอย่างเหมาะสม⁶ นอกจากนี้ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษา การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง (Self-regulation)⁷ การกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้การบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกจำกัด เพื่อลดความแออัดของสถานพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี มีพันธกิจในการบริการวิชาการในชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืน โดยชุมชนที่วิทยาลัยมีบทบาทในการร่วมพัฒนา คือ โรงเรียนผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี การส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องในผู้สูงอายุจึงเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการกำกับตนเองให้ใช้ยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการเกิดปัญหาสุขภาพจากโรคที่เป็นอยู่ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหา และนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้เหมาะสม โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในเรื่องของความรู้ ถูกต้องและต่อเนื่องในการรับประทานยา รวมถึง

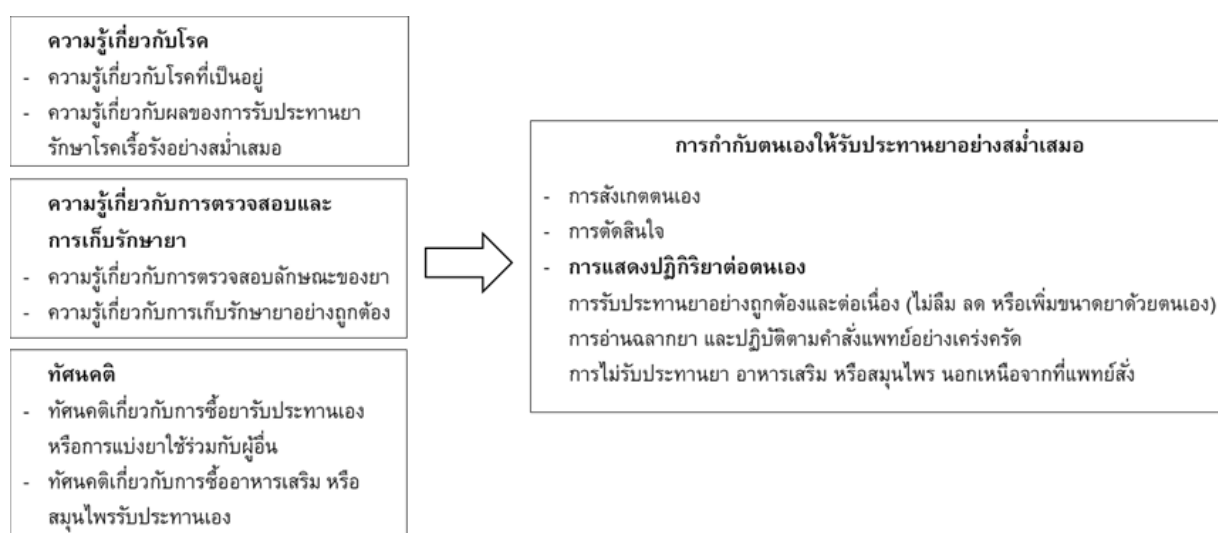
การดูแลตนเองในเรื่องการไ้ยรักษาโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย ตามเป้าหมายและพันธกิจของวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและตรวจสอบความสอดคล้องของปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในงานวิจัยนี้ หมายถึง การควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยความตั้งใจที่จะรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Bandura^๑ โดยมีปัจจัยที่ศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านหนองตะโก โรงเรียนผู้สูงอายุสำนักขีนาฬารังค์ โรงเรียนผู้สูงอายุวัดชมพูแก้ว โรงเรียนผู้สูงอายุวัดอรุณญิกาวาส และศูนย์พัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 310 คน มีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค
- 3) ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 5) สามารถดูแล และช่วยเหลือตนเองได้

6) ไม่เป็นโรคจิตประสาท หรือรับประทานยาโรคจิตประสาท

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1) ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2) ตอบคำถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 147 คน ซึ่งเป็นไปตามหลักการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของ Gorsuch⁹ และ Kline¹⁰ ที่แนะนำให้ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ไม่น้อยกว่า 100 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของพินินันท์ วงศ์สุวรรณ¹¹ กุสุมา กังหลี¹² และ Suwannapong et al.⁶ แล้วพัฒนาข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของประชากรในงานวิจัยนี้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence; IOC) แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหามากกว่า 0.5 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มีข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแลการจัดยา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคประจำตัว และจำนวนยาที่รับประทานอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีจำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ วัดโดยมาตรฐานค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก คือ ไม่เห็นด้วย = 1 เห็นด้วยน้อย = 2 เห็นด้วยปานกลาง = 3 และเห็นด้วยมาก = 4 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เห็นด้วย = 4 เห็นด้วยน้อย = 3 เห็นด้วยปานกลาง = 2 และเห็นด้วยมาก = 1

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการตรวจสอบลักษณะของยาและการเก็บรักษายาอย่างถูกต้อง มีจำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติในการเลือกซื้อยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมรับประทานเอง มีจำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบเดียวกับส่วนที่ 2 และ 3

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ลืม ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง มีจำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ วัดโดยมาตรฐานค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก คือ ไม่เคยปฏิบัติ = 1 ปฏิบัติน้อยครั้ง = 2 ปฏิบัติบางครั้ง = 3 และปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เคยปฏิบัติ = 4 ปฏิบัติน้อยครั้ง = 3 ปฏิบัติบางครั้ง = 2 และปฏิบัติบ่อยครั้ง = 1

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการอ่านฉลากยา และปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดมีจำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบ

เลือกตอบ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบเดียวกับ ส่วนที่ 5

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหารเสริม วิตามิน หรือสมุนไพร นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง มีจำนวน 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบเดียวกับส่วนที่ 5 และ 6

นำข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 2-7 ไปหาค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) =.81

การแปลผลระดับความคิดเห็น และระดับการปฏิบัติของค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบสอบถามแต่ละส่วน มีเกณฑ์ดังนี้¹³

ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง ความคิดเห็นระดับมาก หรือ การปฏิบัติระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง ความคิดเห็นระดับปานกลาง หรือ การปฏิบัติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อย หรือ การปฏิบัติระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง ไม่เห็นด้วยหรือไม่ปฏิบัติ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ได้รับการพิจารณาและอนุมัติตามเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี เลขที่ 2020/T8 ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเทศบาลเมืองบ้านสวนในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงเรียนผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ทั้ง 5 แห่ง

หลังจากนั้นจึงประสานกับเจ้าหน้าที่ของเทศบาลเมืองบ้านสวนเพื่อกำหนดวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสอบถามไปให้ตัวอย่างตอบโดยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการทำแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามผ่านเครื่องขยายเสียงให้ผู้สูงอายุฟัง และให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นเพื่อพิจารณาลักษณะการแจกแจงของตัวแปรโดยใช้โปรแกรม SPSS

2. วิเคราะห์ปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ และทดสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Linear Structural Relation (LISREL) 10.1 วิเคราะห์ค่าสถิติไคสแควร์ ค่าดัชนีสำคัญทางสถิติ ค่าองศาอิสระ และค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Square of Approximation; RMS EA)¹⁴

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.40) อายุ 60-70 ปี (ร้อยละ 63.90) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 49.00) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 81.00) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.60) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.30) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง

1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 36.70) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.90 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 41.50 เบาหวาน ร้อยละ 21.08 โรคข้ออักเสบ/เก๊าต์ ร้อยละ 10.20 และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ ไมเกรน ร้อยละ 6.80 มีระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 36.70) และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาจำนวน 1-2 ชนิด (ร้อยละ 53.10) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลตัวเองในการจัดยาเพื่อรับประทาน (ร้อยละ 95.90)

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำกับตนเองให้รับประทานยาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงสุดคือ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.47 ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือความรู้ในการตรวจสอบลักษณะของยาและการเก็บรักษาอย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ย 3.42 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และลำดับสุดท้ายคือ ทักษะในการเลือกซื้อยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมรับประทานเอง มีค่าเฉลี่ย 3.10 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ข้อความในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับทัศนคติในการเลือกซื้อยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมรับประทานเอง เป็นคำถามเชิงลบ ดังนั้น หากผู้สูงอายุเลือกที่จะไม่ซื้อยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมด้วยตนเอง

โดยปราศจากคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ จะถือว่าผู้สูงอายุสามารถกำกับตัวเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม

ในส่วนของการปฏิบัติตามเกี่ยวกับการกำกับตนเองให้รับประทานยาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงสุด คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ลืม ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.47 ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือการรับประทานยา อาหารเสริม วิตามิน หรือสมุนไพร นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งมีค่าเฉลี่ย 3.12 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และลำดับสุดท้ายคือ การอ่านฉลากยา และปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด มีค่าเฉลี่ย 3.11 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

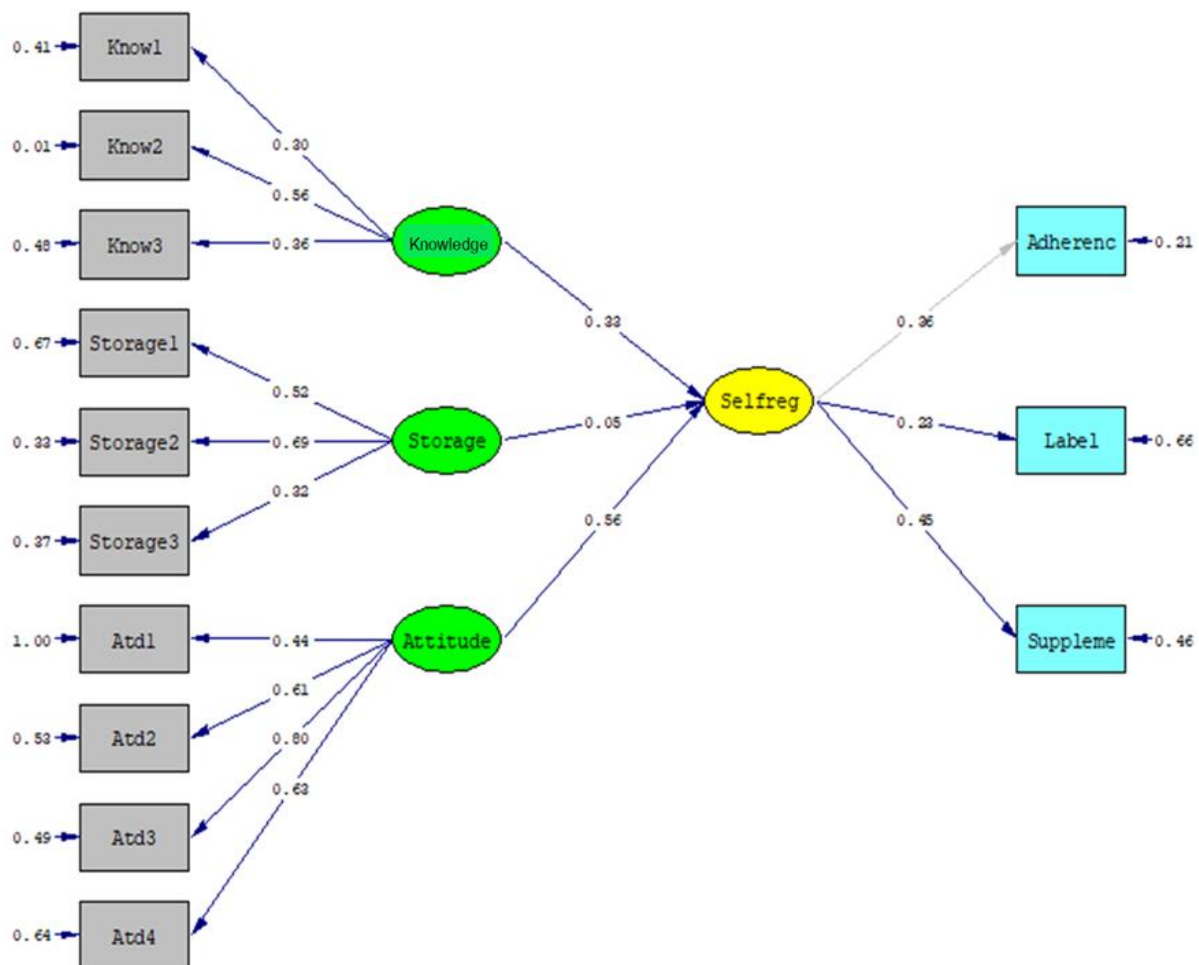
จากการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยัน ปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ พบว่าค่าไคสแควร์ (χ^2) มีค่า 70.53 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.145$ ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df) = 1.195 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (CFI) = 0.958 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) = 0.935 และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองประมาณ (RMSEA) = 0.036 ซึ่งผ่านเกณฑ์ทุกค่า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง
อย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ

รายการ	เกณฑ์	ค่าที่คำนวณได้	ผลการพิจารณา
χ^2	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	70.53	ผ่านเกณฑ์
df	ค่ามากกว่า 1	59	ผ่านเกณฑ์
p	ค่ามากกว่า .05	0.145	ผ่านเกณฑ์
χ^2/df	ค่าน้อยกว่า 2.0	1.195	ผ่านเกณฑ์
CFI	ค่าเข้าใกล้ 1.0	0.958	ผ่านเกณฑ์
GFI	ค่าเข้าใกล้ 1.0	0.936	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	ค่าเข้าใกล้ 0.0	0.036	ผ่านเกณฑ์

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยใช้โมเดลสมการโครงสร้างพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองมากที่สุดคือ ทักษะคิดในการเลือกซื้อยา สมุนไพร หรือ

อาหารเสริมรับประทานเอง รองลงมาคือความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และน้อยที่สุดคือความรู้ในการตรวจสอบลักษณะของยาและการเก็บรักษาอย่างถูกต้อง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดลสมการโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง
อย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

Knowledge = ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

Storage = ความรู้ในการตรวจสอบลักษณะของยาและการเก็บรักษาอย่างถูกต้อง

Attitude = ทศนคติในการเลือกซื้อยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมรับประทานเอง

Selfreg = การกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ

Adherenc = การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ลืม ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง

Label = การอ่านฉลากยา และปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

Suppleme = การรับประทานยา อาหารเสริม วิตามิน หรือสมุนไพรนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยเชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี พบว่าประชากรในโรงเรียนผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเกือบทั้งหมดต้องดูแลสุขภาพและจัดยาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทโยชกิติคุณ³ และงานวิจัยของณัฐวรรณ ชัยมีเขียว และประสพสุขศรีแสนปาง¹⁵ จากผลการวิจัยดังกล่าวทำให้เห็นถึงความสำคัญในการกำกับตนเองเพื่อความปลอดภัยและสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจการกำกับตนเองพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงโครงสร้าง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ทศนคติในการเลือกซื้อยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมรับประทานเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และความรู้ในการตรวจสอบลักษณะของยาและการเก็บรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Roy et al.¹⁶ ที่กล่าวว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (Medical non-adherence) คือการขาดความรู้เรื่องโรคที่เป็น และการขาดความรู้เกี่ยวกับยาและวิธีการรักษาโรค

และงานวิจัยของกฤษฎณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และสาลี สาลีกุล¹⁷ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารยา การตรวจสอบวิธีใช้วันหมดอายุ และการเก็บรักษา ยา อันเนื่องมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับข้อมูลด้านยา รวมถึงการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น และยังพบว่าผู้สูงอายุมักมีการซื้อยารับประทานเองทั้งในกลุ่มยาสมุนไพร อาหารเสริม และยารักษาโรคตามคำบอกเล่าหรือการโฆษณา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้¹⁷

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุวันตรี กุลนิตยและคณะ¹⁸ ที่ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การใช้อาหารเบาหวาน การรับประทานอาหารตามโภชนาการ และรงโภชนาการ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการใช้อาหารเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้อาหาร รวมถึงทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และ

การรู้เท่าทันสื่อ ล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัย
เชิงโครงสร้างการกำกับตนเองให้รับประทานยา
รักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุใน
โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัด
ชลบุรี ที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองมากที่สุด
คือ ทักษะคิดในการเลือกซื้อยา สมุนไพร หรือ
อาหารเสริมรับประทานเอง รองลงมาคือความรู้
ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังและผลของการ
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และน้อยที่สุดคือ
ความรู้ในการตรวจสอบลักษณะของยาและการ
เก็บรักษายาอย่างถูกต้อง ซึ่งปัจจัยเชิงโครงสร้าง
ดังกล่าวสามารถนำมาใช้พัฒนารูปแบบการให้
คำแนะนำ และการสอนสุขศึกษา โดยเฉพาะการ
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรค
การใช้และการเก็บรักษายา ตลอดจนการรู้เท่าทัน
สื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรและอาหารเสริม
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้เหมาะสม
โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกำกับ
ตนเองให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สามารถ
ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย ตาม
พันธกิจของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี ในการบริการวิชาการในชุมชนให้
เข้มแข็งและยั่งยืน

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้ คือ การศึกษานี้ยัง
ไม่สามารถครอบคลุมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ต้อง
ดูแลตนเอง แต่มีปัญหากับความจำ การได้
ยิน หรือการมองเห็น ซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการ
สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อทราบถึง

แนวทางในการแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ
กลุ่มนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปคือ ควรมี
การติดตามผลการกำกับตนเองในการใช้ยาของ
ผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการติดตามผลการรักษาโรค
เรื้อรัง

References

1. Department of Older Persons. Situation of the Thai Elderly. [internet]. 2021 [cited 2021 May 9]; Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/323>. (in Thai).
2. Aekplakorn W. Report of Thai Health Survey by Physical Examination, 5th Edition. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2016. (in Thai).
3. Chaichanawirote U, Vithayachockitikhun N. Medication use behaviors among older Thai adults. Journal of Nursing and Health Science. 2015;9(1):32-46 (in Thai).
4. Wongboonnak P, Wongtrakul P, Mahamongkol H, Neimkhum W. The survey of medicine, food supplement and herbal products used problems among elderly: a case study at the community of Tumbon Srisa Chorakhe Noi, Samut Prakan province. HCU. Journal. 2016; 20(39):97-108 (in Thai).
5. Ruangritchankul S. Polypharmacy in the elderly. Ramathibodi Medical Journal. 2018;41(1):95-104. (in Thai).

6. Suwannapong K, Thanasilp S, Chaiyawat W. Medication adherence in persons with coronary artery disease: A delphi study. *J Health Res.* 2016;30(3):149-54. doi: 10.14456/jhr.2016.21.
7. Gonzalez JS, Tanenbaum ML, Commissariat PV. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *Am Psychol.* 2016;71(7):539-51. doi: 10.1037/a0040388.
8. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1995.
9. Gorsuch RL. Factor analysis. 2nd Edition. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1983.
10. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th Edition. New York: Guilford Press; 2016.
11. Wongsuwan P. Development of instrument for keep taking medicine and motivation in taking medicine among elderly hypertension in community. *Journal of Nursing and Education.* 2017;10(1):90-104. (in Thai).
12. Kanglee K. Factors predicting medication use behaviors of patients with type II diabetes mellitus at Phramongkutklao Hospital. *Journal of the Royal Thai Army Nurses.* 2018;19(2):170-82. (in Thai).
13. Srisaart B. Basics of Research. 7th Edition. Bangkok: Suweeriyasanti; 2011 (in Thai).
14. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In Bollen KA, Long JS. editors. *Testing structural equation models.* Newbury Park, CA: Sage; 1993. p.136-162.
15. Chaimeekhiao N, Srisaenpang P. Medication self-management among older persons with multimorbidity in community. *Journal of Nursing and Health Care.* 2017;35(2): 148-57. (in Thai).
16. Roy NT, Sajith M, Bansode MP. Assessment of factors associated with low adherence to pharmacotherapy in elderly patients. *J Young Pharm.* 2017; 9(2):272-6. doi: 10.5530/jyp.2017.9.53.
17. Tipkanjanaraykha K, Saleekul S. Role of nurses in prevention and management of inappropriate medication use in older adults. *Journal of the Royal Thai Army Nurses.* 2019;20(1):31-9. (in Thai).
18. Kunlanit S, Powwattana A, Thiangthum W. The effects of self-regulation with home health care on fasting blood sugar among patients with uncontrolled diabetes and hypertension. *Journal of Health Science Research.* 2019;13(2):73-82. (in Thai).
19. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

ประสิทธิผลของน้ำมันหอยงูชดมนต่อการปวดเข่า

กนกวรรณ ยุทธวิชัย* วิภาพร เสรีเด่นชัย**

บทคัดย่อ

บทนำ : ตำรับน้ำมันหอยงูชดมนเป็นศาสตร์อายุรเวทอินเดีย โดยแพทย์แผนไทยนำมาประยุกต์ใช้รักษาอาการปวดเข่า

วัตถุประสงค์การวิจัย : ศึกษาประสิทธิผลของตำรับน้ำมันหอยงูชดมนในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า

วิธีการวิจัย : การวิจัยทดลอง ศึกษาในอาสาสมัครปวดเข่าเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี จำนวน 50 คน อายุ 25-55 ปี แบ่ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มรักษาด้วยตำรับน้ำมันหอยงูชดมน เปรียบเทียบกับกลุ่มน้ำมันไฟล วัดระดับความปวดเข่าด้วยแบบวัดระดับความเจ็บปวด (numerical rating scale ร่วมกับ facial scale) ตรวจร่างกายโรคเข่าทางแพทย์แผนไทย และวัดองศาการเคลื่อนไหว (Range of motion) ของเข่า ในท่านอนคว่ำ งอเข่า โดยใช้ Goniometer อาสาสมัครรับการรักษาด้วยน้ำมันปริมาณ 1 มล./ครั้ง นวดรอบเข่า 10 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ บันทึกผลการตรวจร่างกายก่อนและหลังการรักษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และ ไคสแควร์

ผลการวิจัย : การรักษาด้วยตำรับน้ำมันหอยงูชดมนและน้ำมันไฟล สามารถลดระดับความเจ็บปวด เพิ่มองศาเข่าทางอพับเข่าเลข 4 งอพับเข่าแตะหัวกระดูกสะโพก งอเข่าส้นเท้าชิดกัน ลดความโก่งเข่า เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวเข่า การติดของส่ว และเสียงในข้อเข่ามีสัดส่วนลดลง ผลการศึกษาทางคลินิก การนวดด้วยตำรับน้ำมันหอยงูชดมนสามารถลดอาการปวดเข่า และมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับน้ำมันไฟลโดยให้ผลไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล : ตำรับน้ำมันหอยงูชดมนมีประสิทธิผลลดอาการปวดเข่า เป็นทางเลือกในการรักษาอาการปวดเข่า

คำสำคัญ : ปวดเข่า การนวด หอยงูชดมน ตำรับน้ำมันหอยงูชดมน

*นิสิตมหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาการเภสัชภัณฑ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**เภสัชเวท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, E-mail: vipaporn@g.swu.ac.th

Received: June 25, 2020

Revised: December 4, 2021

Accepted: December 15, 2021

The effectiveness of massage oil of YA KAD MON on knee pain

Kanokwan Yutthawichai* Vipaporn Sareedenchai**

Abstract

Background: YA KAD MON oil is an Ayurvedic medicine. Thai traditional medicine uses it to reduce knee pain.

Objective: To investigate the efficacy of massage oil of YA KAD MON on knee pain

Methods: This quasi-experimental study was conducted on patient with knee pain at Na Yai Am Hospital, Chanthaburi. Fifty subjects, 25-55 years old, were randomly divided into two groups. The first group was treated with YA KAD MON oil and compared with the group treated with Plai oil. Pain assessment was done using numerical rating scale with facial scale, physical examination for knee disease in Thai Traditional Medicine. Knee range of motion (ROM) was assessed using a Goniometer. For treatment, 1 ml of oil was massaged on the knees for 10 minutes every week up to 3 weeks. The results of physical examination were recorded to compare the results before and after treatment. The data before and after treatment were analyzed using dependent t-test. Independent t-test, and Chi-Square were used to compare the data between the two groups.

Results: The treatment with YA KAD MON oil and Plai oil can reduce the subjects' pain score, improve the knee motion (sign of four, bending the knee to touch the groin, the heel near the buttocks), reduce the degree of knee deformity, increase the degree of ROM (the knee flexion on the prone position), and reduce the stiffness of the patella and the noise in the knee joint. The results revealed that massages with YA KAD Mon oil relived knee pain and were as effective as massages with Plai oil statistical significance ($p < .05$).

Conclusions: The YA KAD Mon oil can be considered as an alternative herbal medicine to Plai oil for the relief of knee pain.

Keywords: Knee pain, Massage, *Sida cordifolia*, Ya Kad Mon oil

*Master student of the program in Science Pharmaceutical Product Development, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University

**Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, E-mail: vipaporn@g.swu.ac.th

บทนำ

อาการปวดเข่าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ สาเหตุจากข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักตัวมาก ใช้งานมาเป็นเวลานาน หรือเคลื่อนไหวผิดท่า ทำให้มีอาการปวด ข้อติด หรือมีเสียงดังในข้อ ต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก¹ อาการปวดเข่าทางการแพทย์แผนไทย จะเทียบได้กับโรคลมจับโป่ง ซึ่งมี 2 ชนิด คือ จับโป่งแห้งเข่า และจับโป่งน้ำเข่า (เข่าบวมแดงร้อน) มีวิธีการรักษา คือ การนวดรักษา การประคบสมุนไพร² และการรักษาด้วยการนวดน้ำมัน ซึ่งปัจจุบันมีการผลิตน้ำมันสมุนไพรหลายชนิด โดยตำรับที่นำมาศึกษา คือ ตำรับน้ำมันหญ้าขี้ฉื้อเป็นศาสตร์อายุรเวทอินเดีย ซึ่งวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร นำมาใช้บำบัดความผิดปกติเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ พบการรายงานวิจัยการนวดน้ำมันขี้ฉื้อร่วมกับหัตถการอื่นในการรักษาความผิดปกติของกระดูกสันหลัง ในผู้ป่วย 5 ราย พบว่าทั้ง 5 รายมีอาการปวด อาการชา และกล้ามเนื้อยึดเหนี่ยวดีขึ้น³ ตำรับน้ำมันหญ้าขี้ฉื้อของอายุรเวทประกอบด้วยสมุนไพรมากกว่า 20 ชนิด คือ รากสามสิบ หญ้าขี้ฉื้อ จันทน์แดง แก่นสน จันทน์เทศ เถาเอ็นอ่อน โกฐกระดูก ยี่หระ แฝกหอม ว่านน้ำ อังกาบ ผักโขมหิน กวาวเครือ ชะเอมเทศ เทียน ตาตุ๊กแตน อบเชย มะขามป้อม สมอไทย สมอพิเภก น้ำมันงา นมสด⁴ ในงานวิจัยนี้โดยใช้อรรถความรู้ทางแพทย์แผนไทย และวิเคราะห์ตำรับ เพื่อลดชนิดสมุนไพร และเวลาในการผลิต ตำรับน้ำมันหญ้าขี้ฉื้อจึงประกอบด้วยสมุนไพรสำคัญ 5 ชนิด คือ หญ้าขี้ฉื้อ (*Sida cordifolia* L.) เป็นตัวยาหลัก, ใบมะขาม

(*Tamarindus indica* L.) เป็นตัวยารอง เถาเอ็นอ่อน (*Cryptolepis buchanani* Roem. & Schult) เป็นตัวยาหลัก โคคลาน (*Mallotus repandus* (Willd.) Mull. Arg.) เป็นตัวยาหลัก และว่านน้ำ (*Acorus calamus* L.) ตัวยาประกอบ มีการศึกษานำร่องนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปี 2560 เรื่อง น้ำมันขี้ฉื้อนโปมะขาม ร่วมกับการนวดไทย บรรเทาอาการเข่าเสื่อม เป็นตำรับเดียวกันกับงานวิจัยนี้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี ตัวอย่างจำนวน 9 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดระดับความเจ็บปวด แบบบันทึกการตรวจร่างกายทางแพทย์แผนไทย ทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังทำการรักษาโดยการนวดแผนไทย ใช้สูตรโรคลมจับโป่งแห้งเข่า เป็นเวลา 30 นาที หลังจากนั้นนวดน้ำมันขี้ฉื้อนโปมะขาม (ไม่ได้กำหนดปริมาณที่ใช้) โดยอุ่นน้ำมันให้ร้อน แล้วนำไปนวดบริเวณหัวเข่า ต้นขา น่อง ข้างที่มีอาการ เน้นบริเวณจุดปวดสัญญาณเข่าประมาณ 30 นาที แล้วใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบบริเวณที่นวดน้ำมัน เก็บข้อมูล 3 ครั้ง (ระยะห่างวันที่ทำการรักษาไม่เท่ากัน) ผลการศึกษาพบว่า หลังการรักษาระดับความเจ็บปวดของตัวอย่างลดลง ผลการตรวจร่างกายตามโรคลมจับโป่งแห้งเข่าดีขึ้นทุกราย และไม่พบการแพ้ น้ำมันตำรับนี้

สำหรับสมุนไพรในตำรับทั้ง 5 ชนิด พบรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการต้านการอักเสบ และบรรเทาอาการปวด หญ้าขี้ฉื้อ (*S. cordifolia* L.) พบรายงานการศึกษาวิจัยสารสกัดเอทิล อะซิเตท และเมทานอลของหญ้าขี้ฉื้อ สามารถต้านการอักเสบ และลดอาการปวดในสัตว์ทดลอง นอกจากนี้ยังพบรายงานลดการบวมของอุ้งเท้าในหนู โดยมีผลไปยัง

collagenase type II⁵ สารสกัดเมทานอลจากเถาโคคลาน (*M. repandus*) มีรายงานการวิจัยฤทธิ์ลดอาการปวด และการต้านการอักเสบในหนู⁶ โดยสารสำคัญออกฤทธิ์ต้านการอักเสบคือ Berginin และ Allorepine⁷ สารสกัดเมทานอลจากเถาเอ็นอ่อน (*C. buehnanani*) พบรายงานฤทธิ์ต้านการอักเสบโดยไปยับยั้งการสร้าง eicosanoid และระงับอาการปวดในสัตว์ทดลอง⁸ พบสารออกฤทธิ์กลุ่ม Alkaloids และ Cardenolides⁷ สารสกัดด้วยน้ำของใบมะขาม (*T. indica* L.) สามารถลดอาการปวดในสัตว์ทดลอง⁹ 50%เอทานอลเหง้าว่านน้ำ (*A. calamus* L.) สามารถลดการปวดในหนูขาว¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการวิจัยทางคลินิกถึงประสิทธิผลน้ำมันหญาขัฒมอน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของตำรับน้ำมันหญาขัฒมอนในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาอาการปวดเข่าของผู้ป่วย และส่งเสริมการใช้สมุนไพรตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของตำรับน้ำมันหญาขัฒมอนในการลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง experimental design (parallel trial) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design) โดยมีการปกปิดทางเดียว คือ ผู้ตรวจร่างกายไม่ทราบว่าจะอยู่กลุ่มใด (single-blind trial)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. วัสดุและอุปกรณ์

1) น้ำมันหญาขัฒมอน คือ การนำน้ำมันงาเคี่ยวกับสมุนไพร 5 ชนิด ชนิดละ 300 กรัม ประกอบด้วย หญาขัฒมอนทำการหมักด้วย 95%เอทานอล น้ำคั้นใบมะขามสด เถาเอ็นอ่อน โคคลาน และว่านน้ำ นำมาทอดโดยตรงกับน้ำมันงา 1 ลิตร ใช้เวลาเคี่ยวตำรับประมาณ 5 ชั่วโมง

2) น้ำมันไพล จากมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในพระอุปถัมภ์ฯ น้ำมันไพลเป็นยารักษาอาการทางกล้ามเนื้อ และกระดูก ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3) สายวัด เพื่อวัดองศาเข่า 3 ท่า วัดความโก่งเข่า ในการตรวจร่างกายทางแพทย์แผนไทย

2. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ ระยะเวลา และข้างที่มีอาการปวดเข่า) และข้อมูลการทดลอง ดังนี้

1) แบบวัดระดับความเจ็บปวด (numerical rating scale ร่วมกับ facial scale) ซึ่งมีระดับคะแนนให้เลือก 0-10 คะแนน แบ่งระดับความเจ็บปวดได้ดังนี้ 0 ไม่เจ็บปวดสบายดี 1-2 เจ็บปวดพอรำคาญ ทำกิจวัตรได้ปกติ ระดับ 3-4 เจ็บปวดพอสมควร ทำกิจวัตรได้แต่ต้องพักเป็นระยะ ไม่ฉับไว ระดับ 5-6 เจ็บปวดปานกลาง ทำกิจวัตรได้บางอย่าง ระดับ 7-8 เจ็บปวดมากจนไม่ยอมทำกิจวัตรอะไรเลย และระดับ 9-10 เจ็บอย่างรุนแรงจนทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้เลย และมีภาพแสดงสีหน้าประกอบ

2) แบบบันทึกการตรวจร่างกายโรคเข่าทางแพทย์แผนไทย มีการวัดองศาเข่า 3 ท่า ดังนี้ (1) งอพับเข่าเลข 4 (วัดระยะระหว่างสะบ้าเข่าด้านนอกถึงพื้น) (2) งอพับเข่าสันเท้าแตะหัวกระดูกสะโพก (วัดระยะระหว่างสันเท้าถึงหัว

กระดูกสะโพก) และ (3) งอเข้าสั้นเท่าซิดกัน (วัดระยะระหว่างสั้นเท่าถึงกัน) วัดความโก่งเข้า (วัดระยะระหว่างกึ่งกลางใต้พับเข้าถึงพื้น) คลอนสะบ้า (ความสามารถในการคลอนเมื่อจับ ลูกสะบ้าขยับซ้ายขวา) และเขยื้อนข้อเข่าดูน้ำใน ข้อ (เสียงในข้อเข่าเมื่อเขยื้อน)

3) เครื่องมือวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อ (Goniometer) เพื่อวัดองศาการเคลื่อนไหวเข้า ในท่านอนคว่ำ งอเข้า (องศาในการงอเข้า จากแนวราบถึงแนวเข่าที่งอเข้าหาร่างกาย)

3. ผู้ตรวจน้ำหนัก จำนวน 1 คน จบการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต

4. ผู้ตรวจร่างกาย จำนวน 1 คน จบการแพทย์แผนไทยบัณฑิต

ตัวอย่าง

อาสาสมัครที่มีอาการปวดเข่าและมารับบริการที่โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี จำนวน 50 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ ข้อมูลงานวิจัยของ อำพล บุญเพียร วรินทร์ เชิดชูธีรกุล และสายฝน ตันตะโยธิน¹¹ นำค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกกดเจ็บก่อนการนวดของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกกดเจ็บก่อนการนวดของกลุ่มควบคุม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อก่อนการนวดของกลุ่มควบคุม มาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ตามสูตรของ Glass¹² ได้เท่ากับ .74 ซึ่งใกล้เคียงกับ .80 (large effect size) แล้วคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power สถิติชนิด t-tests, Mean Difference between two independent means (two groups) กำหนด α err prob เท่ากับ .05 Power ($1 - \beta$ err prob) เท่ากับ .8 N2/N1 เท่ากับ 1 ได้จำนวนอาสาสมัครกลุ่มละ 21 คน เพิ่มจำนวน

อาสาสมัคร 4 คน กรณีปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการระหว่างทำการทดลอง รวมเท่ากับ 25 คนต่อกลุ่ม แล้วทำการจัดกลุ่มตัวอย่างแบบอิสระโดยที่อาสาสมัครไม่ทราบว่าได้ถูกกลุ่มใด

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เพศชาย/หญิง ที่อายุ 25-55 ปี 2) มีอาการปวดเข่าที่มีระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ 2-4 คือ ระดับเจ็บปวดพอรำคาญ ทำกิจวัตรได้ปกติ 3) ไม่มีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดหรือทำการรักษาอื่นร่วม และ 4) ไม่เป็นโรคเข่าเสื่อม

เกณฑ์การคัดออก 1) วัดอุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส 2) ปวด บวม แดง ร้อนบริเวณเข่า 3) มีประวัติแพ้สมุนไพร และ 4) เป็นโรคที่ห้ามทำหัตถการ ได้แก่ หอบหืด ภาวะรุนแรง ลมชัก ติดเชื้อเฉียบพลัน กระดูกพรุนรุนแรง กระดูกแตก หัก ปริร้าว ที่ยังไม่ดีดี เป็นมะเร็ง มีแผลเปิด การบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง การผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 เดือน หลอดเลือดดำอักเสบ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขขอเสนอการวิจัย SWUEC-G-197/2563E เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สอบถามระดับความปวดอาสาสมัครโดยใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวด ตรวจร่างกายทางแพทย์แผนไทยโดยใช้สายวัด ยกเว้นท่าคลอนสะบ้า และเขยื้อนข้อเข่า วัดองศาการเคลื่อนไหวเข่า ท่านอนคว่ำ งอเข้า¹³ ก่อนการรักษาครั้งที่ 1 บันทึกข้อมูล

2. อาสาสมัครเข้ารับการนวด โดยใช้ น้ำมันปริมาณ 1 มล. ต่อคน นวดบริเวณรอบ เข่าข้างที่มีอาการ เป็นเวลา 10 นาที

3. นัดทำการรักษาเช่นเดิมในสัปดาห์ต่อไป จนครบ 3 สัปดาห์

4. หลังการรักษาครั้งที่ 3 สอบถามระดับการปวดด้วยแบบวัดระดับความเจ็บปวด ตรวจร่างกายทางแพทย์แผนไทยโดยใช้สายวัด ยกเว้นท่าคลอนสะบ้า และเขยื้อนข้อเข่า วัดองศาการเคลื่อนไหวเข่า ทำนอนคว่ำ งอเข่า บันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแจกแจงความถี่และร้อยละ

1. เปรียบเทียบข้อมูลระดับความปวด ผลการตรวจร่างกาย (การวัดองศาเข่า 3 ท่า วัดความโก่งเข่า และวัดองศาการเคลื่อนไหวเข่า ทำนอนคว่ำ งอเข่า) ก่อน-หลังการนวดตัมรับ น้ำมันหญ้าขี้ฉางหอม หรือน้ำมันไพล ด้วย Dependent t-test รายงานด้วยค่า $M \pm SD$ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

2. ข้อมูลผลการตรวจร่างกาย (การคลอนสะบ้า การเขยื้อนเข่า) ก่อน-หลังการนวดตัมรับ น้ำมันหญ้าขี้ฉางหอมหรือน้ำมันไพลใช้วิธีแจกแจงความถี่และร้อยละ ทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้ตัมรับน้ำมันหญ้าขี้ฉางหอม และน้ำมันไพลหลังการรักษาด้วย Chi-square test กำหนด

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

3. เปรียบเทียบข้อมูลระดับความปวด ผลการตรวจร่างกาย (การวัดองศาเข่า 3 ท่า, วัดความโก่งเข่า และวัดองศาการเคลื่อนไหว ทำนอนคว่ำ งอเข่า) ของกลุ่มที่ใช้ตัมรับน้ำมันหญ้าขี้ฉางหอม และน้ำมันไพล ใช้ Independent t-test รายงานด้วย $M \pm SD$ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครจำนวน 50 คน พบว่ากลุ่มที่ใช้ตัมรับน้ำมันหญ้าขี้ฉางหอมจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) อายุ 50-55 ปี (ร้อยละ 44.00) ระยะเวลาปวดเข่ามากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ 96.00) ปวดเข่าข้างขวา (ร้อยละ 56.00) ส่วนกลุ่มที่ใช้น้ำมันไพลจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.00) อายุ 50-55 ปี (ร้อยละ 40.00) ระยะเวลาปวดเข่ามากกว่า 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 100.00) ปวดเข่าข้างขวา (ร้อยละ 40.00)

2. ระดับความเจ็บปวดก่อน-หลังการรักษาในกลุ่มน้ำมันหญ้าขี้ฉางหอม และในกลุ่มน้ำมันไพล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มน้ำมันหญ้าขี้ฉางหอมกับกลุ่มน้ำมันไพล โดยผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความปวดพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อน-หลังของการนวดเข้าด้วยน้ำมันหูก้าขัฒมอน
(n = 25) น้ำมันไพล (n = 25) และเปรียบเทียบผลของทั้ง 2 กลุ่ม (M±SD)

การตรวจร่างกาย	ตำรับน้ำมันหูก้าขัฒมอน			ตำรับน้ำมันไพล			เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม (ผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนนวด-หลังนวด)		
	ก่อนนวด	หลังนวด	P	ก่อนนวด	หลังนวด	P	ตำรับน้ำมันหูก้าขัฒมอน	น้ำมันไพล	P
ระดับความเจ็บปวด	2.88±	1.24±	.000*	2.84±	1.32±	.000*	1.64±0.91	1.52±1.2	.685
	0.78	1.01		0.85	0.99				

*p< .05

3. ผลการตรวจร่างกายก่อน หลังการนวดตำรับน้ำมันหูก้าขัฒมอน พบว่า ค่าเฉลี่ยองศาเข้า (งอพับเข้าเลข 4 ลดลง งอพับเข้าสันเท้าและหัวกระดูกสะโพกข้างขวา ลดลง งอเข้าสันเท้าชิดกันลดลง) สามารถเพิ่มองศาเข้า ค่าเฉลี่ยความโค้งเข่าลดลง ค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหว ทำนองคว่ำ งอเข้าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ และในกลุ่มน้ำมันไพล พบว่า ค่าเฉลี่ยองศาเข้า (งอพับเข้าเลข 4 ลดลง งอพับเข้าสันเท้าและหัวกระดูกสะโพก ลดลง งอเข้าสันเท้าชิดกันลดลง) สามารถเพิ่มองศาเข้า ค่าเฉลี่ยความโค้งเข่าลดลง ค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหว ทำนองคว่ำ งอเข้าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ และหลังการ

รักษา พบว่า ในกลุ่มน้ำมันหูก้าขัฒมอน ร้อยละการคลอนสะบ้าข้างซ้ายติดเท่าเดิม (ร้อยละ 9.09) การคลอนสะบ้าข้างขวาติดลดลง (จากร้อยละ 5.56 เป็น 0) การเขยื้อนเข้าข้างซ้ายไม่พบเสียงเช่นเดิม (ร้อยละ 100.00) และการเขยื้อนเข้าข้างขวามีเสียงลดลง (จากร้อยละ 33.33 เป็น 16.67) ในกลุ่มน้ำมันไพล ร้อยละการคลอนสะบ้าข้างซ้ายติดลดลง (จากร้อยละ 21.43 เป็น 14.29) การคลอนสะบ้าข้างขวาติดลดลง (ร้อยละ 11.11 เป็น 0) การเขยื้อนเข้าข้างซ้ายมีเสียงลดลง (จากร้อยละ 28.57 เป็น 21.43) และการเขยื้อนเข้าข้างขวามีเสียงลดลง (จากร้อยละ 27.78 เป็น 22.22) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายก่อน-หลังของการนวดเข้าด้วยน้ำมันหูก้าขัฒมอน
(n = 25) และน้ำมันไพล (n = 25)

การตรวจร่างกาย		งอพับเข้าเลข 4	งอพับเข้าสันเท้าและหัวกระดูกสะโพก	งอเข้าสันเท้าชิดกัน	วัดความโค้งเข่า	วัดองศาการเคลื่อนไหวเข่า
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
ตำรับน้ำมันหูก้าขัฒมอน	ข้างซ้าย ก่อนนวด	18.10±5.73	23.60±7.93	17.91±7.02	1.37±0.86	117.18±9.74
	หลังนวด	14.94±4.67	20.75±7.28	12.94±5.74	0.86±0.91	120.73±11.86
	p	.017*	.073	.006*	.001*	.018*

การตรวจร่างกาย		งอพับเข่า เลข 4	งอพับเข่าสัน เท้าแตะหัว กระดูก สะโพก	งอเข่าสันเท้า ชิดกัน	วัดความ โก่งเข่า	วัดองศาการ เคลื่อนไหวเข่า
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
น้ำมันไหล	ข้างขวา ก่อนวัด	14.94±4.28	20.49±5.56	13.68±4.46	0.66±0.57	118.72±11.85
	หลังวัด	12.02±4.67	16.93±5.54	9.44±4.61	0.39±0.43	124.56±11.37
	p	.000*	.006*	.001*	.034*	.008*
	ข้างซ้าย ก่อนวัด	16.66±4.69	22.02±3.37	16.15±3.87	1.24±1.06	117.36±10.03
	หลังวัด	14.11±3.53	20.62±3.17	13.11±4.09	0.71±0.68	122.36±9.11
	p	.004*	.027*	.000*	.004*	.004*
	ข้างขวา ก่อนวัด	17.47±6.39	22.31±5.35	14.71±5.62	1.40±1.05	117.44±14.71
	หลังวัด	13.90±5.16	19.23±4.66	11.18±4.35	0.87±0.77	122.56±11.04
	p	.001*	.004*	.003*	.000*	.011*

*p<.05

4. การเปรียบเทียบผลการวัดด้วยตัวรับน้ำมันหญ้าขัดมอนกับน้ำมันไหล ผลต่างค่าเฉลี่ยองศาเข่า 3 ท่า ผลต่างค่าเฉลี่ยวัดความโก่งเข่า ผลต่างค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวเข่า ท่านอนคว่ำ งอเข่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการคลอนสะบ้า การเขยื้อนเข่า ใช้ Chi-square เปรียบเทียบหลังการรักษา พบว่า กลุ่มตัวรับน้ำมันหญ้าขัดมอน

คลอนสะบ้าข้างซ้ายติด 1 คน กลุ่มน้ำมันไหลติด 2 คน (p=.692) ส่วนข้างขวาเท่ากัน กลุ่มตัวรับน้ำมันหญ้าขัดมอน เขยื้อนเข่าข้างซ้ายมีเสียง 0 คน กลุ่มน้ำมันไหล 3 คน (p=.102) และเขยื้อนข้างขวากลุ่มตัวรับน้ำมันหญ้าขัดมอน มีเสียง 3 คน กลุ่มน้ำมันไหล 4 คน (p=.674) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างการวัดเข่าด้วยตัวรับน้ำมันหญ้าขัดมอน (n = 25) น้ำมันไหล (n = 25)

ตรวจร่างกาย	ข้างซ้าย			ข้างขวา		
	ตัวรับน้ำมัน หญ้าขัดมอน	น้ำมันไหล	p	ตัวรับน้ำมัน หญ้าขัดมอน	น้ำมันไหล	p
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
1.การวัดองศา						
- งอพับเข่าเลข 4	1.45±2.91	1.49±2.44	.962	2.11±2.59	2.57±3.71	.614
- งอพับเข่าสันเท้าแตะหัว	1.31±3.44	0.82±1.73	.536	2.56±4.37	2.22±3.63	.761
กระดูกสะโพก						
- งอเข่าสันเท้าชิดกัน	2.28±4.05	1.77±2.35	.598	3.05±4.16	2.54±3.94	.659
2.วัดความโก่งเข่า	0.25±0.38	0.31±0.51	.655	0.20±0.44	0.38±0.42	.135
3.วัดองศาการเคลื่อนไหวเข่า	1.63±3.28	2.92±4.70	.276	4.20±7.49	3.68±6.81	.798

*p<.05

อภิปรายผล

การนวดเข้าด้วยน้ำมันหญาขัดมอน สามารถลดระดับความปวด เพิ่มองศาเข้า เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวเข้า ลดความเกร็งเข้า ลดการติดของสะบ้า และเสียงในข้อเข้าได้ เหมือนการนวดเข้าด้วยน้ำมันไพล สอดคล้องกับการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในสัตว์ทดลอง จากรากหญาขัดมอน มีฤทธิ์ต้านการปวด และการอักเสบ⁵ สารสกัดด้วยน้ำของใบมะขาม มีฤทธิ์ระงับปวด⁹ สารสกัดเมทานอลของเถาเอ็นอ่อน มีฤทธิ์ต้านการปวด และต้านการอักเสบ⁸ สารสกัดเมทานอลจากเถาโคคลาน มีฤทธิ์ระงับปวด และ ต้านการอักเสบ⁶ และสารสกัดเอทานอลของเหง้าว่านน้ำ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและอาการชา¹⁰

ซึ่งผลการตรวจร่างกายหลังการรักษาด้วยการนวดด้วยน้ำมันทั้ง 2 ชนิด สอดคล้องกับผลการตรวจร่างกายหลังการรักษาโรคลมจับโปงเข้า คือ วัดองศา 3 ท่า 1) งอพับเข้าเลข 4 ด้านมือน้อยลง (ระยะระหว่างสะบ้าเข้าด้านนอกถึงพื้นลดลง) 2) งอพับเข้าสันเท้าแตะหัวกระดูกสะโพกทำได้มากขึ้น (ระยะระหว่างสันเท้าถึงหัวกระดูกสะโพกลดลง) 3) งอเข้าสันเท้าชิดกันได้มากขึ้น (ระยะระหว่างสันเท้าถึงกันลดลง) วัดเข้าโก่ง พบเข้าโก่งน้อยลง มือสอดเข้าได้ไม่สะดวกร (ระยะระหว่างกึ่งกลางใต้พับเข้าถึงพื้นลดลง) คลอนลูกสะบ้ากระชับขึ้น (สะบ้าติดลดลง) เขยื้อนเขาคู้ในไขข้อ พบมีเสียงน้อยลง²

เมื่อเปรียบเทียบการนวดเข้าด้วยน้ำมันหญาขัดมอน กับน้ำมันไพล พบว่าผลการรักษาอาการปวดเข้าด้วยน้ำมันหญาขัดมอนได้ผลดี ไม่แตกต่างจากการใช้น้ำมันไพล ซึ่งทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ร่างกายประกอบไปด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ กลไกการเกิดอาการปวดเข้าเกิดจากธาตุไฟในร่างกายกำเริบ (เพิ่มขึ้น) จึงทำให้ธาตุลมกำเริบ(เพิ่มขึ้น) ตาม ธาตุน้ำจึงหย่อน (ลดลง) ส่งผลให้มีความผิดปกติที่ธาตุดิน การนวดน้ำมันซึ่งรสรยาในตำรับน้ำมันหญาขัดมอนไปในทางเย็น จึงสามารถไปลดธาตุไฟ กระจ่ายธาตุลมที่คั่งค้าง เพิ่มธาตุน้ำ (การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น) เพิ่มความชุ่มให้กับธาตุดิน³ ทำให้มังสัจ (กล้ามเนื้อ) ซึ่งอยู่ในธาตุดินคลายตัว¹⁴ จึงทำให้ระดับความปวดลดลง การเคลื่อนไหวเข้าดีขึ้น สอดคล้องทฤษฎี Gate control theory ของ Malzack and Wall¹⁵ มาอธิบาย หากมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่มากกว่าเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จะส่งสัญญาณไปยังสมองที่เป็นศูนย์ควบคุมความปวด ทำให้หลังสารกลุ่ม endogenous opiate ที่สามารถไปยับยั้ง substance P ทำให้เซลล์ไม่ถูกกระตุ้นทำให้ไม่เกิดความเจ็บความปวด ซึ่งการนวดจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่มากกว่าเส้นใยประสาทขนาดเล็ก ส่งผลให้อาการปวดลดลง¹⁶

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการศึกษาวิจัยตำรับน้ำมันหญาขัดมอนมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดเข้าเทียบเท่า้ำมันไพล โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สมุนไพรในตำรับหาได้ไม่ยาก จึงเป็นอีกทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข้า เป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทย และภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

ควรทำศึกษาการลดอาการปวดของตำรับ

น้ำมันหญ้าขี้ฉ้องในกลุ่มประชากรเพิ่มมากขึ้น เพื่อยืนยันข้อมูลเชิงประจักษ์ให้ชัดเจน และ ศึกษาหาสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ในตำรับน้ำมัน หญ้าขี้ฉ้องเพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพ ผลิตภัณฑ์ตำรับน้ำมันหญ้าขี้ฉ้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ รพ.นายายอาม จังหวัดจันทบุรี อนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย ทางคลินิกครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกท่านสำหรับข้อมูล และสละเวลาเข้าร่วมวิจัย ครบทั้ง 3 ครั้ง

References

1. Pukdeesamai R, Panichacheewakul P. Improving care for elderly with knee pain at Ban Bak Tambol Health Promotion Hospital, Changan District, Roi Et Province. Journal of Nursing Science and Health. 2011;34(4):46-55. (in Thai).
2. Limtiyayotin A, Limtiyayotin L, Sukmitree K, Premkamol K, Visedsuttimon P, Worathampitak T, et al. Royal court massage training manual (department of massage techniques in common diseases). Bangkok: PK max design company limited; n.d. (in Thai).
3. Prommanont Y, Chokdeesrijun C. The effectiveness of spine disorder treatment with Thai Traditional Medicine at Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine, Prachinburi. In: Sriwisit S, editor. The 3rd National Conference, "New frontiers: Primary health services in Thailand"; 6th-7th July 2017; Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani; 2017. p.1067-76. (in Thai).
4. Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi. Kud Mon oil [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 21]; Available from: <https://www.Youtube.com/watch?v=-MCycg2QkhQ>.
5. Dinda B, Das N, Dinda S, Dinda M, SilSarma I. The genus Sida L. – A traditional medicine: Its ethnopharmacological, phytochemical and pharmacological data for commercial exploitation in herbal drugs industry. J Ethnopharmacol. 2015;176:135-76. doi: 10.1016/j.jep.2015.10.027.
6. Hasan MR, Uddin N, Sana T, Hossain MM, Mondal M, Kanta IJ, et al. Analgesic and anti-inflammatory activities of methanolic extract of *Mallotus repandus* stem in animal models. Orient Pharm Exp Med. 2018;18: 139-47. doi: 10.1007/s13596-018-0312-3.
7. Pongsaree R. A study of Coclaan mixture recipe Volume 3 for pain relieving knee osteoarthritis in Thai Traditional Medicine. In: Bunjua K. et al, editors. The 2nd National Conference, "Graduate School Conference 2018", 30th november 2018; Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok; 2018. p.616-23. (in Thai).
8. Sriset Y, Jarukamjorn K, Chatuphonprasert W. Pharmacological activities of *Cryptolepis dubia* (Burm.f.) M.R.Almeida. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2017;13(1):1-10. (in Thai).
9. Akor ST, Wampana B, Sodipo OA.

- Antinociceptive and anti-inflammatory activities of the aqueous leaf extract of *Tamarindus indica* L. in Albino Rats. J. Plant Stud. 2015;4(2):44-56. doi: 10.5539/jps.v4n2p 44.
10. Muthuraman A, Singh N, Jaggi AS. Protective effect of *Acorus calamus* L. in rat model of vincristine induced painful neuropathy: An evidence of anti-inflammatory and anti-oxidative activity. Food Chem Toxicol. 2011;49(10):2557-63. doi: 10.1016/j.fct.2011.06.069.
 11. Bunpean A, Cherdchuterakhun W, Tantayothin S. Effect of plai oil and palm oil massage on neck and shoulder pain in students of Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology. Advanced Science. 2018;18(1):17-30. (in Thai).
 12. Sukamolson S. Effect size : Practical Significance in research. Pasaa Paritat Journal. 2010;25:26-38. (in Thai).
 13. Ruangsakul A, Pananporn T, Saesim S, Yoysanit T, Jayathavaj V. Range of motion of knee osteoarthritis patients when treating with only royal court-type massage and with herbal compression. Journal of Traditional Thai Medical Research. 2020;6(1):21-34. (in Thai).
 14. Foundation of Thai Traditional Medicine, Ayurved Thamrong School, Center of Applied Thai Traditional Medicine. The textbook of Thai Traditional Medicine (Conservation Edition) Volume 1. Bangkok: Supavanich Press; 2012. (in Thai).
 15. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science. 1965;150(3699):971-9. doi: 10.1126/science.150.3699.971.
 16. Siviboonkitti W. The effectiveness of health education program by applying the protection motivation theory on self-care behaviors of patients with shoulder, neck pain and headache in Traditional Thai Medical Clinic Sainoi district Nonthaburi Province [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).

การประยุกต์ใช้กลยุทธ์ PEMEC เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ปราณี จันธิมา* พรทิพย์ สาริโส**

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนต้องการการมีส่วนร่วมจากชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาให้เกิดประสิทธิผล เข้มแข็งและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา และทดสอบประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปรียบเทียบคะแนน ADL ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยกลยุทธ์ PEMEC มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) ระยะดำเนินการ 4) การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - กรกฎาคม 2563 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 124 คน คือ 1) ภาคประชาชน 2) ภาคท้องถิ่น และ 3) ภาคสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจและแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : การใช้กลยุทธ์ PEMEC ทำให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเป็นระบบ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพามีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมทุกด้านหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และคะแนนความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมก่อนการดำเนินงานน้อยกว่าหลังการดำเนินงาน ($p < .001$)

สรุปผล : การนำกลยุทธ์ PEMEC มาใช้ในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพา การดูแลระยะยาว PEMEC

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย, E-mail: tukayee@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Application of the PEMEC strategy to strengthen community participation in for the care of dependent elderly in Srimuangchum sub-district Mae Sai District Chiang Rai Province

Pranee Chantima* Porntip Sareeso**

Abstract

Background: Long-term care (LTC) is for the care of dependent older people who require community network partners to provide sound and sustainable care.

Objective: To drive and examine the effectiveness of community participation in LTC by comparing ADL scores, a mean score of community participation, and satisfaction.

Methods: Participatory action research and the PEMEC strategy were used through the research consists of Public guidance, Educating, Marking ideas, Empowerment, and Collective agreement in the following four steps; 1) situation study, 2) model development, 3) action phase, and 4) outcome evaluation. This research was conducted from December 2019 to July 2020. The purposive sampling method was used throughout the study, with 124 participants from 1) the public sector, 2) the local government department, and 3) the health sector. The research instruments included the interview forms for participation, satisfaction, and opinions of the network partners. Data were collected through the interview and focus group discussion. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and the qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The study showed that the mean score of comprehensive engagement was significant ($p < .001$), that the score of satisfaction with participation was lower before the performance than after the performance ($p < .001$), and the ADL score of the dependent elderly had increased after the performance.

Conclusion: The PEMEC strategy was key to driving community engagement in LTC and improving activities of daily living in older people.

Keywords: community participation, dependent older people, long-term care, PEMEC

* Srimuangchum Sub-District Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiangrai Province,

E-mail: tukayee@gmail.com

**Assistant Professor, Aging Care Research Unit (ACRU), School of Nursing, Mae Fah Luang University

บทนำ

ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.90 ของประชากรในปี พ.ศ. 2573¹ และใน 20 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ประเทศจึงได้กำหนดตัวชี้วัดให้ชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care; LTC) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2559 - 2579)² และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 12 (ปี 2554 – 2564) ที่ให้ผู้สูงอายุ และผู้ที่ต้องพึ่งพาได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้านซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)³

จังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 220,720 คน เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มพึ่งพาร้อยละ 6.00⁴ ตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และพบว่า ในปี 2562 มีกลุ่มพึ่งพา (คะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activities of Daily Living; ADL ต่ำกว่า 12) ถึงร้อยละ 7.11⁵ ซึ่งสูงกว่าของจังหวัดเชียงราย เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ส่วนหนึ่งมีอายุมากขึ้น ร่วมกับมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถ้าไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ดี สามารถไปมาสะดวก ก็จะกลายเป็นผู้สูงกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น⁶ จากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานในพื้นที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม

พึ่งพา พบว่า 1) ด้านคนและทีมงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย ใจ สังคมและปัญญาที่เข้มแข็ง โครงสร้างคณะทำงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน 2) ขาดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง 3) กระบวนการทำงาน การดำเนินงานไม่มีระบบการดูแลและส่งต่อที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง จึงจำเป็นที่จะต้องขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาซึ่งต้องการการดูแลและการจัดบริการที่สังคมควรจัดให้มีขึ้นในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน เพื่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและนโยบายทางด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพที่ดีของชุมชน จำเป็นต้องอาศัยพลังจาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พลังทางการเมือง (ภาครัฐ) พลังทางวิชาการ (องค์ความรู้) และพลังทางสังคม (ประชาชน)⁷ และ กลยุทธ์ 5 ประการหรือ PEMEC⁸ ประกอบด้วย 1) Public guidance การชี้นำสาธารณะ หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างราชการกับชุมชน 2) Educating การให้ข้อมูลวิชาการ ข้อเท็จจริง ครอบครัวและเพียงพอ 3) Marketing ideas การประยุกต์ใช้แนวคิดทางการตลาดมาพัฒนา กิจกรรมการให้บริการ (Service) ที่คำนึงถึงความจำเป็น (Need) ความต้องการ (Want) ของชุมชน 4) Empowerment การส่งเสริมพลังอำนาจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการสร้าง

สุขภาพด้วยตนเอง และ 5) Collective agreement การกำกับดูแลโดยใช้ระเบียบแบบแผนที่ดีกลองร่วมกันของชุมชนเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ PEMEC มาประยุกต์ใช้และดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR)⁹ ซึ่งเป็นการศึกษารวบรวม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปขอบเขตของการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การศึกษาชุมชน วิเคราะห์ปัญหา วางแผนลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล อันจะส่งผลให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาเกิดประสิทธิผล ในระยะสั้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระยะยาวผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เป็นระบบมีความต่อเนื่อง ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา โดยเปรียบเทียบคะแนน ADL ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความพึงพอใจระยะก่อนและหลังดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 - กรกฎาคม พ.ศ. 2563 คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 124 คน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ภาคประชาชน ได้แก่ ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาจำนวน 11 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพาจำนวน 9 คน (คะแนน ADL ต่ำกว่า 12) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 6 คน และคณะกรรมการผู้สูงอายุ 90 คน ส่วนที่ 2 ภาคท้องถิ่น จำนวน 4 คน โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลศรีเมืองชุม อย่างน้อย 2 ปี ส่วนที่ 3 ภาควิชาการ จำนวน 4 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีสมัครใจและสามารถเข้าร่วมวิจัย อ่านออกเขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สถานภาพส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส เป็นต้น
2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา 2) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน และ 3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนอกชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมประเด็น การรับรู้ปัญหา การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา การให้การช่วยเหลือจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงบริการ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .94 แล้วทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และปรับปรุงข้อบกพร่อง
3. แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สำหรับญาติผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้ดูแลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 23 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน¹⁰ ดังนี้ 3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดำเนินการ

มาก 2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดำเนินการปานกลาง 1 คะแนน หมายถึงมีส่วนร่วมดำเนินการน้อย การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมระดับสูง

4.แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สำหรับสัมภาษณ์ตัวอย่างเช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁰ ข้อคำถามมีจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุดการแปลผลระดับความพึงพอใจและความคิดเห็น เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

5. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สำหรับสัมภาษณ์ตัวอย่างเช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแล ลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 5 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 นำไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ

ตัวอย่างจำนวน 3 ท่านแล้วนำผลการประเมินมาพูดคุยทำความเข้าใจจนเข้าใจตรงกันหมดทุกข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแล และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ ตรวจสอบคุณภาพโดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน LTC ผู้รับผิดชอบงาน LTC เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่สาย และพยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องตามเนื้อหา Index of Congruence (IOC)¹¹ เท่ากับ .66 และความสอดคล้องตามโครงสร้าง เท่ากับ .66 หลังจากนั้น นำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ความสอดคล้องตามเนื้อหา ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา เท่ากับ .96 และ .96 ตามลำดับ

ขั้นตอนในการวิจัย

แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะพัฒนา 3) ระยะดำเนินการ และ 4) ระยะประเมินผล ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เป็นการศึกษาร่วมกันและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยสนทนากลุ่มในหัวข้อ “ใส่ใจคนเฒ่า บ้านเฮาร่มเย็น”เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหา จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวน 6 คน ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์จิตอาสา กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 20 คน และผู้เกี่ยวข้องนอก

ชุมชน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ Public guidance ขับเคลื่อนการดำเนินงาน⁸ โดยเชิญตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาคประชาชนประกอบด้วยผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ชมรมผู้สูงอายุ และญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ภาคท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุมและภาควิชาการ ได้แก่ รพ.สต. รพช. และสสอ มาร่วมสนทนากลุ่ม ระยะดำเนินการ 1 เดือน

2. ระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หลังจากได้ประเด็นปัญหาและข้อค้นพบในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ Public guidance และ Marketing ideas กำหนดแนวทางในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา จัดตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ สถานบริการ ประสานหน่วยงานในการช่วยเหลือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนชุมชนจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เสนอโครงการเพื่อขอรับงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้บริการ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 เดือน

3. ระยะดำเนินการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยประยุกต์กลยุทธ์ Educating และ Empowerment ดังนี้⁸

3.1 Educating มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง รพ.สต. อปท. และ รพช. รพ.สต. สื่อสารนโยบายแผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กรและแผนงานให้กับทีมงานทราบ มีการกระจายอำนาจให้ผู้รับผิดชอบหลักของ

โครงการและผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของโครงการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality Outcome Framework; QOF)¹² บูรณาการแนวปฏิบัติให้อยู่ในระบบการบริการประจำวัน เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมีการเตือนการใช้ยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น พัฒนาความรู้ของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยให้ส่วนราชการสนับสนุนด้านความรู้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์และอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างเข้มข้น รพ.สต.ให้การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ จัดระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับจิตอาสา อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ บูรณาการการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุ รพช. รพ.สต. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดทำแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline; CPG) ที่เป็นแนวทางของเครือข่ายบริการอำเภอแม่สาย การใช้โปรแกรม Family Folder Collector¹³ และสู่วัย Fighting ในการประเมิน ADL และติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สนับสนุนทางวิชาการ สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ให้ประชาชนทดลองคิด ปฏิบัติ เชื่อมการดูแลระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชน ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของทีมผู้ให้บริการและชุมชนใช้เวลาดำเนินการ 2 เดือน

3.2 Empowerment ส่งเสริมพลังอำนาจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน อปท. และ รพ.สต. สนับสนุนสื่อ สร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (self-efficacy) โดยใช้ 5As ได้แก่ การถามเพื่อประเมินปัจจัย (ask/assess) การแนะนำ (advice) การให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย และมีส่วน

ร่วมเลือกวิธีปฏิบัติ (agree) และการช่วยเหลือ (assist) การให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สอนผู้สูงอายุด้วยกันเอง (aid leader) การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจภายในตนเอง (motivation) ให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge) ทักษะในการดำเนินชีวิตตามวัย (problem solving skill) ครอบครัว ชุมชน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมสร้างแนวปฏิบัติการรับ/ส่งต่อ ระยะดำเนินการ 3 เดือน

4. ระยะประเมินผล ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ Collective agreement ทุกภาคส่วนกำกับดูแล โดยใช้ระเบียบแบบแผนที่ตกลงร่วมกันของชุมชน สร้างความเข้าใจให้กับทุกภาคส่วนในเรื่องนโยบายและแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา เชื่อมต่อข้อมูลระบบการส่งต่อผ่านโปรแกรม Smart COC รพช. และ รพ.สต. ปรึกษาส่งต่อทางไลน์กลุ่ม โดยประเมิน

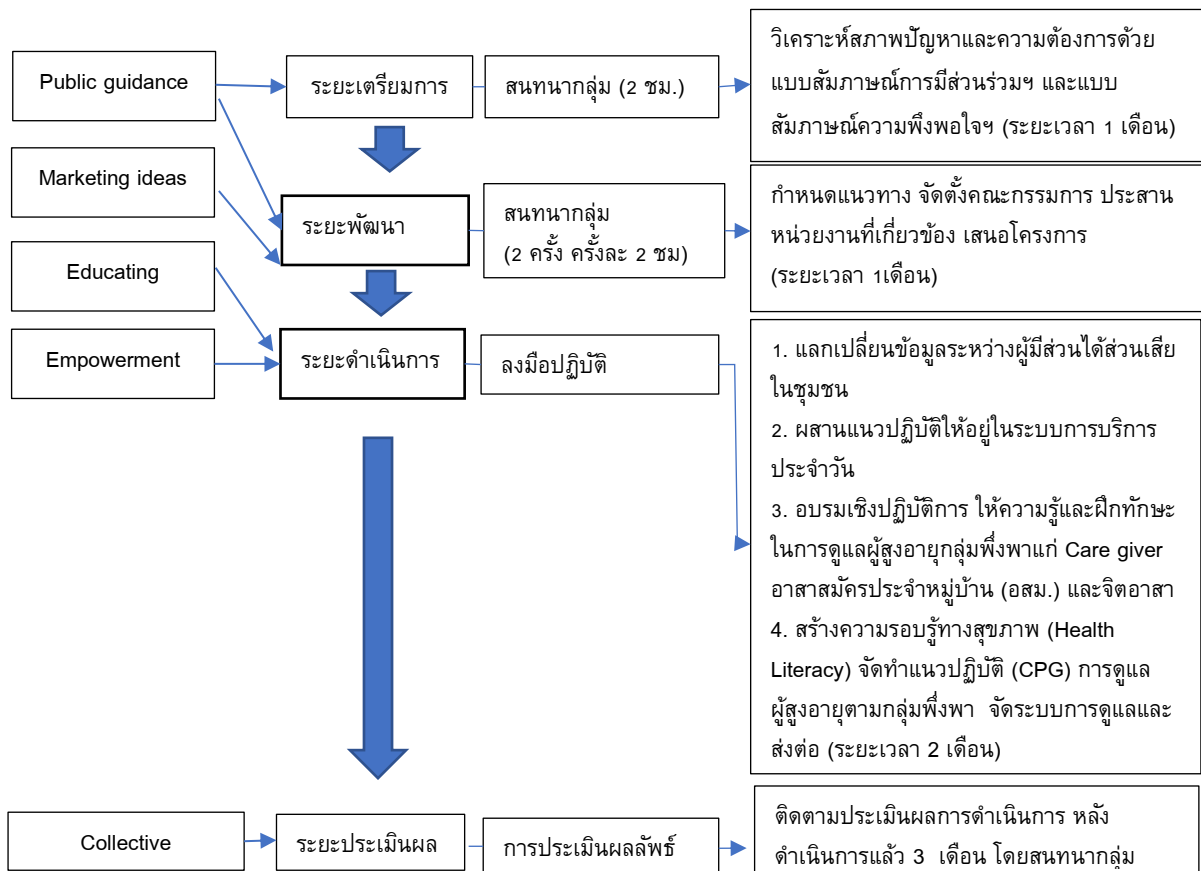
ตั้งแต่เริ่มดำเนินการและหลังดำเนินการแล้ว 3 เดือน โดยการสังเกตและบันทึกการสนทนากลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียน การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่การรับรอง 0053/2562 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 วัน หมดอายุ 14 กันยายน พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาในการศึกษาแก่ผู้ร่วมวิจัย ขณะเข้าร่วมวิจัย ตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูล



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ระหว่างการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผู้ร่วมวิจัยลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ก่อนและหลัง ดำเนินการ โดยใช้สถิติการทดสอบ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)¹⁴

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ผลการขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กลยุทธ์ PEMEC และ ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่าง จำนวน 124 คน เป็นเพศชาย 57 คน มีอายุเฉลี่ย 68.3 ปี (SD= 16.50) ร้อยละ 66.90 จบประถมศึกษา ร้อยละ 76.20 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.58 เป็นผู้สูงอายุ

2. ผลการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กลยุทธ์ PEMEC

2.1 เชิงโครงสร้าง มีการจัดตั้งกองทุน ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านเศรษฐกิจ อาชีพ ด้านสังคม ศาสนา และสิ่งแวดล้อม ชุมชน มีการจัดทำผ้าป่าขยะ โดยให้นำขยะมาแลกเป็น ของอุปโภคและบริโภคเพื่อใช้ในครัวเรือน ชุมชน สนับสนุนการใช้พื้นที่ในการอบรมและการจัด กิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และทุกภาคส่วน ร่วมสร้างธรรมนูญสุขภาพเกี่ยวกับการดูแล

ผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจ ในการดูแลตนเองเกิดทักษะ มั่นใจในตนเอง มากขึ้น (รู้จัก สนใจ สอบถาม ตัดสินใจปฏิบัติ แนะนำบอกต่อ) เรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จ

2.2 เชิงกระบวนการ 1) มีการแยกบริการ ให้มีความเหมาะสมตามกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ได้รับการดูแลครบทุกคน (เกณฑ์ร้อยละ 100) และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาที่ได้รับการดูแลมีระดับ ADL ดีขึ้นร้อยละ 30.26 (เกณฑ์ร้อยละ 30) 2) มี ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงตามแบบคัดกรอง ผู้สูงอายุ 10 ด้าน⁵ และมี CPG ที่เป็นแนวทาง ของเครือข่ายบริการอำเภอแม่สาย 3) มีระบบการ ให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และสหสาขาวิชาชีพสำหรับ รพช. ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ 4) มีการฟื้นฟูสุขภาพด้วยภูมิ ปัญญาท้องถิ่น การนวด ประคบ อบสมุนไพร จน เกิดนวัตกรรมลูกบอลผ่อนคลายสบายมือ และ ผ่อนคลายสบายเท้าด้วยก้ามมะพร้าวในบ้าน 5) มีการเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้สูงอายุแบบตาม สะดวก มาเป็นตามแผนการดูแล (planned care) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ตรงปัญหาและตามเวลาที่กำหนด และ 6) มีการ ใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการบันทึกข้อมูลการเยี่ยม บ้านสามารถเชื่อมโยงไปยังโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้บันทึกผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต.ลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล

3. ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา

3.1 ระดับความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน หลังการดำเนินงาน 8 เดือน พบว่า กลุ่มพึ่งพามีจำนวนลดลงจาก 76 คน

เป็น 43 คน ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มติดบ้านลดลง จาก 62 คนเป็น 39 คน และกลุ่มติดเตียงลดลง จาก 14 คน เป็น 4 คน¹⁵

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังดำเนินการพบว่าเป็น

ดำเนินการระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกด้านในระดับปานกลางหลังดำเนินการระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมพบว่าหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังดำเนินการ (N=124)

การมีส่วนร่วมของตัวอย่างสามภาคส่วน	ก่อนการดำเนินการ	หลังการดำเนินการ	95% Confidence Interval of the Difference	p
-การมีส่วนร่วมในการวางแผน	1.96 (0.54)	2.55 (0.22)	2.47 - 7.22	<.001*
-การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม	1.99 (0.55)	2.59 (0.23)	2.52 - 5.57	<.001*
-การมีส่วนร่วมในการนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน	1.99 (0.62)	2.56 (0.37)	1.35 - 4.39	<.001*
-การมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลการดำเนินงาน	1.92 (0.63)	2.53 (0.30)	1.32 - 4.38	<.001*

การติดตามประเมินผลระดับความพึงพอใจในการดูแลโดยรวมพบว่า ก่อนดำเนินการมีความพึงพอใจระดับมากและหลังดำเนินการมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจพบว่าหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังดำเนินการ (N=124)

ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างสามภาคส่วน	ก่อนการดำเนินการ	หลังการดำเนินการ	95% CI	p
ความพึงพอใจในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาโดยชุมชนมีส่วนร่วม	3.87 (0.87)	4.14 (0.62)	2.29 - 6.48	<.001*

อภิปรายผล

การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาโดยใช้กลยุทธ์ PEMEC ทำให้เกิดความไว้วางใจในชุมชน การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และการมีความกระตือรือร้นของฝ่ายต่างๆ ทำให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเป็นระบบ

ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาได้รับการดูแลครบทุกคน และมีระดับ ADL ดีขึ้น ระดับการมีส่วนร่วมในทุกด้านและความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁶ มีแนวปฏิบัติ (CPG) ที่เป็นแนวทางของเครือข่ายบริการอำเภอแม่สาย การจัดบริการ

ตรงความต้องการของชุมชน ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น การใช้โปรแกรมและข้อมูลด้านสารสนเทศในการติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สามารถเชื่อมโยงไปยังโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้บันทึกผลการปฏิบัติงานของรพ.สต.ลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เกิดทักษะมั่นใจในตนเอง ชุมชนผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพระดับดีเด่น ทุกภาคส่วนร่วมสร้างธรรมนูญสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการดำเนินงานดังกล่าวนี้ยังสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพาได้เช่นกัน ทั้งยังสามารถปรับการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มเสี่ยงได้ด้วย การปรับโครงสร้างบริการให้มีความเหมาะสมตามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ติดบ้านและติดเตียง การจัดระบบการเฝ้าระวัง ปรับปรุงและนำข้อค้นพบจากการวิจัยมาขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้าน จากภาคีหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วยภาคประชาชน ภาคราชการ และภาคท้องถิ่นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามยุทธศาสตร์¹⁷ ได้รับการช่วยเหลือดูแลแบบองค์รวมเกิดชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีระบบเยี่ยมบ้าน ฝึกทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ระบบส่งต่อฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วม¹⁸ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ และมีความพึงพอใจในบริการสวัสดิการที่มีอยู่

ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น¹⁹ ผู้สูงอายุและจิตอาสาออกเยี่ยมเยียนดูแลผู้สูงอายุในลักษณะ มิตรช่วยมิตร เพื่อนช่วยเพื่อน และเกิดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จิตอาสา ครอบครัว ชุมชนเจ้าหน้าที่ มีความสุขในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน²⁰ ข้อพึงระวังในการวิจัยนี้คือการร่วมแรง ร่วมใจและการดำเนินงานในทุกขั้นตอนต้องให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการดำเนินงานโดยชุมชนเอง ภาครัฐและภาคท้องถิ่นเป็นเพียงผู้สนับสนุน ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องชัดเจนสามารถวัดและประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การนำกลยุทธ์ PEMEC มาใช้ในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมในชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพามีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นและจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุขลดลง กลยุทธ์นี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลกลุ่มพึ่งพาในช่วงอายุอื่นได้ โดยใช้ ADL เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการดำเนินงานได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัยควรมีการขยายเวลาในการศึกษาเชิงคุณภาพและเก็บข้อมูลเชิงลึก เพื่อการจัดกิจกรรมพัฒนาให้ตรงตามกับผู้สูงอายุต้องการและทั่วถึง โดยเน้นการใช้กลยุทธ์ Marketing ideas และกลยุทธ์ Empowerment ให้มีความชัดเจนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ด้านการปฏิบัติ การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ควรมีการขยายลงสู่พื้นที่อื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยอปท. ควรมีบทบาทหลักและควรนำกลยุทธ์ PEMEC มาใช้ในการดำเนินงาน

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Top 5 Incidence of Disease. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2014. (in Thai).
2. Keleher H, Murphy B. Understanding health: A determinants approach. Melbourne: Oxford University Press; 2004.
3. Office of Policy Development and Research. Driving the District Health System (DHS). Bangkok: Office of Policy Research and Development, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
4. Office of Academic Promotion and Support. Strategy for Academic Promotion and Support, Social Development and Human Security 2012 - 2016. Bangkok: Office of Academic Promotion and Support; 2012. (in Thai).
5. Srimuangchum Sub-District Health Promoting Hospital. Summary of Elderly Health Information in 2019. [Internet]. 2019 [Cited 2019 Sep 30]; Available from https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b8980. (in Thai).
6. Sutthinarakorn W. Participatory action research and conscientization. Bangkok: Siam Piritus; 2014. (in Thai).
7. Muensaen N, Kraiphibul S. Community participation for health promotion of the elderly in Thunglue Village, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. Nursing Journal. 2014;41(1):1-12. (in Thai).
8. Wongprom J, Jongwutiwes K, Prasertsuk N, Jongwutiwes N. Community participation in the development of older persons' quality of life. Veridian E-Journal, Slipakorn University. 2015;8(3):41-54. (in Thai).
9. Phuangsomjit. Participatory Action Research on Research in Educational Administration. (Book 2 (Unit 6-10); 3rd edition). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2014. (in Thai).
10. Klangkarn S, Promasatayaprot V. Principles of Research in Health Science. Mahasarakham: Faculty of Public Health Mahasarakham University; 2010. (in Thai).
11. Srisa-ard B. Basic Research. 9th edition. Bangkok: Suweeriyasan; 2013. (in Thai).
12. Ministry of Public Health. Strategy target and indicators of the Ministry of Public Health for the year 2020. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 1]; Available from http://www.pho.in.th/images/doc/yuth/StrategyKpi63/strategy_and_kpi_2563.pdf. (in Thai).
13. Nhoothong W. Family folder collector; FFC+ V.2.1. PathumThani: National Electronics and Computer Technology Center (NECTEC)

- (October-December); 2017. (in Thai).
14. Chantavanich S. Qualitative Data Analysis. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. (in Thai).
 15. Srimuangchum Sub-District Health Promoting Hospital. Summary of elderly health information in 2020 [Internet]. 2020 [Cited 2020 Sep 30]; Available from https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b8980. (in Thai).
 16. Meekhanon C, Wiriphiromkul S, Thammaapipphon K, Suthisukon P. The follow-up]evaluation and lessons learned of the thai elderly club association, Kanchanaburi Province. Nakhonprathom: ASEAN Institute of Health Development, Mahidol University; 2012. (in Thai).
 17. Sittipreechachan P, Priyatrak P, Chotkakam Y. Community participatory in the process of care of elderly at Mabcare Subdistrict. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2012;13(2):8-17. (in Thai).
 18. Suthison S, Norasarn S, Sanisi S, Saengpetch M. Stepping forward to participatory long-term elderly society in Dan Sub-District Community, Rasi Salai District, Sisaket Province. Sisaket: Sisaket Printing; 2012. (in Thai).
 19. Nanthabut K. Caring for elderly people of Na Sai Sub-District administrative organization in Li District Lamphun Province. Bangkok: Office of the National Health Promotion Fund; 2014. (in Thai).
 20. Chuchuea N. Development of a long-term elderly health care model by participation of Si Sub-District Municipality, Khun Han District, Sisaket Province. [Thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2016. (in Thai).

การออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสาน ต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน

วรวิมล ชมภูพาน* วิชัย อึ้งพินิจพงศ์** วรางคณา ชมภูพาน*
เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ* ดวงฤดี โชติกลาง* วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี***

บทคัดย่อ

บทนำ : ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย เสี่ยงต่อการล้มและการบาดเจ็บและการดูแลสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสานต่อการทรงตัว ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : งานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตจังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายนาน 3 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินชีวิตตามปกติโดยไม่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบการทรงตัวด้วยวิธีลุกเดินจากเก้าอี้ วิธีการเอื้อมมือ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ข้อมูลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบค่าที กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : พบว่ากลุ่มทดลองมีการทรงตัวซึ่งทดสอบด้วยวิธีลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ เร็วขึ้น 2.09 วินาที (95%CI = 0.89 - 3.30) และยังพบว่าการทดสอบการเอื้อมมือที่เพิ่มมากขึ้น 4.98 เซนติเมตร (95%CI = 3.70 - 6.25) แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล : การออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสานส่งผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุดีขึ้นรวมถึง การมีความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง

คำสำคัญ : การทรงตัว ชุมชน ผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย ศิลปะพื้นบ้าน

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: worawut@scphkk.ac.th

**คณะเทคโนโลยีการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Received: June 20, 2021

Revised: September 9, 2021

Accepted: October 30, 2021

Traditional Isan exercise on body balance among the elderly in a community

Worawut Chompoopan* Wichai Eungpinichpong** Warangkana Chompoopan*
Saowalak Seedaket* Duangruedee Chotklang* Varinthip Srikongphlee***

Abstract

Background: The number of aging population has been increased globally, including Thailand. As populations ages, their physiologically changes, resulting in discomfort, decreased balance, and risk of falls.

Objectives: To investigate the results of applying traditional Isan exercise on body balance blood pressure and heart rate among the elderly in a community.

Methods: This quasi-experimental study was conducted with the elderly living in a community in Khon Kaen. The study population was divided into two groups of 40 people each: the experimental group and the control group. The experimental group participated in the physical training for three months, while the control group continued their daily life without participating in the program. Pre and post-experimental data were collected using the Timed Up and Go Test (TUG), Functional Reach Test (FRT), paired t-test and independent t-test with a statistical significance ($p < .05$).

Results: The experimental group showed improved TUG with 2.09 seconds faster (95%CI = 0.89 to 3.30) and improved FRT (95%CI = 3.70 to 6.25) with 4.98 centimeters longer, which were statistically significantly ($p < .05$) different from those of the counter group.

Conclusion: The application of traditional Isan exercise could improve the body balance of the elderly and reduced blood pressure and heart rate.

Keywords: balance, community, elderly, exercise, traditional art

*Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Royal Institute

E-mail: worawut@scphkk.ac.th

**Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University

***Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ

ประชากรสูงอายุจากทั่วโลกได้เพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 702 ล้านคน และอีกหนึ่งทศวรรษข้างหน้า คาดการณ์ว่า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 1,000 ล้านคน ผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 379 ล้านคน สำหรับในยุโรปและอเมริกาเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 200 ล้านคนและเมื่อจำแนกรายประเทศแล้วพบว่าประเทศจีนมีประชากรสูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ อินเดีย และสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้สูงอายุ 165, 87 และ 53 ล้านคนตามลำดับ¹ ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 9 ล้านคน เป็นอันดับที่สองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินโดนีเซียที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด และยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด ถึง 3.4 ล้านคน รองลงมาคือ ภาคเหนือและภาคใต้มีจำนวน 2.4 และ 1.3 ล้านคนตามลำดับ²

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาในผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลง เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือดพบว่า หลอดเลือดแดงบริเวณช่องอกและหัวใจหนาขึ้น รวมไปถึง หลอดเลือดในร่างกายขาดการยืดหยุ่น ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นจนมีความดันโลหิตสูงขึ้น³ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจะเห็นว่าผู้สูงวัยมีมวลกระดูกและมวลของกล้ามเนื้อที่ลดลงอีกทั้งยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของเส้นประสาทของกล้ามเนื้อขา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สัมผัสลดลง (Sensory impairments) รวมถึงกลไกการทรงตัวเปลี่ยนไป (Balance impairment) เป็นผลให้เกิดการไม่สมดุลของการทรงตัวทำให้ไม่สามารถทรงท่าอยู่ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้นำไปสู่การหกล้มในผู้สูงวัย⁴

จากการสังเกตการหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้กล้องวงจรปิด ของสถานดูแลผู้สูงอายุ 2 แห่งในประเทศแคนาดา ระหว่างวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2550 ถึง 23 มิถุนายน พ.ศ. 2553 โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 130 คน พบว่าระยะเวลา 3 ปีที่ศึกษามีผู้สูงอายุหกล้มจากปัญหาการทรงตัวจำนวน 227 ครั้งและเมื่อศึกษาข้อมูลการหกล้มจากสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดาจำนวน 646 แห่ง พบว่ามีการหกล้ม 2,377 ครั้ง ซึ่งผลจากการวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการเคลื่อนไหวของมนุษย์พบว่า การหกล้มของผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากความสมดุลของการทรงตัวที่ไม่ดี (Imbalance) สูงมากถึง 521 ครั้ง⁵ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการทรงตัวนั้นมีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกคนรวมไปถึงผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถประกอบกิจวัตรต่าง ๆ ได้

การสร้างเสริมความสามารถในการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุมีอยู่หลายวิธีการฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีมาตรฐาน เช่น การเดินต่อส้นเท้า การเดินสไลด์ไปด้านข้าง พบว่าสามารถเสริมสร้างความสามารถในการทรงตัวได้เป็นอย่างดี กล่าวคือในกลุ่มที่ฝึกการออกกำลังกายจะมีความสามารถในการทรงตัวเมื่อทดสอบการเคลื่อนไหวด้วยวิธีการลุกเดินนั่งไปกลับ (Timed up and go test; TUG) จะใช้เวลาในการเดินได้เร็วกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายทางเลือกที่เสริมสร้างการทรงตัวซึ่งเป็นที่นิยมคือ ไทชิ (Tai Chi) ที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหวได้เช่นเดียวกับวิธีมาตรฐาน⁷ อย่างไรก็ตามวิธีการออกกำลังกายทั้งสองวิธีนั้นยังมีข้อจำกัดอยู่เช่น ทำมาตรฐานต้องใช้สถานที่และพื้นที่ในการฝึก อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระหว่าง

การฝึกซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ทำให้การดูแลอย่างใกล้ชิดสำหรับ โทชิ เป็นการออกกำลังกายที่มีท่าทางที่ซับซ้อนยากต่อการนำไปฝึกสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะวิจัยถึงค้นหาวิธีการออกกำลังกายที่ให้ส่งผลต่อการทรงตัว เช่นเดียวกับวิธีที่กล่าวมาในข้างต้นและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกล่าวคือต้องเป็นวิธีการที่ฝึกได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามที่คาดหวังได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น ซึ่งวิธีการนั้นคือการฝึกออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ใช้ท่าศิลปะพื้นบ้านอีสาน ประกอบไปด้วยท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่อาศัยการทำงานที่สัมพันธ์กับระบบการมองเห็น ระบบกระดูก ข้อต่อและกล้ามเนื้อ รวมไปถึงระบบประสาทรับความรู้สึกทางกาย (Somato-sensory system) ซึ่งประกอบไปด้วย 8 ท่าทางและมีชื่อเรียกท่าทางต่างๆเป็นภาษาอีสาน ซึ่งการฝึกการออกกำลังกายด้วยวิธีนี้ยังไม่มีการศึกษามาก่อนหน้านี้ ดังนั้นเพื่อเป็นการประยุกต์ศิลปะท้องถิ่น ที่มีจังหวะเหมาะสมร่วมกับท่าทางที่สามารถส่งเสริม การทรงตัว ก่อปรกับความรู้สึกลึกซึ้งในศิลปะท้องถิ่นจะช่วยส่งผลด้านจิตใจและสังคม อันจะเป็นประโยชน์ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการศึกษาและแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสานต่อการทรงตัว ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจในผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experiment two groups pretest posttest design) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง อาศัยในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่นโดยมีทั้งสิ้นจำนวน 9 หมู่บ้าน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563

ขนาดตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้ค่าสถิติจากการศึกษาที่ผ่านมา⁸ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 40 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้เลือกหมู่บ้านที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์และมีลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 2 หมู่บ้าน ทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากมาจำนวน 1 หมู่บ้านเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและอีก 1 หมู่บ้าน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก แพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถออกกำลังกายได้ และมีปัญหาในการทรงตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวัด ประกอบไปด้วย นาฬิกาจับเวลา (Stop watch) ยี่ห้อ Exttech รุ่น 365510-NIST และ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด

ดิจิทัลดิจิทัล Omron รุ่น HEM 7121 โดยอุปกรณ์ทั้ง 2 ชนิด ผ่านการสอบเทียบ (Calibrate) ทุก 6 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ

2.2 การทดสอบความสามารถในการทรงตัวด้วยวิธีการลุกเดินนั่งไปกลับ ความเที่ยง (Reliability) ในการทดสอบซ้ำ (Test-retest ability) ได้ค่า Intraclass correlation coefficient; ICC=0.98 ความตรง (Validity) มีค่าความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) กับเครื่องมืออื่นๆ โดยเปรียบเทียบ TUG กับ Berg Balance ($r = -0.52$)⁹

2.3 การทดสอบความสามารถในการทรงตัวด้วยวิธีเอื้อมมือ (Functional Reach Test; FRT) หาค่าความเที่ยงของการวัดซ้ำ (Test-retest ability) ได้ค่า ICC = 0.81-0.84¹⁰ ความตรง (Validity) มีค่าความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) กับ Six Spot Step Test ($r = -0.52$)¹¹

2.4 แบบบันทึกผลของการวัดความดันโลหิต (Blood pressure) และอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate)

โปรแกรมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

เตรียมความพร้อมโดยประชุมคณะทำงาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน เพื่อชี้แจงกิจกรรมตามโปรแกรม รวมไปถึงการประเมินผลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการกิจกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มทดลองจะได้รับสิ่งทดลอง (Intervention) คือการออกกำลังกายด้วยท่าประยุกต์ศิลปะพื้นบ้านอีสานพัฒนาโดยกรมอนามัย ในช่วงเวลาประมาณ 17.00-18.00 น. บริเวณศาลากลางบ้าน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมรวม 65 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 3 เดือน โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) นาน 10 นาที

2. ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกาย ในขั้นตอนนี้จะประกอบไปด้วยท่าทางในการออกกำลังกายรวมทั้งสิ้น 8 ท่า และมีการทำซ้ำท่าละ 8 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1) ท่าปั่นข้าว ย่อเข้า เขยียดแขน กำมือ เหยียดไปด้านข้าง สลับซ้ายขวา

2) ท่าเชิปเชิป เขยียดแขนขึ้นไปที่ข้าง ลำตัว แขนข้างหนึ่งวางที่ระดับอก แล้วยกปลายเท้าเข้ามาชิด สลับซ้ายขวา

3) ท่าหงายเงิบ ก้าวเท้าไปข้างหลัง 1 ก้าว โค้งตัวลงพร้อมกับเขยียดแขน จากนั้น ก้าวมาข้างหน้าพร้อมกับยืดตัว

4) ท่านกบิน ย่ำเท้าสลับกันไปพร้อม เขยียด แขนออกข้างลำตัวขยับขึ้นลงคล้ายนกบิน

5) ท่าสาละวันเขยียดแขนออกข้าง ลำตัว ยกขึ้นลงสลับกัน จากนั้นเอามือทั้งสองข้าง มาวนที่สะโพก

6) ท่าไล่กา เหยียดแขนไปด้านหลัง เขย่งเท้าแล้วยืดตัวมาด้านหน้าพร้อมเขย่งเท้า

7) ท่าสะเด็ด ย่ำเท้าสลับกันไปพร้อม ทั้งแกว่งแขน จังหวะสุดท้ายย่อตัวลงพร้อมทั้งแกว่งแขนไปด้านหน้า

8) ท่าหมอลำ ย่ำเท้าพร้อมแกว่งแขน ข้างลำตัว จังหวะสุดท้ายให้ยกเข่าขึ้นมาพร้อม ทั้งมือแนบศีรษะ มืออีกข้างหนึ่งแตะที่หัวเข่า

3. ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนนี้ให้ทำซ้ำในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2 อีก 1 รอบ ใช้เวลา 10 นาที

4. ขั้นตอนที่ 4 พักร่างกาย 5 นาที

5. ขั้นตอนที่ 5 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2 ซ้ำอีก 2 รอบ ใช้เวลา 20 นาที

6. ขั้นตอนที่ 6 การผ่อนคลายร่างกาย (Cool down) นาน 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนประเมินผล

หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการออกกำลังกายครบ 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินความสามารถในการทรงตัว ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจโดยคณะผู้วิจัย

สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยได้แนะนำให้ดำรงชีวิตประจำวันตามปกติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงการไปยังสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอรับการพิจารณารับรองและได้รับการรับรองตามเอกสารการรับรองเลขที่ SCPHKKIRB63068 ลำดับที่ HE6220037 ลงวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการในตอนเช้าของวันนัดโดยใช้สถานที่คือศาลาวัดในหมู่บ้าน เมื่อผู้สูงอายุมาถึงจะได้รับคำแนะนำให้นั่งพักนาน 10 นาที หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน และนักกายภาพบำบัดจำนวน 2 คน จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่รวบรวมแบ่งออกเป็นสามส่วนคือข้อมูลส่วนที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้เวลา

ประมาณ 2 นาที ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นการวัดความสามารถในการทรงตัวในขณะที่เคลื่อนไหว (Dynamic balance) ด้วยวิธีการลุกเดินหนึ่งไปกลับ และความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่กับที่ (Static balance) ด้วยวิธีเอื้อมมือ (Functional Reach Test; FRT) ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ดำเนินการวัด จำนวน 2 คน มีวิธีการดังนี้ 1) วิธีการลุกเดินหนึ่งไปกลับ โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้วัดมีดังนี้ นาฬิกาจับเวลา แก้อื้อ ผู้ทำการวัดจะให้สัญญาณโดยพูดว่า “เริ่ม” และทำการจับเวลา หลังจากนั้นผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้เดินไปตามเส้นที่มีระยะทาง 3 เมตร หลังจากนั้นเดินวนกลับมานั่งที่เก้าอี้ ผู้วัดทำการหยุดเวลาและบันทึกผล 2) วิธีเอื้อมมือ ผู้ทดสอบแจ้งให้ผู้สูงอายุนยืนยกแขน 90 องศา ผู้ทดสอบบันทึกค่าเริ่มต้นหลังจากนั้นสั่งให้นมิดตัวไปด้านหลังโดยให้แขนอยู่ในระดับเดิมเอื้อมไปให้ไกลที่สุดโดยไม่ก้าวเท้าและทำการบันทึกผลค่าสุดท้าย ข้อมูลส่วนที่ 3 การวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการทำการวัดที่ต้นแขนขวาในท่านั่งทำการวัด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที หลังจากนั้นหาค่าเฉลี่ยและทำการบันทึกผล โดยใช้เวลาในการดำเนินการนานประมาณ 6 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การทดสอบด้วยวิธีลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ

การทดสอบการเอื้อมือ ความดันโลหิต และ อัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ซึ่งพบร้อยละ 87.50 และ 80.50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 68.50 ± 7.11 ปี และ 66.33 ± 6.12 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกร

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้การทดสอบด้วยวิธีลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองใช้เวลา 10.56 ± 3.37 วินาที และในกลุ่มเปรียบเทียบ 10.47 ± 3.54 วินาที โดยพบว่าในกลุ่มทดลองใช้

เวลาในการเดินมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.09 วินาที (95%CI = -1.45; 1.63) ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=.906$) เช่นเดียวกับการทดสอบการเอื้อมือที่พบในกลุ่มทดลอง 21.65 ± 6.45 เซนติเมตร และในกลุ่มเปรียบเทียบ 20.60 ± 8.92 เซนติเมตร โดยในกลุ่มทดลองเอื้อมือได้มากกว่า 1.05 เซนติเมตร (95%CI = -2.41; 4.51) ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=.548$) สำหรับความดันโลหิตค่าบนและค่าล่าง และอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่าไม่แตกต่างกันเช่นกัน ($p=.718, .419$ และ .943) ตามลำดับ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากการทดลอง 3 เดือน ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองใช้เวลาในการลุกเดิน 3 เมตรไปกลับ ที่ลดลง -1.36 วินาที (95%CI = -2.36; -0.37) แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สำหรับการทดสอบการเอื้อมือ กลุ่มทดลองสามารถเอื้อมือได้เพิ่มมากขึ้น 4.90 เซนติเมตร (95%CI = 0.68; 9.1) แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และยังพบว่า ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง <i>M</i> ± <i>SD</i>	กลุ่มเปรียบเทียบ <i>M</i> ± <i>SD</i>	Mean difference	95%CI		p
				Lower	Upper	
1. การลุกเดินนั่ง	8.47 ± 2.06	9.83 ± 2.40	-1.36	-2.36	-0.37	.008*
2. การเอื้อมือ	26.63 ± 7.14	21.73 ± 11.36	4.90	0.68	9.12	.024*
3. ความดันโลหิตค่าบน	130.73 ± 10.86	137.20 ± 13.93	-6.47	-12.03	-0.92	.023*
4. ความดันโลหิตค่าล่าง	77.48 ± 8.11	82.65 ± 9.89	-5.17	-9.20	-1.15	.012*
5. อัตราการเต้นของหัวใจ	71.63 ± 8.72	77.20 ± 10.13	-5.57	-9.78	-1.37	.010*

* $p<.05$

การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 3 เดือน ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองเวลาในการลุกเดิน 3 เมตรไปกลับ (TUG) ที่ลดลง 2.09 วินาที (95%CI = 0.89; 3.30) แตกต่างจากข้อมูลก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าการทดสอบการเอื้อมมือ (FRT) ภายหลังจากการ

ทดลอง กลุ่มทดลองสามารถเอื้อมมือได้เพิ่มมากขึ้น 4.98 เซนติเมตร (95%CI = 3.70; 6.25) แตกต่างจากข้อมูลก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) อีกทั้งยังพบว่าความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 3 เดือน	Mean difference	95%CI		p
	M±SD	M±SD		Lower	Upper	
1. การลุกเดินหนึ่ง	10.56±3.37	8.47±2.06	2.09	0.89	3.30	.001*
2. การเอื้อมมือ	21.65±6.45	26.63±7.14	-4.98	-6.25	-3.70	.001*
3. ความดันโลหิตค่าบน	139.48±13.58	130.73±10.86	8.75	3.25	14.25	.003*
4. ความดันโลหิตค่าล่าง	82.48 ±10.35	77.48±8.11	5.00	0.61	9.39	.026*
5. อัตราการเต้นของหัวใจ	76.80±9.85	71.63±8.72	5.17	1.07	9.28	.015*

* $p<.05$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 3 เดือน โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าข้อมูลของกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งประกอบไปด้วยการลุกเดิน 3

เมตรไปกลับ การเอื้อมมือ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองไม่ต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 3 เดือน	Mean difference	95%CI		p
	M±SD	M±SD		Lower	Upper	
1. การลุกเดินหนึ่ง	10.47±3.54	9.83±2.40	0.64	-0.80	2.07	.377
2. การเอื้อมมือ	20.60±8.92	21.73±11.36	-1.13	-4.10	1.85	.450
3. ความดันโลหิตค่าบน	138.28±15.89	137.20±13.93	1.08	-6.50	8.65	.776
4. ความดันโลหิตค่าล่าง	84.60±12.89	82.65±9.89	1.95	-3.02	6.92	.432
5. อัตราการเต้นของหัวใจ	76.65±8.78	77.20±10.13	-0.55	-4.70	3.60	.790

อภิปรายผล

โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย Vestibular, Visual, Somato-sensory ผลของการออกกำลังกายโดยใช้ท่าศิลปะพื้นบ้านอีสาน ส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชัยวัฒน์ ศรีรักษา และคณะ¹² ที่ศึกษาผลของการรำเช็งอีสานต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุชาวไทย โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบไปด้วยกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบอีก 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้ออกกำลังกายด้วยวิธีรำเช็งอีสานที่มีระดับความหนักในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate intensity) ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าการทรงตัวด้วยวิธีลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ ในกลุ่มรำเช็งมีความเร็วขึ้น 1.2 วินาที แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ KOCIC และคณะ⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย (Otago exercise program) ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปอาศัยในบ้านพักคนชรา โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 77 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 38 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบอีก 39 ราย กลุ่มทดลองได้ออกกำลังกายตามโปรแกรม 30-35 นาที ร่วมกับการเดิน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที นาน 6 เดือน ภายหลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการทรงตัวด้วยวิธีลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับความเร็วขึ้น 2.9 วินาที แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

ผลของการออกกำลังกายท่าศิลปะพื้นบ้านอีสานยังส่งผลต่อการทรงตัวในขณะที่อยู่กับที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสายธิดา ลาภอนันตสิน¹³ ที่ได้ศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถภาพการทรงตัวในผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 50 ราย โดยมีโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที/ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการทรงตัวด้วยการเอื้อมมือ (Functional Reach Test) เพิ่มขึ้น 2.49 เซนติเมตร แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .001$ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น และมีส่วนทำให้การทำงานของระบบประสาทส่วนปลายมีความไวเพิ่มมากขึ้น (Improve peripheral sensation) ส่งผลให้เกิดความทรงตัวที่ดี¹⁴

การออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสาน ส่งผลให้ความดันโลหิตค่าบนและค่าล่างลดลง 6.47 และ 5.17 มิลลิเมตรปรอท รวมไปถึงอัตราการเต้นของหัวใจลดลง 5.57 ครั้งต่อนาที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Echtes¹⁵ ได้ศึกษาภาวะความดันโลหิตที่ลดลงภายหลังจากการออกกำลังกายในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย ออกกำลังกาย 45 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตค่าบนจะลดลงประมาณ 20 มม.ปรอทหลังจากการออกกำลังกาย และความดันโลหิตค่าล่างจะลดลงหลังจากออกกำลังกาย 30 นาที แตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Hélio José¹⁶ ศึกษาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มี

ความดันโลหิตสูง โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบไปด้วยกลุ่มเปรียบเทียบ 53 ราย กลุ่มทดลอง 97 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมออกกำลังกายในระดับปานกลาง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 48 นาที นาน 26 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตค่าบนลดลง 8 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตค่าล่างลดลง 11 มิลลิเมตรปรอทและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง 6.8 ครั้งต่อนาที แตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสานนั้นเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ โดยจะกล่าวถึงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิติก (Sympathetic nervous system; SNS) กล่าวคือภายหลังจากการออกกำลังกาย (Post exercise) จะทำให้ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิติก (SNS regulation) ทำงานลดลง ซึ่งการทำงานที่ลดลงของระบบประสาทซิมพาธิติกจะเป็นผลทำให้หลอดเลือดขยายตัวและการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง¹⁷

อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ภายหลังจากการออกกำลังกายจะเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งของไนตริก ออกไซด์ (Nitric oxide; NO) จากหลอดเลือดในชั้นเอนโดทีเลียม (Vascular endothelium) ซึ่ง จะ ขั บ ไ น ต ริ ก ออกไซด์ เพิ่มในปริมาณที่มากขึ้น¹⁸ ซึ่งกลไกการทำงานของไนตริกออกไซด์จะทำหน้าที่ในการยับยั้งกลไกการทำงานของอัลฟาออดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์ (Alpha-adrenergic receptor) ซึ่งมีหน้าที่หลักคือการกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการ

หดตัว ในทางตรงกันข้ามหากกลไกนี้ถูกยับยั้ง จะส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลของการออกกำลังกายด้วยท่าศิลปะพื้นบ้านอีสานมีผลต่อการทรงตัวที่ดีขึ้นอีกทั้งยังส่งผลต่อการลดลงของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สามารถนำวิธีการออกกำลังกายดังที่กล่าวมานี้ เพื่อเป็นการเสริมสร้างสมดุลในการทรงตัวในผู้สูงอายุ อีกทั้งการออกกำลังกายด้วยวิธีนี้ยังมีผลต่อความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้คณะผู้วิจัยไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการรักษาพยาบาลและยาที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำ ซึ่งอาจส่งผลต่อการทรงตัว ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ อีกทั้งตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งต้องระมัดระวังในการใช้ผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครในพื้นที่ รวมถึงวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณในโครงการวิจัยในครั้งนี้

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Ageing 2019 Highlights; 2019.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI): Situation of the Thai Elderly 2018. Bangkok: Amarin printing and publishing; 2019. (in Thai).
3. Forman DE, Arena R, Boxer R, Dolansky MA, Eng JJ, Fleg JL, et al. Prioritizing functional capacity as a principal end point for therapies oriented to older adults with cardiovascular disease: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(16):894-918. doi: 10.1161/CIR.0000000000000483.
4. Lord SR, Delbaere K, Gandevis SC. Use of a physiological profile to document motor impairment in ageing and in clinical groups. *J. Physiol*. 2016;594(16):4513-23. doi: 10.1113/JP271108.
5. Yang Y, Komisar V, Shishov N, Lo B, Korall AM, Feldman F, et al. The effect of fall biomechanics on risk for hip fracture in older adults: A cohort study of video-captured falls in long-term care. *J Bone Miner Res*. 2020;35(10):1914-22. doi: 10.1002/jbmr.4048.
6. Chompoopan W, Chompoopan W, Eungpinichpong W, Eungpinichpong W. Effects of low intensity exercises on body balance and muscle strength of community elderly people. *Int. J. GEOMATE*. 2019; 17(61):86-90. doi: 10.21660/2019.61.4786.
7. Sung WH, Liu CC, Wei SH, Chuang LR, Chuang E, Wang KA, et al. Feasibility and outcome of an individualized Tai Chi program for improving balance and strength in the elderly: A pilot study. *NeuroRehabilitation*. 2018;43(4):509-18. doi: 10.3233/NRE-162061.
8. Kocic M, Stojanovic Z, Nikolic D, Lazovic M, Grbic R, Dimitrijevic L, et al. The effectiveness of group Otago exercise program on physical function in nursing home residents older than 65 years: A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;75:112-8. doi: 10.1016/j.archger.2017.12.001.
9. Alghadir AH, Al-Eisa ES, Anwer S, Sarkar B. Reliability, validity, and responsiveness of three scales for measuring balance in patients with chronic stroke. *BMC Neurol*. 2018;18(1):141. doi: 10.1186/s12883-018-1146-9.
10. Puengtanom S, Suttanon P. Psychometric properties of falls risk assessment in older people with mild cognitive impairment and dementia: A systematic review. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*. 2018;62(4):335-44. (in Thai).
11. Reguera-García MM, Leirós-Rodríguez R, Fernández-Baro E, Álvarez-Barrio L. Reliability and validity of the six spot step test in people with intellectual

- disability. *Brain Sci.* 2021;11(2):201. doi:10.3390/brainsci11020201.
12. Sriraksa C, Nakmareong S, Yonglitthipagon P, Siritaratiwat W, Sawanyawisuth K, Janyacharoen T. Effects of Isaan dance on physical performance in elderly Thais: A pilot study. *Chulalongkorn Medical Journal.* 2018;62(2):211–22. (in Thai).
13. Lapanantasin S, Techovanich W, Na Songkhla P, Odglun Y, Wikam S. Balance performance and fear of fall improvement for elderly women living in Ongkharak and Bang-lookseir subdistricts of Nakhonnayok province by a community-based service. *Thai Journal of Physical Therapy.* 2015;37(2):63-7. (in Thai).
14. Leitzelar BN, Koltyn KF. Exercise and neuropathic pain: A general overview of preclinical and clinical research. *Sports Med Open.* 2021;7(1):21. doi: 10.1186/s40798-021-00307-9.
15. Eches EH, Ribeiro AS, Gerage AM, Tomeleri CM, Souza MF, Nascimento MA, et al. Twenty minutes of post-exercise hypotension are enough to predict chronic blood pressure reduction induced by resistance training in older women. *Motriz: Rev. Educ. Fís.* 2018; 24(1):1-7. doi: 10.1590/S1980-6574201800010005.
16. Coelho-Júnior HJ, Asano RY, Gonçalves IO, Brietzke C, Pires FO, Aguiar SDS, et al. Multicomponent exercise decreases blood pressure, heart rate and double product in normotensive and hypertensive older patients with high blood pressure. *Archivos de cardiología de México.* 2018;88(5):413-22. doi: 10.1016/j.acmx.2018.01.001.
17. Aprile DC, Oneda B, Gusmão JL, Costa LA, Forjaz CL, Mion D Jr, et al. Post-exercise hypotension is mediated by a decrease in sympathetic nerve activity in stages 2-3 CKD. *Am J Nephrol.* 2016;43(3):206-12. doi: 10.1159/000445443.
18. Tsukiyama Y, Ito T, Nagaoka K, Eguchi E, Ogino K. Effects of exercise training on nitric oxide, blood pressure and antioxidant enzymes. *J Clin Biochem Nutr.* 2017; 60(3):180-6. doi: 10.3164/jcbrn.16-108.
19. Conti V, Russomanno G, Corbi G, Izzo V, Vecchione C, Filippelli A. Adrenoreceptors and nitric oxide in the cardiovascular system. *Front Physiol.* 2013;4:321. doi: 10.3389/fphys.2013.00321.

การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

สุภลักษณ์ ธานีรัตน์* เมทนี ระดาบุตร** สุจิตรา วิเชียรรัตน์** วิญญา สุมาวัน***

บทคัดย่อ

บทนำ : การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความหมายของโรคไตเรื้อรังและการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน และเพื่อศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 16 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามวิธีของ Giorgi

ผลการวิจัย : ความหมายของโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ โรคที่เกิดจากการสะสมของยาที่ไตทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ ต้องรักษาด้วยการล้างไตและสุดท้ายต้องเสียชีวิต และผู้ป่วยรับรู้การป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจากผลการตรวจเลือดหรือแพทย์แจ้งให้ทราบ สำหรับการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สรุปได้เป็น 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2) ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 3) การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4) ความคาดหวังขณะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง และ 5) การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ

สรุปผล : ผู้ป่วยรับรู้ความหมายของโรค การป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ จึงควรสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อลดความก้าวหน้าของโรค

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง ประสบการณ์ การรับรู้ การดูแลตนเอง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: sthanirat@yahoo.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมู่ 7 ลำโพ จังหวัดนนทบุรี

Perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease in the community

Suppaluk Thanirat* Matanee Radaburt** Sujira Wichainrat** Winya Sumawan***

Abstracts

Background: The perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease play crucial information in caring and delaying the progression of chronic kidney disease for patients.

Objectives: To explore the meaning of chronic kidney disease and what it entails to be a patient with chronic kidney disease, and to explore the perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease in the community.

Methods: This study was a phenomenological design. In-depth interviews were conducted with sixteen patients with chronic kidney disease. Purposive sampling was used to select the participants. Data were analyzed using Giorgi's phenomenological method.

Results: The patients perceived a meaning of chronic kidney disease in that it is caused by accumulation of drug leading to loss of kidney function. It is treated with dialysis and patients eventually die. The patients perceived who had chronic kidney disease based on laboratory results or information from their doctors. Five core themes emerged regarding self-care as a patient with chronic kidney disease emerged, including 1) causes of chronic kidney disease; 2) impairment of life; 3) self-care of patients with chronic kidney disease; 4) expectations of living with chronic kidney disease; and 5) healthcare support.

Conclusions: Patients perceived the meaning of chronic kidney disease, what it entails to be a patient, and experienced self-care regarding chronic kidney disease in both positive and negative aspects. Therefore, accurate perception of chronic kidney disease should be created among patients. Patients should be helped to take proper care of themselves to reduce the progression of diseases.

Keywords: chronic kidney disease, experience, perception, self-care

*Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand, E-mail: sthanirat@yahoo.com

**Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

***Lam Pho Moo 7 Health Promotion Hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกร้อยละ 9.1 หรือประมาณ 700 ล้านคน และอยู่ในระยะ 1-3 ร้อยละ 8.90¹⁻² สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.60 หรือประมาณ 8 ล้านคน³⁻⁴ ทั้งนี้มีเพียงร้อยละ 1.90 ที่ทราบว่าตนเองมีโรคไต ในขณะที่มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นต่อเนื่องร้อยละ 15-20 ต่อปี ซึ่งหากไม่มีการแก้ไขคาดว่าใน 5 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 แสนคน

การเกิดโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุสำคัญจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการบริโภคอาหาร การพักผ่อนและการออกกำลังกาย รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ^{1-2,5-6} ในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่เมื่อมีการดำเนินของโรคมากขึ้น จะพบอาการที่บ่งบอกว่าไตทำงานลดลง เช่น อาการบวม เหนื่อยง่าย ปวดบั้นเอว และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะยูริเมีย ความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งปัญหาด้านจิตสังคม⁴⁻⁶ โรคไตเรื้อรังมีทั้งหมด 5 ระยะ โดยระยะที่ควรได้รับการดูแลตนเอง คือ ระยะที่ 1-3 เนื่องจากระยะที่ 4 หรือ 5 จะเป็นระยะที่ต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไต⁴

จังหวัดนนทบุรี มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ.2563 ทั้งสิ้น 12,197 คน ในจำนวนนี้อยู่ในระยะที่ 1-3 จำนวน 10,233 คน คิดเป็นร้อยละ 83.90 คน⁷ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่

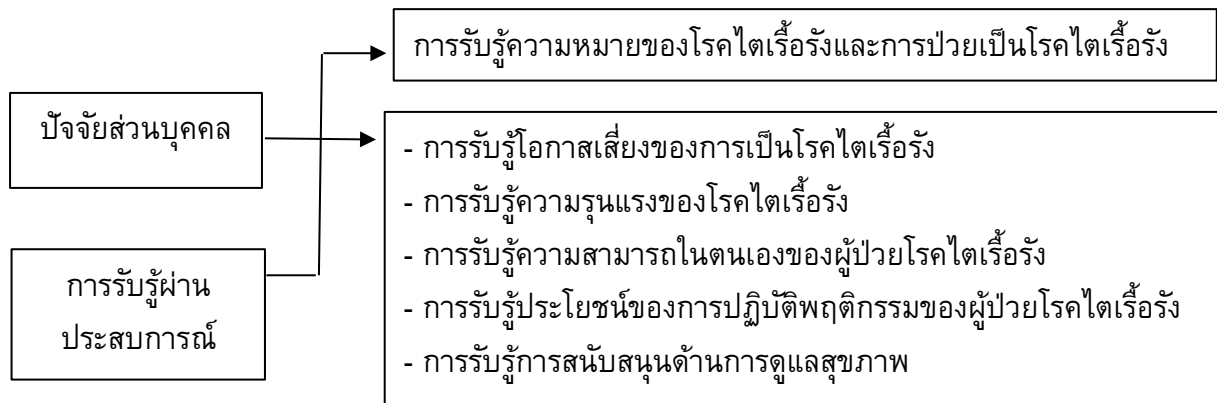
ต้องได้รับการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลดการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งนี้สามารถทำได้ด้วยการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรค เพราะการรับรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะการไม่บริโภคเค็ม งดดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ มีการออกกำลังกายเป็นประจำ⁴⁻⁵ ซึ่งเป็นประสบการณ์เชิงบวกด้านสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีวิถีชีวิตตามบริบทของชุมชนในจังหวัดนนทบุรี เพื่อเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยในมิติต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต อันจะช่วยชะลอความเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหมายของโรคไตเรื้อรังและการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Husserl⁸ โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker⁹ ที่เชื่อว่าการรับรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Qualitative Research) ตามแนวคิดของ Husserl

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 16 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้ 1) มีค่าอัตราการกรองของไต 30-90 มล./นาที /1.73 ตร.ม 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูดหรือเขียนภาษาไทยได้ และ 3) มีความสนใจในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากบททบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่โครงการวิจัย BCNNON No. 001/62 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและนัดวันสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

3. สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว (face-to-face interviews) ครอบคลุมแนวคำถาม 10 ข้อ พร้อมบันทึกเทปการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณคนละ 45-60 นาที และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจนกว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation)

4. ทำการถอดเทปบันทึกแบบคำต่อคำ เสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ Giorgi¹⁰ มีขั้นตอน ดังนี้ 1) อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อรับรู้ในภาพรวม 2) อ่านข้อมูลอีกครั้งเพื่อหาหน่วยของความหมายของแต่ละความคิด 3) แยกข้อความที่เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษาออกจากคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูล 4) เชื่อมโยงกับความเข้าใจทางจิตวิทยาในแต่ละหน่วยของความหมาย และ 5) สังเคราะห์หน่วยความหมายทั้งหมดเพื่อให้มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.25 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัวทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดร้อยละ 75.00 และร้อยละ 87.50 เป็นโรคไตในระยะที่ 3

2. การรับรู้ความหมายของโรคไตเรื้อรังและการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง

2.1 ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังตามความรับรู้ของผู้ป่วย คือ “โรคที่เกิดจากการสะสมของยาที่ไตทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ ต้องรักษาด้วยการล้างไตและสุดท้ายต้องเสียชีวิต”

เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ก็ไม่รู้เหมือนกัน มันมีอะไรสะสมอยู่รู้ป่าวถึงได้เรื้อรัง ไม่รู้เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16) “โรคที่เกี่ยวกับการกินยาเยอะใช้ไหมละคะ กินยานานอะไรพวกนี้ จะทำให้เป็นโรคไต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) “ไตไม่ดี ถ้าเป็นแล้วต้องล้างไต ที่เคยรู้มาบางคนก็เสียชีวิตจากการล้างไต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2.2 การรับรู้การป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังจากผลการตรวจเลือดหรือแพทย์แจ้งให้ทราบ เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ไม่มี ไม่มีเลยที่จะเป็นโรคนี้คิดว่าไม่มีเลย ไม่รู้ว่าเป็น แต่ไปตรวจแล้วหมอเขาจะบอก เนี่ยถึงจะรู้ว่าอ้อเป็นโรคไต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13) “มันไม่มีอาการ มาเจาะเลือดเขาก็บอกว่าเป็นไต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

3. การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สรุปได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2) ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 3) การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4) ความคาดหวังขณะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง และ 5) การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำเสนอการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

3.1 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็น การรับรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.1.1 รับประทานอาหารที่มีรสเค็มและใช้ผงปรุงรส ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับประทาน อาหารที่มีรสเค็มและผลิตภัณฑ์ปรุงแต่งอาหาร โดยไม่ทราบว่าผงปรุงรสเหล่านั้นมีส่วนประกอบที่มีโซเดียมสูง เช่น ผู้ให้ข้อมูล

กล่าวว่า “ข้าพเจ้าไม่เคยใช้ชีวิตรวดซอสปรุงรส หลังจากนั้นก็ยังไม่ใช้ชีวิตรวดซอสปรุงรส ใช้ปกติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) “เค็มเยอะ ทั้งหวาน ทั้งเค็ม ถูบเบ้อเรอใส่ลงไปดังโพลีเลย (หัวเราะ) จริงๆแล้วแต่ชอบ ที่บ้านมีหมด ทั้งเกลือ น้ำปลา น้ำตาล ผงชูรส พริกไทย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3.1.2 โรคประจำตัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังขึ้นได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ราว ๆ 2 ปี ที่แรกมันเป็นหอบหืดก่อน แล้วก็มาเป็นเบาหวาน เป็นความดัน เป็นไขมัน เรื่อยเรื่อยมาเลยเนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13) “ก็กินยาอยู่ มียาความดัน เบาหวาน ไขมัน...รู้เหมือนกันว่า 2 โรคนี้ทำให้เป็นไตวาย เห็นเขาวางกันแต่ก็ยังไม่รู้หรอกมันเป็นยังไง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

3.1.3 รับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือหลายชนิด ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้และมีประสบการณ์จากการรับประทานอย่างต่อเนื่องหรือหลายชนิด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “คิดว่ากินยาเยอะ กินยานาน ต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายปี มันจะทำให้เป็นโรคไต เขาพูดกันอย่างนั้นก็สันนิษฐานไปแบบนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) “ได้ยินเขาพูดพูดกันคุยกันเองนั่นแหละ เขาวางกันอย่างนั้นแหละว่ากินยาเยอะแล้วเป็นโรคไต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3.1.4 ความเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลทุกคนอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเสื่อมมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “บางคนก็ไม่เห็นจะหายเลยอะ ถึงเวลาก็ปล่อย อายุเยอะแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) “หมอน้อยเขาบอกว่าเป็นไตชั้น 3 ไตจะวาย เขาพูดแบบนี้เราก็ตกใจเหมือนกัน เราถึงปลงไว้ว่าจะถ้าจะวาก็วาย 70 กว่านี้ แล้ง แต่อยู่มาคุ้มค่าแล้ว (หัวเราะ)” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

3.1.5 ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงทำให้ไม่ทราบวิธีการป้องกันการเกิดโรคไต ซึ่งอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคไตเรื้อรังมากยิ่งขึ้น เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ป้าก็ไม่ได้รู้สาเหตุมันเกิดจากอะไร...ป้าไม่รู้ไง ใช้ชีวิตปกติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15) “ผมไม่รู้เหมือนกันนะว่าเป็นโรคไต ...เกิดจากอะไรไม่รู้ ใครชอบอะไรก็ทำกันไป ผมกินได้ทั้งนั้น จะหวานทั้งเค็มทั้งมันกินได้หมด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

3.2. ผลกระทบในการดำเนินชีวิต เป็น การรับรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบด้านร่างกายจากการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีอาการเท้าบวม รวมทั้งปัสสาวะผิดปกติ เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เหนื่อย ก็ทำงานได้น้อยลงกว่าปกติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) “มันไม่มีอาการอะไรมาก มันจะปวดหลัง เจ็บเอว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10) “มันก็เวลานั้นมันก็ถี่ ๆ น้อยๆนะ แล้วก็บางครั้ง บางครั้งก็เยอะบางครั้งก็น้อย ...บางทีทำอะนะ เขาก็ว่าบวมแล้วบวมเดี๋ยวก็หาย หายๆบวมๆ แบบนั้นนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย เครียด วิตกกังวล กลัวการถูกล้างไต และกลัวเสียชีวิต เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ล้างไตนี่น่ากลัวนะ ถ้าป้าต้องล้างไตก็กลัวเหมือนกันนะ เขาว่าปวดแล้วทรมานมากเลย... ล้างแล้วตายก็มี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “ใจไม่ค่อย

สบาย ไม่ค่อยเป็นอะไร คิดไปเรื่อยอะนอนไม่ค่อยหลับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

3.2.3 ไม่มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต ผู้ให้ข้อมูลบางส่วน รับรู้ว่าการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังไม่มีผลกับการดำเนินชีวิต ยังใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่รู้สึกเครียดหรือกังวล เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “จะว่าไปก็เฉยๆนะ ถ้าหมอ...ไม่บอกก็ไม่รู้ว่าตัวเองเป็น มันไม่มีอาการอะไร ใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) “ก็ไม่ต้อง แบบว่าปกติไง...ทำงานได้ ยังทำอะไรได้เอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

3.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.3.1 ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร เพื่อลดความรุนแรงของโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เมื่อก่อนก็กินนะ แต่ช่วง 4-5 ปีนี้ กินเค็มน้อยลง แทบจะจืดเลยแหละ ทำกับข้าว จะใส่ซอสปรุงรสแต่ไม่ใส่น้ำปลา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “พอรู้ก็ไม่กินเค็ม ไม่กินมัน ไม่กินยาแก้ปวด ไม่ค่อยกินอะไรพวกนี้ ใช้น้ำปิ้งเอา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

3.3.2 พบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัด และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “กินยาที่หมอให้...โรงพยาบาลเนี่ยโรงพยาบาลบางบัวทอง หมอนัดก็มา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “มาตรวจตามนัด หมอมาก็มาที่นี้ทุกครั้ง ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

3.3.3 รับประทานสมุนไพร ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีการรับประทานสมุนไพรพื้นบ้านตามความเชื่อและการบอกเล่าถึงสรรพคุณของสมุนไพรต่อๆ กันมา เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เคยหอมเขาบอกว่าบำรุงหัวใจ แต่ใ้มน้ำนี้บำรุงไต ต้มกินกับน้ำร้อนเนี่ย ที่บ้านก็ต้มน้ำร้อนทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) “มีอะ เป็นยาพวกแคปซูล แก้โรคไต บำรุงเลือดอะไรอย่างเนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

3.3.4 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือออกกำลังกายเบาๆ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีการออกกำลังกายเบาๆ หรือบางคนเชื่อว่าการทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ออกแรงเล็กๆ น้อยๆ เป็นการออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “มีเดินแกว่งแขน รวมๆ ชั่วโมงอะ ตอนเช้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) “ก็กวาดบ้านถูบ้านออกกำลังกายบ้างนิดๆ หน่อยๆ บ้านก็กวาดทุกวัน บางทีก็ออกกำลังกายถีบจักรยานอยู่กับที่ แต่ไม่ได้ทำทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

3.3.5 การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด ผู้ให้ข้อมูลมีการพักผ่อนและการจัดการกับความเครียดที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย การนอน การพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน และการใช้แนวทางของศาสนา เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “....เหนื่อยก็พักผ่อนเยอะ ๆ ก็นอนคุยกับเพื่อนฝูง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14) “ฉันก็ขออยู่แค่นี้แหละ ธรรมดาเฉยๆอยู่กับพระเจ้าองค์เดียวไม่ได้รู้สึกตกใจแต่ก็ไม่ได้ประมาท” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

3.4 ความคาดหวังขณะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังหลังจากทราบว่าตัวเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.4.1 หายจากโรค ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังมีความคาดหวังให้หายจากโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “อยากให้หายนะ ใครว่าอะไรดี ใครบอกให้ทำอะไร ปากก็ทำหมดแหละ ยังมีภาระที่ต้องดูแล ล้มไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “ก็อยากให้มันดีขึ้น อยากให้หายถ้าเป็นอะนะ แหมใครบ้างไม่อยากให้หาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3.4.2 อาการไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคาดหวังให้อาการของตนเองคงที่หรือไม่มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นหลังจากการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ไม่ให้อาการกำเริบ มีอาการกำเริบ เพราะยังไม่งั้นก็ไม่หาย.....ก็คาดหวังอยู่ 90%” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) “อาการที่เป็นอยู่ขอสัก 50 %ก็ได้นะ อย่างน้อยไม่แย่ลงกว่าเดิมนัก แม้ว่ามันจะไม่หาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

3.4.3 ไม่ต้องฟอกไต ผู้ให้ข้อมูลมีความคาดหวังว่า ตัวเองจะไม่ต้องได้รับการรักษาโดยการล้างไต เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ให้มันทรงๆ คงที่ไม่แย่ไปกว่าเดิม ไม่ต้องไปฟอกไตอะไรอย่างเนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) “ก็ให้หมอว่าไปล้างไต....ถึงตอนนั้น ไม่ล้างดีกว่า (หัวเราะ)” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

3.5 การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพและต้องการการดูแลขณะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.5.1 บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการการดูแล การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “มีแต่คุณหมอแหละที่ช่วยได้ คนอื่นช่วยเราไม่ได้หรอก เป็นอะไรมาก็ต้องพึ่งหมอ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) “ก็อยากให้หมอบอก

ว่าให้ป้าทำตัวยังไง ป้าจะได้ให้ลูกดูแลยังไง ทำอาหารยังงัย (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15) “ก็อยากให้หมอช่วย.....ควรกินแบบไหน รักษา ยังงัย ใช้ยาอะไรเนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3.5.2 บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การจัดหาอาหาร การจัดเตรียมยา หรือการเดินทางมาพบแพทย์ เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “มีลูกชายช่วยดูแล มาตรวจทุกครั้งก็ลูกชายก็ขับรถพามาส่ง... ปกติก็ป้าทำเอง ตอนนั้นก็พอบ้านทำอาหารเวลาไม่ไหว ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12) “ลูกๆดูแลดีมาก คดข้าว ลูกชายก็จัดยาให้ด้วย ลูกสะใภ้ก็เอาใจดี ทำกับข้าวเป็นทุกคน ตอนไปนอนเฝ้าที่โรงพยาบาล ลูกชายเช็ดตัวให้ ทำเหมือนผู้หญิงได้เลย (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3.5.3 การสนับสนุนค่าใช้จ่าย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัว เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “บัตรทองก็ยังดีนะ เป็นหลายโรคค่อยยังชั่วหน่อยไม่ต้องจ่ายเองทั้งหมด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) “ต้องการให้องค์การช่วยเหลือมาเอายาเนี่ยแหละอย่างอื่นก็ไม่มี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “ที่แรกไปรักษาที่... เบาหวาน ความดัน ไปเอายาที่ก็ 2,000 3,000 บาท ก็เลยมารักษาที่นี่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีโรคประจำตัวทั้ง

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และเป็นโรคไตในระยะที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright¹¹ ที่พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ แต่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวานตามลำดับ และเป็นโรคไตในระยะที่ 3 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Stavropoulou¹² ที่พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา และเกษียณจากการทำงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ประกอบกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคไตเรื้อรัง⁴

2. ผู้ป่วยมีการรับรู้ความหมายของโรคไตเรื้อรัง ว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสะสมของยาที่ไต ทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ ต้องรักษาด้วยการล้างไตและสุดท้ายต้องเสียชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจึงรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสะสมของยาที่ไต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับรู้ว่ายาก่อให้เกิดผลที่ตามมาและความรุนแรงของอาการของโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังที่ต้องรักษาด้วยการล้างไตและเสียชีวิตในเวลาต่อมา จึงส่งผลต่อการให้ความหมายของโรคไตเรื้อรังว่าเป็นโรคที่เกี่ยวกับผลจากการรับประทานยาและให้ความสำคัญกับการรักษาจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการตีตรา การขาดข้อมูลและความหวัง จะทำให้

เกิดความหมายที่สำคัญของผู้ป่วยแต่ละคน¹³ สำหรับการรับรู้การป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจากผลการตรวจหรือแพทย์เป็นผู้แจ้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่ไม่แสดงอาการ⁴ จึงไม่ได้สังเกตหรือพบอาการที่ผิดปกติอย่างเด่นชัด ทำให้ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่จะทราบจากผลการตรวจเลือดหรือแพทย์แจ้งให้ทราบ

3. การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 5 ประเด็นหลักอภิปรายผลได้ดังนี้

3.1 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยทราบว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรังคือรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและใช้ผงปรุงรสโรคประจำตัว รับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือหลายชนิด ความเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นการเชื่อมโยงจากบริบทนิสัยที่ปกติมีการรับประทานอาหารเค็ม ซึ่งพบว่าคนไทยวัยผู้ใหญ่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เกิน 2 เท่า³ ประกอบกับการมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และความสูงวัย จึงทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกาย ร่วมกับการรับประทานยาต่อเนื่อง จึงเป็นผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติว่าอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง และการศึกษาของ McKillop and Joy¹⁴ ที่พบว่าการใช้ยา และผลข้างเคียงของยา มีความเชื่อมโยงกับการเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามยังมียุป่วยบางคนขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ Agustiyowati¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นจึงควรให้ข้อมูลในเรื่องสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังอย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วย

3.2 ผลกระทบในการดำเนินชีวิต จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการเป็นโรคไตเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pedreira Robles and Aguayo-Gonzalez¹³ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์จากความเจ็บปวดทางร่างกายไปสู่ความเจ็บปวดทางอารมณ์ในร่างกายของแต่ละคน และการศึกษาของ Agustiyowati¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น จะมีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ทักษะการเผชิญปัญหาน้อยที่สุด และการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลลดลง อย่างไรก็ตามจากการศึกษามีผู้ป่วยบางคนคิดว่าการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังไม่มีผลกระทบต่อตนเอง ทั้งนี้สืบเนื่องมาจาก ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่มีอาการที่ผิดปกติอย่างเด่นชัด สามารถทำงานและใช้ชีวิตได้เป็นปกติ จึงคิดว่าไม่ได้รับกระทบจากโรคไตเรื้อรัง

3.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการดูแลตัวเอง โดยการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร พบแพทย์ตามนัด และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รับประทานสมุนไพรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือออกกำลังกายเบาๆ การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นผลจากการรับรู้ประโยชน์และปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรงดอาหารเค็ม งดดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ มีการออกกำลังกายเป็นประจำ⁴⁻⁵ จากการศึกษาของ Zhang and Bennett¹⁶ พบว่าผู้ที่ เป็นโรคไตเรื้อรังมองว่าการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย หรือการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และจากการศึกษาของ Agustiyowati¹⁵ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการในการอยู่รอดจึงทำให้เพิ่มความถี่ในการพบแพทย์เพื่อทำการรักษา ในส่วนการรับประทานยาสมุนไพร ผู้ป่วยเลือกใช้เสริมกับการรักษาของแพทย์เพื่อลดความรุนแรงของโรค ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของสิ่งที่ปฏิบัติและต้องการลดความรุนแรงของโรคจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

3.4 ความคาดหวังขณะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอยากหายจากโรค อาการไม่รุนแรงขึ้นและไม่ฟอกไต สอดคล้องกับการศึกษาของ Agustiyowati¹⁵ พบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ หวังว่าจะรักษาหายหรือสามารถพ้นตัวจากโรคได้ แต่จากการศึกษาของ Wright¹¹ พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาที่เกี่ยวกับการล้างไต เนื่องจากการปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์มีความเห็นว่าควรทำ ในขณะที่การศึกษาของ Cargnin et al.¹⁷ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เชิงลบกับการล้างไต เนื่องจากข้อจำกัดที่กำหนดในการล้างไต ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความคาดหวังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือหายจากโรคหรือให้อาการดีขึ้น และไม่ต้องการได้รับการล้างไตเพราะกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งถือเป็นแรงผลักดันที่ดีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.5 การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล เนื่องจากอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขยาย และเป็นผู้สูงวัยในครอบครัว จึงได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ แต่มีความใกล้ชิดกับบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่

จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพมักเป็นแรงจูงใจในการดูแลและรักษาสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹ นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Agustiyowati¹⁵ ที่ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องการการดูแลช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาจากภาครัฐ เพื่อช่วยเหลือในการรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้ป่วยรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากการสะสมของยาที่ไต ต้องรักษาด้วยการล้างไตและเสียชีวิตในเวลาต่อมา และรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจากผลการตรวจเลือดหรือแพทย์แจ้งให้ทราบ รวมทั้งมีการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองขณะป่วยที่หลากหลายทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงควรสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

2. การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดนันทบุรี ที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. Lancet. 2020; 395(10225):662-4. doi:10.1016/S0140-6736(19)32977-0.
2. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. Lancet. 2020;395(10225):709-33. doi:10.1016/S01406736(20)30045-3.
3. Thai Health Promotion Foundation. Thai people are addicted to salt. It's time to join forces. "Reduce salt can be done". [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 16]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/53441.html>.
4. Avihingsanon Y, Kittiskulnam P. A complete guide to preventing and caring for kidney disease patients. Bangkok: Amarin Health; 2018. (in Thai).
5. Kantachavesiri S, Chanchaoentana W, Kiattisunthorn K, Kochasene P,

- Chailimpamontree W, Trakarnvanich T. Chronic kidney diseases textbook. 2nd. Bangkok: Text and Journal Publication; 2019. (in Thai).
6. Ammirati AL. Chronic kidney disease. *Rev Assoc Med Bras.* 2020;66(Suppl1):s03-9. doi: 10.1590/1806-9282.66.S1.3.
7. Nonthaburi Provincial Public Health Office. Illness with important non-communicable diseases. [Internet]. 2020. [cited 2020 Nov 1]; Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
8. Stapleton TJ. Husserl and Heidegger: The Question of a Phenomenological Beginning. New York: State University of New York Press; 1983.
9. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q.* 1988;15(2):175–83. doi: 10.1177/10901981880150020310.
10. Giorgi A. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press; 1985.
11. Wright HH, Kickbusch H, Swanepoel E, Gray N. Factors influencing low sodium intake in people with non-dialysis dependent chronic kidney disease. *J Ren Care.* 2020;46(2):95–105. doi: 10.1111/jorc.12311.
12. Stavropoulou A, Rovithis M, Grammatikopoulou MG, Kyriakidi K, Pylarinou A, Markaki AG. Exploring patients' experiences after chronic kidney disease diagnosis: A qualitative study. *Nephrol Nurs J.* 2020;47(1):67–98. doi: 10.37526/1526-744X.2020.47.1.67.
13. Pedreira Robles G, Aguayo-Gonzalez MP. From physical to emotional pain in chronic kidney disease: Nurses' perceptions. *J Ren Care.* 2019;45(4):212–22. doi: 10.1111/jorc.12302.
14. McKillop G, Joy J. Patients' experience and perceptions of polypharmacy in chronic kidney disease and its impact on adherent behaviour. *J Ren Care.* 2013;39(4):200–7. doi: 10.1111/j.1755-6686.2013.12037.x.
15. Agustiyowati THR. Knowledge and attitude toward chronic kidney disease among pre-dialysis patients in Indonesia. *Int. J. Caring Sci.* 2020;13(1):283–7.
16. Zhang J, Bennett PN. The perception of people with chronic kidney disease towards exercise and physical activity: a literature review. *Ren. Soc. Australas J.* 2019;15(3):97–104. doi: 10.33235/rsaj.5.3.97-104.
17. Cargnin MCS, Santos KS, Getelina CO, Andriana R, Paula SF, Ventura J. Patients undergoing hemodialysis: perception of changes and constraints regarding the kidney disease and its treatment. *J Res Fundam. Care. Online.* 2018;10(4):926–31. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.926-931.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่

สุณิสา เสนาหวาน* วราภรณ์ บุญเชียง** วรางคณา นาคเสน***

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัญหาโภชนาการเกินเป็นปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มประชากรต่าง ๆ สามเณรเป็นอีกกลุ่มที่พบปัญหาดังกล่าว การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสามเณรชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 รูป และกลุ่มควบคุม 38 รูป โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารฯ มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่พบกลุ่มตัวอย่าง 6 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เปรียบเทียบความรอบรู้ก่อนและหลังของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ ทดสอบที

ผลการวิจัย : หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สรุปผล : โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ นี้มีผลทำให้สามเณรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ซึ่งน่าจะเกิดจากปัจจัยภายนอก ดังนั้นควรเพิ่มเติมในการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามเณร ภาวะโภชนาการเกิน

*นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: waraporn@boonchieng.net

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Received: May 17, 2021

Revised: July 2, 2021

Accepted: October 29, 2021

Effects of health literacy and food consumption behavior promotion program among over-nutrition novice monks in the general education section of Phrapariyattidham school, Chiang Mai Province

Sunisa Senawan* Waraporn Boonchieng** Warangkana Naksen***

Abstract

Background: Over nutrition is one of the health problems occurring in every age group. Novice monks are also facing this problem. Improving the health literacy of this group could lead to consumption behavior leading to prevention and solution of this over nutrition problem.

Objectives: This study aimed to investigate the effects of the health literacy and food consumption behavior promotion program among over-nutrition novice monks in general education section of Phrapariyattidham school, Chiang Mai Province.

Methods: This study was a two-group experimental pretest-posttest design. The subjects were the novice monks in grade 7-12, divided into two groups which were the experimental group (n=38) and the control group (n=38). The duration of health literacy and food consumption behavior promotion program was 8 weeks. There were 6 face-to-face activities. The instrument used for data collection was the questionnaire regarding health literacy and food consumption behavior. The health literacy scores within and between groups were analyzed using paired t-test, and independent t-test.

Results: The results showed that after participating in the health literacy program, the experimental group had a significantly higher mean score of health literacy for over-nutrition prevention than the scores before participating in the health literacy program ($p < .001$) and that of the control group ($p < .05$). In addition, the mean scores of food consumption behavior between before and after participating in the program of the experimental group and the control group were not significantly different.

Conclusions: This health literacy program resulted in an improvement in the health literacy of novice monks. However, food consumption behavior before and after attending the program were not significantly different. This could be due to some extrinsic factors that should be concerned in the further study.

Keywords: food consumption behavior, health literacy, novice monks, over-nutrition,

*Master Degree of Public Health student, Faculty of Public Health Chiang Mai University

**Faculty of Public Health Chiang Mai University, E-mail: waraporn@boonchieng.net

***Faculty of Public Health Chiang Mai University

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญของโลก เนื่องจากปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 พบว่า จำนวนประชากรเด็กวัยเรียนทั่วโลกที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินมีมากกว่า 200 ล้านคน¹ ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.7 เท่าในรอบ 12 ปีที่ผ่านมา ทำให้มีอุบัติการณ์ของภาวะโภชนาการเกินสูงขึ้นอย่างชัดเจน² จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พบว่ากลุ่มวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 2.00 ความชุกของโรคอ้วนร้อยละ 2.30 ส่วนกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-18 ปี) มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 5.90 ความชุกของโรคอ้วนร้อยละ 7.40 ตามลำดับ³ และจากรายงานผลการสำรวจภาวะโภชนาการสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรมของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2555, 2557, 2560 พบว่า สามเณรมีภาวะอ้วน ร้อยละ 9.70, 11.70, 17.90 เพิ่มขึ้นตามลำดับ สูงเกินเป้าหมายที่กำหนดอันจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกายในระยะยาว⁴

สาเหตุของการเกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านตัวเด็กเอง คือเด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในเรื่องหลักโภชนาการและมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง⁵ กรมอนามัยจึงเร่งเสริมสร้างสมรรถนะสุขภาพป้องกันโรคแก่สามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม หลังพบ

สามเณรมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าร้อยละ 10.00 เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างปีการศึกษา 2558 และ 2559 พบว่า สามเณรมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.19 เป็นร้อยละ 18.00 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเสริมสร้างสมรรถนะร่างกายของสามเณรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเฝ้าระวัง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการตัดสินใจ ปฏิบัติตน ให้มีวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถลดและแก้ไขภาวะโภชนาการเกินได้ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในสถานศึกษาจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนได้มีความรู้กระตุนเตือนให้เกิดความตระหนัก การให้ความสำคัญและใส่ใจในการดูแลสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้⁶ การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ดังนั้น การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ มีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น⁷ อีกทั้งโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสามเณรยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย⁸ มาเป็นกรอบแนวคิดและพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในสามเณร มุ่งให้สามเณรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น พัฒนาทักษะ และส่งเสริมให้สามเณรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (Two-group pretest- posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สามเณรที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ประจำปีการศึกษา 2563 มีอายุระหว่าง 12-18 ปี จากรายงานสถิติข้อมูลนักเรียนภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563 โรงเรียนพระปริยัติธรรมดอยสะเก็ดผดุงศาสน์ พบว่ามีจำนวน 146 รูป และจากรายงานสถิติข้อมูลนักเรียนโรงเรียน

วัดแม่มิวิทยา พบว่ามีจำนวน 309 รูป รวมทั้ง 2 แห่ง จำนวนทั้งหมด 455 รูป

ตัวอย่าง คือ ขนาดของตัวอย่างคำนวณได้จากการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power⁹ ด้วยการวิเคราะห์ Power analysis ของการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ระดับ 0.7¹⁰ ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.8¹¹ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 34 รูป เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 38 รูป ต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 76 รูป จากนั้นดำเนินการคัดเลือกตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากรายชื่อสามเณรที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ภาคเรียนที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2563 ของทั้งสองโรงเรียน ๆ ละ 38 รูป ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อตรวจสอบคุณสมบัติหากไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก จะมีการคัดออก และทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนใหม่ ตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง จนได้ตัวอย่างครบ กลุ่มละ 38 รูป

โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

2. เป็นสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยการเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง มากกว่าค่ามัธยฐาน บวก 1.5 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขึ้นไป อ้างอิงตามเกณฑ์การเจริญเติบโตจากกราฟการเจริญเติบโตของเพศชาย อายุ 6-19 ปี ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย พ.ศ. 2564¹²

3. มีสุขภาพดี ไม่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ

4. ยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณร จำนวน 60 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การได้รับเงิน/ปัจจัย การซื้ออาหารว่างหรือเครื่องดื่ม ฯลฯ การออกบิณฑบาต อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต ฆราวาสถวาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและดัดแปลงจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี¹³

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี¹³

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย⁸ เป็นการพัฒนาความรอบรู้ขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 8 สัปดาห์ ทุกวันศุกร์ในคาบเรียนว่างของตัวอย่างมีรายละเอียดในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและรายละเอียดในการดำเนินการ อธิบายชุดแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (Pre-test) พร้อมชี้แจงน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินภาวะโภชนาการ และนัดหมายการดำเนินการในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการมีความรู้ เข้าใจด้านสุขภาพ โดยการสร้างสัมพันธภาพและการส่งเสริมความรอบรู้ ผู้วิจัยบรรยาย อภิปรายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร โดยใช้เทคนิคการสอนต่าง ๆ เช่น การสอนย้อนกลับ การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น ใช้ภาพประกอบสื่อที่เข้าใจง่าย และให้ตัวอย่างทำกิจกรรมใบงานที่ 1 พร้อมมอบสมุดคู่มือโภชนาการสำหรับสามเณรเพื่อนำกลับไปทบทวนความรู้ต่อ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้วยการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ สาธิตและฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล การเลือกบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน โดยให้ตัวอย่างฝึกปฏิบัติสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ การบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะโภชนาการ

เกิน จากนั้นแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมไปงานที่ 2 นำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ตอบซักถาม จากนั้นจัดตั้งกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มเพื่อใช้ติดต่อสื่อสาร

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญและการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง โดยให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาจากการบริโภคอาหารที่ผ่านมา และเล่าเรื่องเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินและการควบคุมน้ำหนักให้เพื่อนฟัง มีการโต้ตอบซักถามระหว่างกลุ่ม จากนั้นให้นำเสนอไปงานที่ 2 ร่วมกันระดมความคิดแก้ไขให้ถูกต้องตามหลักโภชนบัญญัติ และธงโภชนาการ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร การฟังข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย การเลือกรับข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ นำไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนที่จะปฏิบัติตาม กิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างทางเลือกและการตัดสินใจ และทบทวนความรู้ติดตามเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และบอกต่อสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยให้ตัวอย่างตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง (Post-test) และระยะติดตามผลอีก 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 สรุปการดำเนินงานวิจัย และหลังจากได้รับโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 5) และระยะติดตามผลอีก 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตัวอย่างตอบ

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง (Post-test)

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ อธิบายชุดแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน (Pre-test)

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน (Post-test)

หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมฯ และสมุดคู่มือโภชนาการสำหรับสามเณรเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2.2 สมุดคู่มือโภชนาการสำหรับสามเณร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการและธงโภชนาการสำหรับสามเณร ปริมาณอาหารแนะนำบริโภคสำหรับสามเณร แนวทางการฉันทอาหาร คุณค่าและประโยชน์ของอาหาร ผลกระทบและโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกิน

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ 1) เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัลที่มีความละเอียด 0.1 กิโลกรัม และเครื่องวัดส่วนสูงตามมาตรฐานที่มีหน่วยเป็นเซนติเมตร 2) สายวัดรอบเอว ใช้วัดเส้นรอบเอวเป็นค่าที่ได้จากการวัดรอบเอว ด้วยสายวัดมาตรฐาน 3) แบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงของตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และหาค่าความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Index of Concordance; IOC) ของแบบสอบถาม โดยแต่ละข้อคำถามได้ค่าคะแนน IOC มากกว่า 0.5 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับสามเกณฑ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง (try out) จำนวน 20 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET023/2563 ลงวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากการได้รับการอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งสองโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย และขออนุญาตทำการวิจัยในครั้งนี้

2. เมื่อโรงเรียนตอบรับและยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกับครูประจำชั้นของแต่ละชั้นเรียน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล รวมทั้งชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา และนัดหมายวันและเวลาในการดำเนินการ

3. ผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างก่อนการดำเนินการเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่ตัวอย่างและลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 60-90 นาที ทุกวันศุกร์ช่วงบ่าย ในคาบเรียนว่างของตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบก่อนและหลังด้วยสถิติ McNemar test และเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 15.24 ปี (SD=1.85) กลุ่มควบคุมมีอายุ

เฉลี่ย 15.68 ปี (SD=1.71) รอบเอวอยู่ในเกณฑ์มากกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 47.41 และ 55.34 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.80 ไม่มีโรคประจำตัว อาหารที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการจากการบิณฑบาตส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทของทอด ร้อยละ 50.00 และ 47.42 ตามลำดับ อาหารที่ได้รับจากขรรวาสถายเป็นอาหารประเภทของทอด ร้อยละ 26.30 และ 31.60 ตามลำดับ และอาหารที่ได้รับจากโรงเรียนหรือวัดส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทผัด ร้อยละ 28.91 และ 34.23 ตามลำดับ อาหารว่างที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซื้อบ่อยที่สุดคือน้ำหวาน น้ำอัดลม ร้อยละ 60.00 และ 42.90 เมื่อนำข้อมูลทั่วไปทุกตัวแปรของตัวอย่างมาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ไม่มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการเมื่อเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 60.50 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ภาวะโภชนาการของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 52.62 และ 47.40 ตามลำดับ ภายหลังได้รับโปรแกรม มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 50.00 และเมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละภาวะโภชนาการเมื่อเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)		p ^b
	เริ่มอ้วน	อ้วน	เริ่มอ้วน	อ้วน	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ก่อนได้รับโปรแกรม	13 (39.50)	25 (60.50)	20 (52.60)	18 (47.40)	.250
หลังได้รับโปรแกรม	13 (39.50)	25 (60.50)	19 (50.00)	19 (50.00)	.356
p ^a	1.000		1.000		

^{a,b}ทดสอบก่อนและหลังด้วยสถิติ McNemar test และทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.72 (SD=5.19) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ย 35.60 (SD=5.47) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p<.05$)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 40.90 (SD=4.49) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 41.40 (SD=3.60) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=38)				หลังได้รับโปรแกรม (n=38)				t	p ^b
	M	SD	t	p ^a	M	SD	t	p ^a		
ความรู้ด้านสุขภาพ										
กลุ่มทดลอง	31.70	5.19	-1.82	.073	35.60	5.47	3.28	.002**	-3.99	.001*
กลุ่มควบคุม	33.80	4.87			31.70	4.97			1.81	.078
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร										
กลุ่มทดลอง	40.90	4.49	-0.57	.568	41.40	3.60	-0.05	.957	-0.70	.484
กลุ่มควบคุม	41.50	5.09			41.50	4.70			0.02	.982

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

a,b ทดสอบความรอบรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจาก

การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาความรู้ขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ โดยเป็นพัฒนาทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนและการมีพหุปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม⁶ ที่ไม่ได้เป็นเพียงการนั่งฟังบรรยาย แต่เป็นการฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรม การเสริมสร้างทักษะ การส่งเสริมความรู้

และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้และเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น แต่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของซัซวาลย์ เพ็ชรทอง และพรณิ บัญชรหัตถกิจ¹⁴ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าการทดลองและสูงกว่าก่อนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ สิงห์ทอง คติยา อีวานวิช และฉวีวรรณ บุญสุยา¹⁵ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน หลังทดลองแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยที่ความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ มีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น⁸ ซึ่งสามเณรมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง อาจมีสาเหตุมาจากชุดอาหารใส่บาตรที่ญาติโยมนำมาถวาย ส่วนใหญ่เป็น

เมนูอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิค่อนข้างมาก มีไขมันสูง ขาดผักและผลไม้ที่เหมาะสม และเนื่องจากสามเณรมีหลักในการปฏิบัติตามพระธรรมวินัย เป็นผู้รู้จักประมาณในโภชนา ดังพระธรรมวินัยที่กล่าวว่า ‘โภชนา มตตญญตา’ ความเป็นผู้รู้ประมาณในโภชนา คือ หลักในการฉันของพระและพระไม่มีสิทธิปฏิเสธในอาหารที่บิณฑบาตแต่พระมีสิทธิในการควบคุมปริมาณในการฉันให้พอเหมาะพอดี ส่งผลให้ไม่มีวินัยหรือความระมัดระวังในการฉันมากพอ¹⁶⁻¹⁷ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงไม่ใช่พฤติกรรมโดยตรง อาจเกิดจากปัจจัยหรือสิ่งแวดล้อมทางสังคมอื่นร่วมด้วย อาจเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากที่ได้รับ ไม่มีความระมัดระวังในการฉันมากพอ และอาจเกิดการหละหลวมในการฉันอาหารว่างและเครื่องดื่มได้ และทั้งสองกลุ่มเป็นสามเณรที่มีแบบแผนในการฉันภัตตาหารเหมือนกันทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับชัยลักษณ์วดี ก้อนทองถม อาภาวรรณ หนูคง และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม¹⁸ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคะแนนพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายโดยรวมระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อีกทั้งระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม อาจยังไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ จึงทำให้การติดตามและประเมินผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารยังไม่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอต่อการพัฒนาถึงระดับขั้นวิจารณ์ญาณอันเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ต้องใช้เวลาและทักษะที่สูงขึ้นในการพัฒนา¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณร มีผลทำให้สามเณรมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับป้องกันภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มสามเณรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักในการถวายนกัฒนาการ โดยการนำองค์กรชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ประชาชน แม่ครัวในโรงเรียน เข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการถวายนกัฒนาการของประชาชนต่อไป

References

1. Pichairat A, Tato R, Rodcumdee B. Effect of health alliance nursing program on food consumption and exercise behaviors in obese school age children. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2013;29(1):121-34. (in Thai).
2. Krainara K, Noonil N, Aekwarangkoon S. The effects of a supporting weight control program on body weight among students with overweight in primary school in the municipal area of Nakhon Si Thammarat Province. The Southern college network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6(2):53-65. (in Thai).
3. No-in K. Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(Supplement2):1-8. (in Thai).
4. Jutrakul P, Department of Health. Fit for Life: Smart Novice 4.0 [internet]. 2018 [cited 2019 Sep 18]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/45135-เผยแพร่สามเณร.ร.พระปริยัติธรรม.html> (in Thai).
5. Pichairat A, Tiparat W. Effect of health alliance program on food consumption and exercise behaviors, and weight of obese school age children in rural area, Trang Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2014;30(3): 64-76. (in Thai).
6. Choeisuwat V. Health literacy: Concept and application for nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017;44(3): 183-97. (in Thai).
7. Health Education Division Thailand Medical Hub. Strategies for enhancing health literacy and health behaviors. [Internet]. 2018 [cited 2020 May 5]; Available from <http://hed.go.th/linkHed/> 351 (in Thai).
8. Department of Health Ministry of Public Health. Concepts and principles of health literacy organizations. [Internet]. 2018 [cited 2020 May 12]; Available from <http://>

- 203.157.71.139/group_sr/allfile/1578714596.pdf. (in Thai).
9. 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. doi: 10.3758/bf03193146.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988. doi: 10.4324/9780203771587.
11. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. A global perspective. 7th Edition. Upper Saddle River, NJ Prentice Hall: Pearson education; 2010.
12. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Growth chart for children 6-19 years old. [internet]. 2021 [cited 2021 Jul 20]; Available from <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/ki-dgraph?language=th>. (in Thai).
13. Health Education Division Thailand Medical Hub. ABCDE- Health Literacy Scale of Thai Adults. Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
14. Phetkong C, Banchonhattakit P. Effects of health literacy promoting program with social media used on obesity prevention behavior among overweight Mattayomsuksa 2 Students. *Thai Journal of Health Education*. 2019;42(2):23-32. (in Thai).
15. Singtong T, Ivanovitch K, Boonshuyar C. Effects of a nutrition literacy promotion program on eating behavior of secondary school students. *Thai Journal of Public Health*. 2020;50(2):148-60. (in Thai).
16. Thestandard. Obesity monk Obesity monk classic problem Why do you eat less and still get fat and does the monk really forbid exercise. [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 17]; Available from <https://the-standard.co/lifestyle-wellness-monk-nutrition/>. (in Thai).
17. Dhamma study and support foundation. Phrasuttantapitaka Khuddakanikaya Itivuttak. [Internet]. 2008 [cited 2020 Jun 20]; Available from <https://www.dhammadhome.com/>. (in Thai).
18. Konthongtom T, Nookong A, Sangperm P. Effects of weight control program on eating and physical activity behaviors among school-aged children with overweight. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018;30(2):28-40. (in Thai).
19. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2018; 45(3):509-26. (in Thai).

ปัจจัยสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภัสส์มณี เทียมพิทักษ์* สุนิดา ปรีชาวงษ์**

บทคัดย่อ

บทนำ : อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึง อายุ การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบาก

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 122 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การดูแลตนเอง การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และประเมินอาการหายใจลำบาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70, .81, .82, .79 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่า ตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.40 มีอายุเฉลี่ย 52.25 ปี (SD=6.29) มีอาการหายใจลำบากระดับน้อย ($M=19.49$; $SD=23.88$) การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.336$) ส่วนการรับรู้การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.291$) ส่วนตัวแปร อายุ การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r=.067, -.070, -.031$)

สรุปผล : บุคลากรทางสุขภาพควรคำนึงถึงการรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้การควบคุมตนเอง ในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิผล เพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก

คำสำคัญ : อาการหายใจลำบาก ภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง

*นิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, E-mail: psunida@gmail.com

Received: September 3, 2021

Revised: December 7, 2021

Accepted: December 15, 2021

Factors related to dyspnea in patients with heart failure

Patmanee Taimpitak* Sunida Preechawong**

Abstract

Background: Dyspnea is a common symptom in patients with heart failure. Appropriate management congruent with age self-care, and social support could help patients manage dyspnea.

Objective: This study aimed to examine the factors associated with dyspnea in patients with heart failure.

Methods: The sample included 122 patients with heart failure who met the inclusion criteria from three tertiary care hospitals. Data were collected using a demographic questionnaire, illness perception questionnaire, attitudes control questionnaire, social support questionnaire, self-care questionnaire, and dyspnea questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients of the related variables were .70, .81, .82, .79, and .96 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

Results: The results showed that the participants were male (66.4%)-and their-average age were 52.25 years (SD=6.29). The mean score of dyspnea was at a low level ($M=19.49$; $SD=23.88$). Illness perception was positively statistically significant related to dyspnea in patients with heart failure ($r = .336$), while perceived control was negatively statistically significant related to dyspnea in patients with heart failure ($r = -.291$). Age, social support, and self-care were not significantly related to dyspnea in patients with heart failure ($r = .067$, $-.070$, and $-.031$, $p<.05$) respectively.

Conclusions: Health care team should consider patients' illness perception and perceived control when developing effective interventions for patients with heart failure. This will help patients reduce dyspnea.

Keywords: dyspnea, heart failure, illness perception, perceived control

*M.N.S.(Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, E-mail: psunida@gmail.com

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) เป็นภาวะที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพ และมีความผิดปกติในการทำงานของหัวใจ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วก็ตาม โดยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 46.00 ในสหรัฐอเมริกา¹ สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยในจากภาวะหัวใจล้มเหลวกว่า 2 แสนราย ในปี พ.ศ. 2562²

ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากหลาย ๆ อาการ ที่เป็นผลมาจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด คือ อาการหายใจลำบาก³ ในต่างประเทศพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากถึงร้อยละ 85.00³ เช่นเดียวกับในประเทศไทยซึ่งพบมากถึงร้อยละ 96.70⁴ และเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 85.00 ในต่างประเทศ³ และร้อยละ 97.70 ในประเทศไทย⁵ เพิ่มอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน⁶

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการจัดการ และการสนับสนุนทางสังคม⁷⁻⁸ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคม เป็นต้น ที่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al.⁹ ทฤษฎีดังกล่าวอธิบายว่า อาการไม่พึงประสงค์เป็นผลจากการเจ็บป่วยที่ถูกเหนี่ยวนำด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสรีรวิทยา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกายภาพ โครงสร้าง หรือพยาธิสภาพของร่างกาย โรคร่วมต่าง ๆ ปัจจัยด้านจิตวิทยา เป็นกระบวนการคิดหรืออารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ระดับความรู้ หรือความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ปฏิกริยาต่อผลกระทบของการเจ็บป่วย การยอมรับความเจ็บป่วย และปัจจัยทางสถานการณ์ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพสังคม วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ทั้ง 3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้าใจถึงลักษณะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก รวมไปถึงการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เหมาะสม โดยผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรแต่ละปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยทางสรีรวิทยา ได้แก่ อายุ และการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง และปัจจัยทางสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม^{8, 10-13}

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ การดูแลตนเอง การรับรู้การเจ็บป่วย

การรับรู้การควบคุมตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. การดูแลตนเอง การรับรู้การควบคุมตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al.⁹ มี 3 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการหายใจลำบาก ได้แก่ ปัจจัยสรีรวิทยา (Physiology factor) ได้แก่ อายุ และการดูแลตนเอง ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychologic factors) ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเองและปัจจัยทางสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยดังกล่าวแล้วจะส่งผลให้เกิดอาการลำบากตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การดูแลตนเอง การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ 3 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุระหว่าง 40-59 ปี ที่เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวนรวม 122 คน คำนวนขนาดตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power 3.1.9.4 กำหนดค่า effect size $f^2 = 0.131$ จากงานวิจัยในอดีตซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยชาวอเมริกัน ($r = -.34$)⁸ ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.8 และระดับความมีนัยสำคัญเท่ากับ .05 ได้ตัวอย่างจำนวน 111 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการถอนตัวระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีปัญหาลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิด และไม่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจอยู่ใน functional class II, III ตามการประเมินของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) มี

สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟังภาษาไทยได้ ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ ไม่มีอาการและอาการแสดงทางร่างกายไม่คงที่ เช่น ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บแน่นหน้าอก จนต้องได้รับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้หรือผู้ที่ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้เกณฑ์ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

2. แบบสอบถามการดูแลตนเอง โดยใช้แบบประเมิน The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9) โดย Jaarsma et al.¹⁴ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Pongkaew et al.¹⁵ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดย 1 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ที่ 9 - 45 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม คะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

3. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (the Brief illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al.¹⁶ ฉบับภาษาไทย โดย ดารา วงษ์กวน¹⁷ จำนวน 9 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 1-8 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยที่ 0 คือ ไม่มีเลย และ

10 คือ มากที่สุด และข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด สำหรับระบุสาเหตุของความเจ็บป่วย 3 อันดับ จำนวน 1 ข้อ ค่าคะแนนโดยรวมอยู่ที่ 0-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรครุนแรง คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย

4. แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมตนเอง โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยจาก (The Control Attitudes Scale- Revised; CAS- R) ของ Moser et al.¹⁸ จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (Backward translation) จากสถาบันภาษาคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนโดย กลับค่าคะแนนข้อ 5 และ 8 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองมาก

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ สายรุ้ง บัวระพา¹⁹ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 4 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 5 ข้อ และด้านสิ่งของจำนวน 5 ข้อ มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยที่ 1 คือ ไม่จริงเลย และ 5 คือ เป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมมาก แปลว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมน้อยแปลว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

6. แบบสอบถามอาการหายใจลำบากตามแนวคิด Theory of Unpleasant Symptoms แปลโดย ภัทรพร เขียวหวาน²⁰ ถามเกี่ยวกับ

อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ คัดคะแนนโดยนำคะแนนข้อที่ 1-3 และคะแนนเฉลี่ยของข้อ 4-19 มาหาค่าเฉลี่ย ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน และแปลผลคะแนนของอาการหายใจลำบากเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-39 คะแนน หมายถึง อาการหายใจลำบากน้อย คะแนน 40-60 คะแนน หมายถึง อาการหายใจลำบากปานกลาง และคะแนน 61-100 คะแนน หมายถึง อาการหายใจลำบากมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .80, .80, .77, .80 และ .82 ตามลำดับ และได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน จากนั้นคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70, .81, .82, .79 และ .96 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 014/2563 วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2563 คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการวิจัย 250.1/62 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No.135/63 วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563) และโรงพยาบาลราชวิถี (เอกสารเลขที่ 069/2563 วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2563)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชวิถี คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง มีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 17.0 ลิขสิทธิ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว พฤติกรรมบริโภคความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง สิทธิการรักษา ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) และยาที่ได้รับ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองกับอาการหายใจลำบาก

วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ การดูแลตนเอง การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับอาการหายใจลำบาก โดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไป** ตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณสองในสาม (ร้อยละ 66.40) เป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 33.60 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.25 ปี (SD=6.29) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 16,715.57 บาท (SD=17,577.93) ตัวอย่างสองในสามมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.20) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.10) นับถือศาสนาพุทธ ด้านการศึกษาพบว่า ตัวอย่างร้อยละ 46.70 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด (ร้อยละ 41.80) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 37.70 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 25.40 และใช้สิทธิเงินอุดหนุน ร้อยละ 1.60 ตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีโรคประจำตัว คือ โรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด (ร้อยละ 73.80) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.50 มีพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 6.60 และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารแห้ง ร้อยละ 20.50 ตัวอย่างเกือบทั้งหมดช่วยเหลือตัวเองได้ (ร้อยละ 92.60) ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยผลการตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF)

เท่ากับ 40.93 (SD=12.96) นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยากลุ่ม Beta blocker เป็นหลัก (ร้อยละ 95.90) และร้อยละ 82.00 ได้รับยา Diuretic และใช้ควบคู่กับยากลุ่ม ACE inhibitor ร้อยละ 39.30 หรือยากลุ่ม ARBs ร้อยละ 46.70

2. **อาการหายใจลำบาก** ตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนอาการหายใจลำบากโดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-90 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.49 (SD=23.88) เมื่อพิจารณาคะแนนอาการหายใจลำบากรายด้าน พบว่า ด้านความรุนแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.69 (SD=27.62) ด้านระยะเวลา (ความถี่) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.02 (SD = 29.45) ด้านความทุกข์ทรมาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.12 (SD=29.18) ด้านคุณลักษณะของอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.15 (SD=21.67)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก คือ รู้สึกเหมือนหายใจไม่ได้เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.60) รองลงมาคือ รู้สึกเหมือนถูกบีบรัด ขยายออกไม่ได้เวลาหายใจ (ร้อยละ 82.00) อันดับที่สามคือ รู้สึกเหมือนมีอะไรมาอุด ปิดจมูก เวลาหายใจ และรู้สึกแน่นในอกเวลาหายใจ เท่ากันคือ ร้อยละ 77.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 122)

คะแนนอาการหายใจลำบาก	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	M	SD	การแปลผล
ด้านความรุนแรง	0-100	0-100	20.69	27.62	น้อย
ด้านระยะเวลา (ความถี่)	0-100	0-100	24.02	29.45	น้อย
ด้านความทุกข์ทรมาน	0-100	0-100	20.12	29.18	น้อย
ด้านคุณลักษณะของอาการ	0-100	0-90	13.15	21.67	น้อย
อาการหายใจลำบากรวม	0-100	0-90	19.49	23.88	น้อย

3. การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง ตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.99 (SD=15.16) มี

การรับรู้การควบคุมตนเองมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.19 (SD=4.20) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (SD=.67) และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.02 (SD=5.82) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 122)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
การรับรู้การเจ็บป่วย	34.99	15.16	มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย
การรับรู้การควบคุมตนเอง	30.19	4.20	มีการรับรู้การควบคุมตนเองมาก
การสนับสนุนทางสังคม	3.91	.67	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
การดูแลตนเอง	24.02	5.82	มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .336, p < .05$) และการรับรู้การควบคุมตนเองมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.291, p < .05$) อย่างไรก็ตาม อายุ การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อายุ การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองกับอาการหายใจลำบาก (n = 122)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.อายุ	1.000					
2.การรับรู้การเจ็บป่วย	-.066	1.000				
3.การรับรู้การควบคุมตนเอง	.039	-.252*	1.000			
4.การสนับสนุนทางสังคม	.034	-.143	.196*	1.000		
5.การดูแลตนเอง	-.200	.152*	.210*	-.031	1.000	
6.อาการหายใจลำบาก	.067	.336*	-.291*	-.070	-.031	1.000

* $p < .05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms)

ของ Lenz et al.⁹ บางส่วน คือ ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดอาการหายใจลำบาก และการรับรู้

การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหายใจลำบากอันเป็นอาการไม่พึงประสงค์ของตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 122 คน มีอาการหายใจลำบากน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.49 (SD=23.88) เมื่อพิจารณาอาการหายใจลำบากในแต่ละด้าน พบว่า มีอาการหายใจลำบากในระดับน้อย ดังนี้ ด้านระยะเวลา (ความถี่) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.02 ด้านความรุนแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.69 ด้านความทุกข์ทรมาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.12 และด้านคุณลักษณะของอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.15 ลักษณะของอาการหายใจลำบากที่พบมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หอบ หายใจไม่ทัน ต้องหายใจมากขึ้น หายใจเข้าได้ไม่สุด หายใจได้ตื้น ๆ และหายใจออกได้ไม่สุด อธิบายได้ว่า ตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบาก ในด้านความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ความทุกข์ทรมานของอาการหายใจลำบาก ความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบาก และลักษณะของอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al.⁹ ที่กล่าวว่า อาการไม่พึงประสงค์นั้นมี 4 มิติ คือ ความรุนแรง ลักษณะของอาการ ความทุกข์ทรมาน และระยะเวลาที่กระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ผลกระทบจากอาการหายใจลำบากที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี ต้องจำกัดกิจกรรมเพื่อไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก และเป็นอาการนำที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน ก่อนถึงวันนัดตรวจติดตามการรักษา

ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .336$) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่เกิดจากพยาธิสภาพของร่างกาย มีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ต้องมีการรักษาไปตลอดชีวิต เกิดเป็นการแปลความของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น เป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พลอยลดา ศรีหามู, อัมพรพรรณ วีรานูตร¹¹ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ คือ ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากในเวลากลางคืน หายใจลำบากเมื่อนอนราบ และหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกายและการศึกษาของ Turan and Tan²¹ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นตั้งแต่ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 78.50 และอาการหายใจลำบากเป็นลักษณะเฉพาะที่สัมพันธ์กับภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 78.00

ส่วนการรับรู้การควบคุมตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.222, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้การควบคุมตนเองได้ดี ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง เนื่องจากการรับรู้การควบคุมตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลในการรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการกับเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบหรือคุกคามต่อชีวิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสภาพทางอารมณ์²² เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้การควบคุมตนเองเป็นอย่างดี ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทาง

ร่างกายและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ²³ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Huang et al.⁸ พบว่า การรับรู้การควบคุมตนเอง มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ตัวแปรอื่น ๆ พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 50-59 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.25 ปี ถือเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน ถึงแม้ร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอยแต่ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุ ต่างกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่มีอาการหายใจลำบากมีอายุมากกว่า 60 ปี¹⁰

ส่วนการดูแลตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในอดีตของ Auld and Lee¹³ ที่พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการกระจายของข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม มีเพียงพฤติกรรมการรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 82.00) เพียงพฤติกรรมเดียว ซึ่งจะช่วยในการบรรเทาอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน ลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น เป็นข้อแนะนำหลักจากแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562²⁴

ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการกระจายของข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยร้อยละ 92.60 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และยังประกอบอาชีพได้ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 67.20 อาศัยอยู่กับครอบครัว จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี แตกต่างจากงานวิจัยของ แววดาว รอดเสถียร และ วัลภา คุณทรงเกียรติ¹² ที่พบว่า อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม ประกอบอาชีพไม่ได้ เป็นภาระของคนในครอบครัว

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับน้อย มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะคุมคามของโรคระดับน้อย และมีการรับรู้การควบคุมตนเองระดับสูง การประเมินและให้การดูแลให้สอดคล้องกับการรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้การควบคุมตนเอง จะช่วยลดการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรวางแผนการดูแล หรือออกแบบโปรแกรมให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคำนึงถึงการรับรู้การเจ็บป่วย และการรับรู้การควบคุมตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เกิดอาการหายใจลำบาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย และการรับรู้การควบคุมตนเอง มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในระดับต่ำ อาจมีการศึกษาซ้ำในตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแผนกอื่น เช่น แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค เป็นต้น

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยนำการรับรู้การเจ็บป่วยเข้ามาร่วมในโปรแกรม และวางแผนให้การพยาบาลเพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกใน กรณีที่โรงพยาบาลไม่มีคลินิกเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการหายใจลำบาก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

References

1. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics-2021 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;143(8):e254-e743. doi: 10.1161/CIR.0000000000000950.
2. Strategy and Planning Division. Summary of Illness reports 2019. [Internet]. 2020. [cited 2021 Jul 20]; Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8317>.
3. Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, Smith CE. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2015; 30(1): E1-7. doi: 10.1097/JCN.0000000000000117.
4. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). *CVD Prevention and Control*. 2010;5(3):89-95. doi: 10.1016/j.cvdpc.2010.06.001.
5. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of heart failure patients readmitted within 28 days in Saraburi Hospital. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2013;30(1):35-46. (in Thai).
6. Mentz RJ, Mi X, Sharma PP, Qualls LG, DeVore AD, Johnson KW, et al. Relation of dyspnea severity on admission for acute heart failure with outcomes and costs. *Am J Cardiol*. 2015;115(1):75-81. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.09.048.
7. Ramasamy R, Hildebrandt T, O’Hea E, Patel M, Clemow L, Freudenberger R, et al. Psychological and social factors that correlate with dyspnea in heart failure. *Psychosomatics*. 2006;47(5):430-4. doi: 10.1176/appi.psy.47.5.430.

8. Huang TY, Moser DK, Hsieh YS, Gau BS, Chiang FT, Hwang SL. Moderating effect of psychosocial factors for dyspnea in Taiwanese and American heart failure patients. *J Nurs Res*. 2013;21(1):49-58. doi:10.1097/jnr.0b013e3182828d77.
9. Elizabeth R. Lenz LCP. The Theory of Unpleasant Symptoms. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle range theory for nursing*. Third edition. New York: Springer Publishing Company; 2014. p.165-95.
10. Kupper N, Bonhof C, Westerhuis B, Widdershoven J, Denollet J. Determinants of dyspnea in chronic heart failure. *J Card Fail*. 2016;22(3):201-9. doi: 10.1016/j.cardfail.2015.09.016.
11. Srihanoo P, Theeranut A. Illness representation among patients with acute exacerbation heart failure. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018;36(3):89-98. (in Thai).
12. Roadstearn V, Kunsongkeit W, Duangpaeng S. Experiences of dyspnea in patients with heart failure. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2013;21(3):48-59. (in Thai).
13. Auld JP, Lee CS. Self-care moderates the relationship between dyspnea and quality of life. *J. Card. Fail*. 2016;22(8):S87. doi: 10.1016/j.cardfail.2016.06.279.
14. Jaarsma T, Arestedt KF, Martensson J, Dracup K, Stromberg A. The European heart failure self-care behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(1):99-105. doi: 10.1093/eurjhf/hfn007.
15. Pongkaew A, Sindhu S, Pinyopasakul W, Tresukosol D, Viwatwongkasem C. Evaluation of a health service system for heart failure management in Thailand. *Suranaree Journal of Science and Technology*. 2018;25(3):295-306. (in Thai).
16. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
17. Wongkuan D. Factors predicting sleep disturbances in acute myocardial infraction survivors. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkon University; 2017. (in Thai).
18. Moser DK, Riegel B, McKinley S, Doering LV, Meischke H, Heo S, et al. The control attitudes scale-revised: psychometric evaluation in three groups of patients with cardiac illness. *Nurs Res*. 2009;58(1):42-51. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181900ca0.
19. Buarapha S. Relationships between personal factor, perception of symptoms severity, self-efficacy, social support, and physical activity in patients with chronic heart failure. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkon University; 2004. (in Thai).
20. Kheawwan P. Relationships between physiological, psychological, situational factors, and dyspnea of post opened-heart

- surgery patients receiving mechanical ventilator. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkon University; 2003. (in Thai).
21. Turan GB, Tan M. Analysis of the factors affecting illness perception in patients with heart failure. *Pak Heart J.* 2018;51(2):131–8. doi: 10.47144/phj.v51i2.1493.
 22. Doering LV, Chen B, Deng M, Mancini D, Kobashigawa J, Hickey K. Perceived control and health-related quality of life in heart transplant recipients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018;17(6):513-20. doi: 10.1177/1474515117749225.
 23. Infurna FJ, Gerstorf D. Perceived control relates to better functional health and lower cardio-metabolic risk: The mediating role of physical activity. *Health Psychol.* 2014;33(1):85-94. doi: 10.1037/a0030208.
 24. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline. [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 30]; Available from: <http://www.thaiheart.org>. (in Thai).

ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3

วันวิสาข์ สนใจ*

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 สามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปสู่ระยะที่ 2 หรือ ระยะที่ 1 ได้ หากมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมการจัดการตนเอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกผลการตรวจเลือดระดับค่าซีรีรัมครีเอตินินวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย : พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับค่าซีรีรัมครีเอตินินลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผล : การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ที่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตดีขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะไตเสียหน้าที่ พฤติกรรมสุขภาพ สมรรถภาพไต การจัดการตนเอง

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่, E-mail: asawanwisa@hotmail.co.th

Received: May 4, 2021

Revised: November 11, 2021

Accepted: December 7, 2021

The effects of self-management on health behaviors and kidney function of patients with chronic kidney injury Stage 3

Wanwisa Sonjai*

Abstract

Background: Patients with chronic kidney function failure and kidney injury Stage 3 could be improved to Stage 2 or Stage 1 if they have appropriate self-management.

Objectives: The aim of this study was to examine the effects of self-management on health behaviors and kidney function of chronic illness patients with chronic kidney injury Stage 3.

Methods: A quasi-experimental study with a two-group pre-post-test design was used. The sample included diabetic and/or hypertension patients with chronic kidney injury Stage 3. Sixty patients were randomly assigned and divided into the experimental (n=30) and the control group (n=30) by match-paired age, sex, education, and period of diabetic and/or hypertension. The experimental group participated in self-management program for 12 weeks. Research instruments for data collection included personal data questionnaire, self-management behavior questionnaire and serum creatinine record. Data were analyzed using frequency, percentage, means, and standard deviation with independent t-test.

Results: Health behavior and creatinine levels of the participants in the experimental group were better than those of the control group with the significance level of .05.

Conclusions: The findings of this study suggest that patients with chronic kidney injury Stage 3 may be able to use self-management program to promote their health behaviors and eating, exercise and drug use behaviors to efficiently control their kidney function.

Keywords: chronic kidney injury, health behaviors, kidney function, self-management

*Bang Phai Health Promoting Hospital, E-mail: asawanwisa@hotmail.co.th

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ในปัจจุบันเนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการดูแลรักษาและติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง จะส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง หรืออาจนำไปสู่ความพิการได้ บางครั้งส่งผลให้ผู้ป่วยตายก่อนวัยอันควร และโรคเรื้อรังทำให้เกิดสมรรถภาพของไตเสียหายที่ (Kidney injury) มากกว่าร้อยละ 70.00 ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) ได้มากถึงร้อยละ 17.50¹ พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.00 และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.30 ไตเสียหายที่เป็นภาวะที่เนื้อไตมีการถูกทำลายลงทำให้สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้ไตทำงานน้อยลง แบ่งได้ 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน เริ่มสูญเสียหน้าที่แบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะที่ 2 ไตเริ่มทำงานลดลงเหลือเพียง 60-89 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร หรือ 3 ใน 4 ส่วนของการทำหน้าที่ตามปกติ ระยะที่ 3 ไตทำงานเหลือเพียง 30-59 หรือเหลือครึ่งหนึ่งของคนปกติ ระยะที่ 4 ไตทำงานเหลือเพียง 15-29 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรหรือไตทำงาน 1 ใน 4 ส่วน และระยะที่ 5 ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเหลือน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรส่งผลให้สมรรถภาพของไตลดลงเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End stage of renal injury)² ผู้ป่วยจะแสดงอาการผิดปกติ ได้แก่ ในเลือดมีการสะสมของของเสียก่อให้เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ไตขับปัสสาวะลดลง ปัสสาวะมีสีแดง หรือ สีเข้มเป็น สีน้ำตาล มีอาการบวมตามร่างกาย หรือบางครั้งมีอาการ

อ่อนเพลีย และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าสู่กระบวนการล้างไต ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันมิให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องก้าวสู่ภาวะไตเสียหายที่ระยะสุดท้าย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการป้องกันตั้งแต่ระยะแรกที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะไตเสียหายที่ระยะแรก

การแก้ไขปัญหาและการป้องกันโรคมิให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะไตเสียหายที่ดีที่สุด คือต้องป้องกันตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ โดยการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงเพิ่มความสามารถของผู้ป่วย และเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงจะช่วยลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยชะลอการเสื่อมของไตลดลงได้ ร้อยละ 20.00-50.00³ โดยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 พบร้อยละ 7.00 ระยะนี้เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อมหรือเริ่มเสียหายที่ แต่ยังไม่ปรากฏอาการทางพยาธิสภาพ จึงยากต่อการค้นหาผู้ป่วย ระยะที่ 2 พบร้อยละ 4.30 ระยะนี้อาการแสดงมีเพียงเล็กน้อย อาจพบอาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย และเมื่อตรวจปัสสาวะ อาจพบว่ามีอัลบูมินในปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน หรืออาจไม่พบอัลบูมินในปัสสาวะเลย ระยะที่ 3 พบร้อยละ 5.63 ระยะนี้ไตมีการถูกทำลายปานกลางร่วมกับอัตราการกรองของหน่วยไต การลดลง 30-59 มิลลิลิตร/ นาที/1.73 ตารางเมตร ส่งผลให้หน้าที่ของไตพร่องลงเรื้อรัง ระยะเริ่มแรกเริ่มขับน้ำและของเสียออกทางปัสสาวะไม่ได้ตามปกติ ทำให้เริ่มมีอาการต่างๆ เช่น รู้สึกไม่สบาย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ง่วงซึม สับสน เนื่องจากในร่างกายมีของเสียมากขึ้น หน้อยง่าย อ่อนเพลียจากภาวะซีด เนื่องจากไตสร้างฮอร์โมน สร้างเม็ดเลือดแดง ไม่เพียงพอ ทำให้

บวมในตำแหน่งต่าง ๆ เช่น เปลือกตา ข้อเท้า เท้า หน้าแข้ง เกิดจากไตกำจัดน้ำส่วนเกินออกไม่ได้ เมื่อในร่างกายมีน้ำสะสมมากขึ้น จะเกิดภาวะน้ำท่วมปอดและหายใจลำบาก ผู้ป่วยในระยะนี้ควรได้รับการวินิจฉัยโรคโดยเร็ว ซึ่งเป็นระยะที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ การป้องกันมิให้เข้าสู่ภาวะไตเสื่อมระยะที่ 4-5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนกลับไปสู่ภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 2 ได้² ส่วนระยะที่ 4-5 เป็นระยะที่ไตมีการแสดงอาการแสดงเสียหายที่ชัดเจน ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิต่อไป

การเกิดภาวะไตเสียหายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นอย่างมากที่จะส่งเสริมป้องกันให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร งด หรือลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การงดใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID และการงดใช้ยาลูกกลอน สิ่งเหล่านี้ คือรูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้ไตเสื่อมหรือเสียหายที่เร็วขึ้น การตรวจคัดกรอง และประเมินอาการตั้งแต่ระยะที่ 1, 2 และ 3 เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันมิให้ไตเสื่อมลุกลามไประยะที่ 4-5 ได้⁴

จากการบูรณาการแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁵ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยมีแนวคิดที่สำคัญ (Concepts) ได้แก่ (1) การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring) เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง (2) การ

ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ประเมินตนเองเพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ และ (3) การเสริมแรงให้กับตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้เกิดประสิทธิภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง Glasgow et al.⁶ เสนอแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ เพื่อใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (A 5's behavior change model adapted for self-management support) ประกอบด้วย (1) การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (2) การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติ (Advise) โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยตามปัญหาที่พบจริง (3) การสร้างการยอมรับให้กับผู้ป่วย (Agree) ในวิธีการแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย (4) การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย (Assist) ส่วนที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วย และ (5) การติดตามประเมินผลผู้ป่วย (Arrange) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สํารวจข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 1-5 พบผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ ยังไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด ร้อยละ 37.63 รับประทานอาหารรสหวานจัด ร้อยละ 41.19 ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 19.94 รวมถึงมีการ รับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 ที่ผ่านมาไม่มีการประเมิน ปัญหาเป็นรายบุคคล ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เนื้อหาความรู้ไม่ครอบคลุม เรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 และรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁵ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง นำมาบูรณาการร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ เพื่อเป็นการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow et al.⁶ ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Assess) การแนะนำให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วย (Advise) การยอมรับของผู้ป่วย (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย (Assist) และการติดตามประเมินผลผู้ป่วย (Arrange) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สามารถนำไปจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ซึ่งผลของการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 จึงส่งผลทำให้เกิดรูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสมรรถภาพของไตดีขึ้นเช่นกัน ไม่ก่อให้เกิด

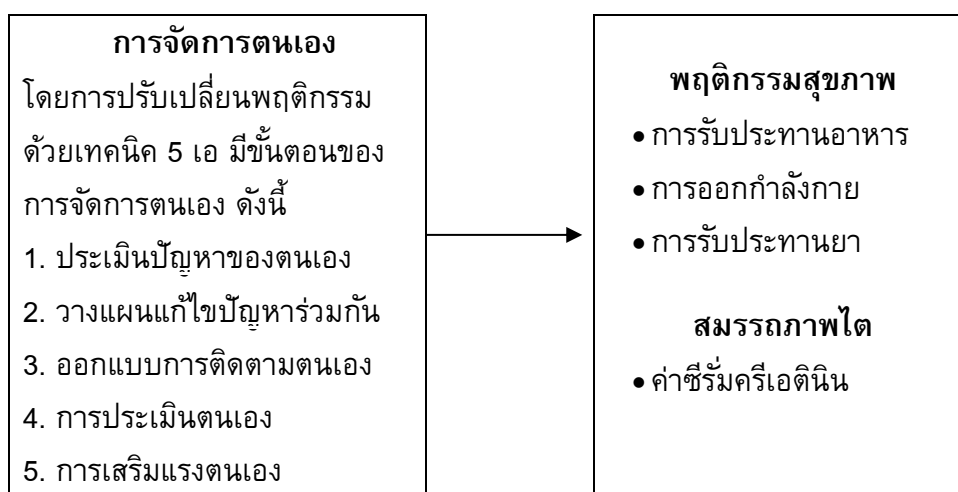
ความรุนแรงและนำไปสู่ภาวะไตเสียหน้าที่ระยะสุดท้าย รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนางานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ในชุมชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพไตผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการบูรณาการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิค 5 เอ ของ Glasgow et al.⁶ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁵ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2563 – มีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และหรือโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 2 ปี ได้รับการตรวจเลือดไม่เกิน 6 เดือน พบค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) อยู่ระหว่าง 30-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร จำนวน 33 คน อยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี (จำนวนประชากรของตำบลบางไผ่จำนวน 3 คนไม่ได้เข้าร่วมเนื่องจากมีอาการปวดเข่าจากภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม 2 คน และอีก 1 คนเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านจึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้)

ตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 มารับบริการรักษาพยาบาลที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขน ที่มีอายุระหว่าง 50-79 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ตัวอย่างได้มาโดยวิธีการจับคู่ ขนาดของตัวอย่างได้จากการคำนวณอำนาจจำแนก จาก

งานวิจัยของศิริลักษณ์ ถูทอง⁸ มีค่าเท่ากับ .70 ซึ่งมีค่าอิทธิพลขนาดกลาง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 เปิดตาราง⁷ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละอย่างน้อย 25 ราย และคำนวณเพิ่มการสูญเสียของข้อมูลอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการทดลองและอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม ประกอบด้วย 1) รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเอง⁵ บูรณาการเข้ากับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ⁶ กิจกรรมการทดลองทั้งหมด จำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การประเมินปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ครั้งที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่เฉพาะต่อปัญหารายบุคคล ครั้งที่ 3 การออกแบบการติดตามตนเอง โดยติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล การลงบันทึกในสมุดบันทึก การใช้กล่องข้าวจัดการตนเอง ครั้งที่ 4 การประเมินตนเอง โดยวิเคราะห์เป้าหมาย และครั้งที่ 5 การเสริมแรงตนเอง โดยกล่าวชมเชย 2) แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 สร้างขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นำเสนอ Power point เนื้อหา

ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที 3) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าทีระยะที่ 3 4) สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าทีระยะ ที่ 3 และ 5) กล่องข้าวจัดการตนเอง ใช้เพื่อกำกับติดตามตนเองในด้านการรับประทานอาหารให้เหมาะสมในแต่ละมื้อ โดยแบ่งช่องใส่อาหารเป็น 3 ช่อง ช่องที่ใส่อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และช่องที่ใส่อาหารประเภทโปรตีน มีขนาดเท่ากัน ส่วนช่องที่ใส่อาหารประเภทผักให้มีขนาดใหญ่เป็น 2 เท่า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากงานวิจัยของวันวิสาข์ สนใจ⁹ และนำมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และผู้ประกอบอาหาร 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และยาที่รับประทานเป็นประจำ จำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ และการจัดการตนเองด้านการใช้ยา จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ คำถามเชิงลบ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (2 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจเลือดระดับค่าซีรีรัมครีเอตินิน โดยมีการตรวจหาระดับค่าซีรีรัมครีเอตินิน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย ครั้งที่ 2 เสร็จสิ้นการเข้าร่วมโครงการวิจัยตรวจในสัปดาห์ที่ 12

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ 20/2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ลงวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2563 เมื่อได้รับการรับรอง จึงดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา โดยให้ตัวอย่างเขียนพฤติกรรมตนเองที่คิดว่าเป็นปัญหา ผู้วิจัยสรุปปัญหาให้กลุ่มเป้าหมายทราบร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญห โดยให้ตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง เขียนแนวทางการแก้ไขปัญหของตนเอง ผู้วิจัยให้คำแนะนำและวางแผนร่วมกัน รับฟังและยอมรับในแผนการแก้ไขปัญห และวางแผนสนับสนุนให้ความรู้และสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือออกแบบการติดตามตนเอง โดยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง อธิบายการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง แจกกล่องข้าวจัดการตนเอง และกำหนดวันที่ในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป การประเมินตนเอง ให้กลุ่มเป้าหมายประเมินพฤติกรรมตนเอง ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อร่วมกันประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง บันทึกผล

การประเมินพฤติกรรม ร่วมกันปรับปรุงแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมตามผลการประเมิน และเสริมแรงตนเองให้กลุ่มเป้าหมายสะท้อนข้อมูล จากการประเมินเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ให้การเสริมแรงกรณีที่บรรลุเป้าหมาย และแก้ไข กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ณ. รพ.สต.บางไผ่

ครั้งที่ 2-4 (สัปดาห์ที่ 2-4) กิจกรรม ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาและ ติดตามประเมินผลครั้งที่ผ่านมา นัดวัน เวลา เยี่ยมครั้งต่อไป ใช้เวลา 30 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 5-6 (สัปดาห์ที่ 5-6) ใช้วิธีการ โทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นพฤติกรรม การจัดการตนเอง คอยเป็นกำลังใจ ใช้เวลา 10-15 นาทีต่อคน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) เก็บข้อมูลหลังการ ทดลอง ใช้เวลา 60 นาที ณ. รพ.สต.บางไผ่

2. กลุ่มควบคุม จัดกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เพื่อ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย หลังจากพบ ตัวอย่างแล้วในครั้งที่ 1 ตัวอย่างจะได้รับการ พยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำคลินิก โรคเรื้อรัง ใน รพ.สต. โดยการประชุมชี้แจงให้ ความรู้ เรื่องอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ ควรเลี่ยงในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำเดือนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 30 นาที และพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมิน พฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไต โดยการ เจาะเลือดหาระดับค่าซีรีรัมครีเอตินิน แจกคู่มือ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ไตเสียหายที่ระยะที่ 3 ให้แก่ตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามที่มี ความสมบูรณ์มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับค่าความ เชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 และช่วงระดับความเชื่อมั่นที่ 95% โดยสถิติ ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบลักษณะ ข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมด้วยการทดสอบค่า Chi square test) และทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test) และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพและระดับค่าซีรีรัมครีเอตินินก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าที่แบบอิสระ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 56.67) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.80 ปี (SD=7.96) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.00) ระดับการศึกษาเท่ากันคือระดับชั้น ประถมศึกษา (ร้อยละ 53.33) อาชีพส่วนใหญ่ใช้ แรง (ร้อยละ 53.33) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ ครอบครัวเท่ากับ 6,833.33 บาท (SD= 4,511.16) ส่วนใหญ่ประกอบอาหารด้วยตนเอง รับประทาน (ร้อยละ 56.67) โรคประจำตัวที่ เป็นมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.00) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 56.67) ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ ยาความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.00)

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.67) ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 67.80 ปี (SD = 7.96) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.33) ระดับการศึกษาเท่ากันคือระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 53.33) อาชีพส่วนใหญ่ใช้แรงงาน (ร้อยละ 56.67) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเท่ากับ 9,280 บาท (SD = 4,345.06) ส่วนใหญ่คนอื่นเป็นผู้ประกอบอาหารให้รับประทาน (ร้อยละ 60.00) โรคประจำตัวที่

เป็นมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.00) เวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 56.67) ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือยาความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.00)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.00	1.00
ชาย	13	43.33	13	43.33		
หญิง	17	56.67	17	56.67		
อายุ[†]						
50-60 ปี	8	26.67	8	26.67		
61-70 ปี	15	50.00	15	50.00		
71-80 ปี	7	23.33	7	23.33		
ค่าเฉลี่ย, SD(M ± SD)	67.80± 7.96		67.80± 7.96		0.00	1.00
สถานภาพสมรส					2.33	.55
โสด	1	3.33	3	10.00		
คู่	18	60.00	16	53.33		
หม้ายหรือหย่าร้าง	11	36.67	11	36.67		
ระดับการศึกษา					0.00	1.00
ประถมศึกษา	16	53.33	16	53.33		
มัธยมศึกษา/ ปวช.	14	46.67	14	46.67		
อาชีพ					1.77	.43
ไม่ใช้แรง	14	46.67	13	43.33		
ใช้แรง	16	53.33	17	56.67		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว[†]						
ต่ำกว่า 10,00 บาท	21	70.00	24	80.00		
20,001 บาทขึ้นไป	2	6.67	2	6.67		
ค่าเฉลี่ย,SD (M ± SD)	6,833.33±4,511.16		9,280.00±4,345.06		0.08	.93

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ประกอบอาหาร					2.33	.87
ทำด้วยตนเอง	17	56.67	16	53.33		
คนอื่นทำ	13	43.33	14	46.67		
โรคประจำตัว					1.30	.47
โรคความดันโลหิตสูง	21	70.00	21	70.00		
โรคเบาหวาน	1	3.33	1	3.33		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย [†]						
2-5 ปี	13	43.33	13	43.33		
มากกว่า 5 ปี	17	56.67	17	56.67		
ค่าเฉลี่ย, SD ($M \pm SD$)	8.90 $\pm$ 5.26		8.90 $\pm$ 5.26		0.00	1.00
ยาที่รับประทานเป็นประจำในปัจจุบัน						
ยาเบาหวาน	1	3.33	1	3.33	0.00	1.00
ยาความดันโลหิตสูง	21	70.00	21	70.00		
ยาเบาหวานและยาความดันโลหิตสูง	8	26.67	8	26.67		

หมายเหตุ t = ทดสอบด้วยค่า t (2-tailed)

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรุ่มครีเอตินินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าทีอิสระแบบทางเดียวพบว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.76 ($SD_{diff} = 0.32$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.08 ($SD = 0.40$) เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ [$t = 6.67$, $p(1\text{-tailed}) < .001$]

การเปลี่ยนแปลงค่าซีรุ่มครีเอตินินในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง 0.25 ($SD_{diff} = 0.27$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยไม่ลดลง (แต่เพิ่มขึ้น) -0.04 ($SD = 0.39$) เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าการเปลี่ยนแปลงค่าซีรุ่มครีเอตินินของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ [$t = 6.09$, $p(1\text{-tailed}) < .001$] ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและระดับค่าซีรุ่มครีเอตินินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	M_{diff}	SD_{diff}	t	p
พฤติกรรมสุขภาพ				6.67	$< .001^*$
กลุ่มทดลอง	30	0.76	0.32		
กลุ่มควบคุม	30	0.08	0.40		
ค่าซีรุ่มครีเอตินิน				6.09	$< .001^*$
กลุ่มทดลอง	30	0.25	0.27		
กลุ่มควบคุม	30	-0.04	0.39		

* $p(1\text{-tailed})$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 มีพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างเหมาะสมดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าซีรั่มครีเอตินิลลดลงจากก่อนการทดลอง และลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ลดลง แต่เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เสนีย์¹⁰ ที่อธิบายว่า การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหาร มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงส่งผลให้สมรรถภาพไตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kart, Metress and Metress¹¹ อธิบายว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อเนื่อง นาน 20-30 นาทีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหลัก ๆ มีการทำงานที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ส่งผลให้ปริมาณการไหลออกซิเจน ในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจทำงานได้มีประสิทธิภาพ และการใช้ยาอย่างเหมาะสมจากการปฏิบัติติดต่อกันต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ สามารถเพิ่มสมรรถภาพไตให้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าซีรั่มครีเอตินิลลดลง ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะที่มีไตเสียหายที่ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ 1 จำนวน 9 คน และค่าซีรั่มครีเอตินิลลดลง จำนวน 27 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ เรืองดิษฐ์ เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์ และชุลินดา สะมะแอ¹² อธิบายว่า เรื่องการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่าย

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่พัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองทุกรายสามารถชะลอการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจากค่าซีรั่มครีเอตินินที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. ควรนำรูปแบบกิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 แบบบูรณาการไปปรับประยุกต์ใช้และขยายผลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ
2. ควรพัฒนารูปแบบให้สามารถนำไปปรับใช้ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และติดตามผลระยะยาวถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 ของตัวอย่าง และศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการใช้กิจกรรมการจัดการตนเองให้ครอบคลุมทุกพื้นที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิในจังหวัดนนทบุรี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำแผนกิจกรรมการจัดการตนเอง เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3 ในชุมชนอื่นๆ เพื่อให้มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ถูกต้องเหมาะสม สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพไตให้ดีขึ้นจากระยะ 3 ขึ้นไปสู่ระยะที่ 2 หรือ 1 ได้เมื่อมีพฤติกรรมต่อเนื่องใน 12 สัปดาห์ จะเป็นตัวชี้วัดของระดับค่าซีรั่มครีเอตินินในเลือดในปัจจุบัน เพื่อวัดผลระดับค่าครีเอตินินในระยะ ทุก 3 เดือนจากเดิมที่มีเกณฑ์ในการตรวจ เพื่อประเมินผลผู้ป่วยเพียงปีละ

1 ครั้ง ทำให้ทราบผลระดับค่าซีรัมครีเอตินินเข้าสู่ผลให้ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ยิ่งทำให้ความเสื่อมของไตลดลงอย่างรวดเร็ว แต่ถ้าวัดค่าซีรัมครีเอตินินถี่มากกว่าปีละ 1 ครั้ง จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบผลค่าซีรัมครีเอตินินเร็วขึ้น และผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้นแล้วก็จะยิ่งปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ตลอดไป

2. ควรนำแบบบันทึกพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองต่อไป

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for patients with chronic diseases. Bangkok: O-WitThailand; 2018. (in Thai).
2. Nephrology society of Thailand. Guidelines for kidney disease. Bangkok: BNS. Advance; 2016. (in Thai).
3. Mshasi S, Ruksin M, Akakun T. Effectiveness of Health Education Program in Self-care of Chronic Kidney Disease (CKD) among Chronic Kidney Disease Patients at Tambon Health Promoting Hospital, Namyuen District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Graduate School, Pitchayatat. 2016;11(1): 1-8. (in Thai).
4. Nephrology Society of Thailand. Guidelines for kidney disease. Bangkok: BNS Advance; 2015. (in Thai).
5. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self management methods. In Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergamon Press; 1991. pp.305-60.
6. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promot Int. 2006;21(3):245-55.
7. Muang Nonthaburi District Public Health Office. Summary of chronic kidney disease screening report 2019. Muang Nonthaburi, Nonthaburi; 2019. (in Thai).
8. Thungtong S. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behavior and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing. 2014;35(1):67-84. (in Thai).
9. Sonjai W, Junprasert S, Krungkrietch N. The effects of self-management on health behaviors and kidney function of chronic illness patients with chronic kidney injury stage 2. Journal of Health Science Research. 2018;12(2):88-97. (in Thai).
10. Sane A. Self-management program in chronic diseases. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):129-34. (in Thai).

11. Kart CS, Metreess EK, Mestress SP. Human aging and Chronic disease. 1st edition. Boston: Jones and Bartett. 1992. patients with chronic kidney disease in Songkhla Hospital's Contracted Unit of Primary Care. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(3):194-207. (in Thai).
12. Reungdit B, Uairat S, Samaair S. Development of self-care behaviors for

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม ในภาคใต้ของประเทศไทย

ศุภชัย แก้วดวง* ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์** สมเกียรติยศ วรเดช***

บทคัดย่อ

บทนำ : การถูกตัดขาเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ก่อให้เกิดเป็นความพิการ เป็นภาระทางสุขภาพที่สำคัญ แม้ว่าจะได้รับขาเทียมเพื่อให้กลับมาใช้ชีวิตประจำวัน แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าการถูกตัดขาส่งผลกระทบต่อหลายด้าน รวมถึงคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ตัวอย่าง คือ ผู้พิการใส่ขาเทียม จำนวน 315 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร

ผลการวิจัย : ผู้พิการใส่ขาเทียมมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี (64.76%; $M \pm SD = 101.31 \pm 14.12$) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (Adjusted OR [OR_{adj}] = 0.33, 95%CI: 0.17-0.70) ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (OR_{adj} = 9.09, 95%CI: 2.24-36.76) สาเหตุการถูกตัดขาจากอุบัติเหตุ (OR_{adj} = 7.36, 95%CI: 3.13-17.30) ปัญหาต้อตา (OR_{adj} = 0.22, 95%CI: 0.02-0.53) การมีรายได้เพียงพอ (OR_{adj} = 6.91, 95%CI: 3.28-14.57) การมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (OR_{adj} = 3.20, 95%CI: 1.01-10.11) และความต้องการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (OR_{adj} = 0.34, 95%CI: 1.14-0.79)

สรุปผล : ผู้พิการใส่ขาเทียมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และปัจจัยด้านเพศ อาชีพ สาเหตุการถูกตัดขา ปัญหาต้อตา รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

คำสำคัญ : ผู้พิการ ขาเทียม คุณภาพชีวิต ภาคใต้ของประเทศไทย

*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง

**สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

***สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

E-mail: somkiattiyos@tsu.ac.th

Factors associated with the Quality of life among individuals with a lower limb prosthesis in Southern Thailand

Supachai Kaewdoun^{*} Bhunyabhadh Chaimay^{**} Somkiattiyos Woradet^{***}

Abstract

Background: Lower limb amputation is a major loss, leading to disability and a significant health burden. Although amputees are provided with prostheses to return to daily life. It is undeniable that this affects many aspects, including quality of life.

Objectives: To determine the level of quality of life (QOL) and factors associated with QOL in persons with lower limb prostheses (LLP).

Methods: Analytic cross-sectional study with 315 people who visited public health services in southern Thailand. The sample was selected using the cluster sampling method. Data were collected using questionnaires, the World Health Organization of Quality of Life – Brief – Thai (WHOQOL-BREF-THAI) version. The data were analyzed using descriptive statistics. Multiple logistic regression analysis was used to analyze factors associated with QOL of people with LLP.

Results: The result showed that the QOL of people with LLP was rated at a good level (64.76%; $M \pm SD = 101.31 \pm 14.12$). The factors significantly associated with the QOL of people with LLP were female (Adjusted OR [OR_{adj}] = 0.33, 95%CI: 0.17-0.70), merchant or self-employed (OR_{adj} = 9.09, 95%CI: 2.24-36.76), leg amputation due to accident (OR_{adj} = 7.36, 95%CI: 3.13-17.30), stump problem (OR_{adj} = 0.22, 95%CI: 0.02 - 0.53), sufficient income (OR_{adj} = 6.91, 95%CI: 3.28-14.57), family relationship (OR_{adj} = 3.20, 95%CI: 1.01-10.11), and need for support in daily living (OR_{adj} = 0.34, 95%CI: 0.14-0.79).

Conclusions: The QOL of people with LLP was assessed at a good level. Factors such as gender, occupation, cause of amputation, stump problem, income, family relationship and activity of daily living were associated with the QOL of people with LLP.

Keywords: individuals with disability, lower limb prosthesis, quality of life, Southern Thailand

^{*}Department of Rehabilitation Medicine, Phatthalung Hospital, Phatthalung Province

^{**}Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

^{***}Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

E-mail: somkiattiyos@tsu.ac.th

บทนำ

การสูญเสียอวัยวะเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ของมนุษย์ โดยเฉพาะการสูญเสียร่างกาย การตัดรยางค์ส่วนล่าง มีเป้าหมายเพื่อการรักษาชีวิต¹ ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หรือลดการบาดเจ็บ การถูกตัดขามีหลากหลายสาเหตุ รวมถึงการสูญเสียขาตั้งแต่กำเนิด² การถูกตัดขามีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ^{1,3} การเคลื่อนไหว และคุณภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁴ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การถูกตัดขาเป็นภาระทางสุขภาพ (Burden of health) ของครอบครัว สังคม และการบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะผู้พิการถูกตัดขาที่เป็นหัวหน้าครอบครัว อีกทั้งยังนำไปสู่การกีดกันการเข้าถึงสังคม ความรู้สึกอายหรือถูกเลือกปฏิบัติทางสังคม

ในสหรัฐอเมริกามีรายงานจำนวนผู้พิการแขนขาประมาณ 1.6 ล้านคน โดยเป็นผู้พิการถูกตัดขาร้อยละ 65.00 ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตร้อยละ 54.00 อุบัติเหตุร้อยละ 22.00 และโรคมะเร็งร้อยละ 5.00 และคาดการณ์ว่าจะมีผู้พิการเพิ่มขึ้นเป็น 3.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593⁵ จากการสำรวจความพิการในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 2555 และ 2560 มีสัดส่วนของจำนวนผู้พิการถูกตัดขามากกว่าถูกตัดอวัยวะอื่นๆ ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ และความพิการแต่กำเนิด เมื่อจำแนกผู้พิการใส่ขาเทียมในปี พ.ศ. 2550 และ 2555 มีจำนวนผู้พิการได้ใส่ขาเทียมประมาณร้อยละ 10.00 เท่านั้น ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้พิการที่ไม่สามารถเข้าถึงขาเทียมจากภาครัฐสูงถึงจำนวน 4,025 คน และเป็นผู้ที่อาศัยในภาคใต้จำนวน 200 คน⁶

ขาเทียมเป็นอุปกรณ์ชดเชยส่วนที่หายไปให้กลับมาทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ทำงาน และเข้าสังคมได้อีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ผู้พิการถูกตัดขาใส่ขาเทียมทุกคนสามารถกลับไปดำรงชีวิตหรือทำกิจกรรมได้เหมือนปกติ การใส่ขาเทียมอาจก่อให้เกิดปัญหาความไม่สะดวกสบาย ผลกระทบต่อความสุขในชีวิต และคุณภาพชีวิต⁷ คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม และมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง และมาตรฐานที่กำหนดขึ้นประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม หรืออาจมีความจำเพาะกลุ่มโรค⁸ ซึ่งการวัดคุณภาพชีวิตสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินประสิทธิผล เปรียบเทียบวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วย หรือโปรแกรมสุขภาพต่างๆ นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินสุขภาวะของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมของ ศุภชัย แก้วดวง และคณะ⁹ พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมในประเทศไทยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในประเด็นต่าง เช่น ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ระดับการถูกตัดขา และระยะเวลาของการถูกตัดขา เป็นต้น นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในช่วงหลายปีที่ผ่านมาแล้ว ซึ่งปัจจุบันคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมในพื้นที่ภาคใต้ในฐานะข้อมูลงานวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมในภาคใต้ของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563 การศึกษาครั้งนี้ทำการสุ่มพื้นที่ทำการศึกษาคัดเลือกตามเขตสุขภาพ ที่ 11 และ 12 กระทรวงสาธารณสุข และสุ่มจังหวัดด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ จากรายชื่อจังหวัดในเขตสุขภาพ แห่งละ 2 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานีและนครศรีธรรมราช และเขตสุขภาพที่ 12 คือ จังหวัดพัทลุงและยะลา เลือกหน่วยบริการสุขภาพที่มีการบริการในแผนกกายอุปกรณ์ ของจังหวัดนั้น ด้วยวิธีการจำเพาะเจาะจง

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้พิการใส่ขาเทียมที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้ของประเทศไทย ครอบคลุม 14 จังหวัด จำนวนคนพิการใส่ขาเทียมจำนวน 1,734 คน⁶ มีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านออกและเขียนได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก คือ เป็นผู้พิการขาขาดตั้งแต่กำเนิด

ตัวอย่าง คือ ผู้พิการใส่ขาเทียมที่มารับบริการในแผนกกายอุปกรณ์ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในพื้นที่ภาคใต้ คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีทราบประชากร โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.96 ระดับความแปรปรวน จาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมเท่ากับ 6.46 คะแนน¹⁰ กำหนดให้มีค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .64 ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ได้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร้อยละ 10.00 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 315 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และ 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย¹¹ (WHOQOL-BREF-THAI) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วน 5 ตัวเลือก จำนวน 26 ข้อ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 130 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 มิติ คือ มิติทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยแบ่งเกณฑ์คะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ช่วง คือ 26-60 คะแนน 61-95 คะแนน และ 96-130 คะแนน ซึ่งจะแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตที่ดีตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84¹¹

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนมหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TST 2019-036, REC No. 084 ลงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สำหรับผู้ช่วยวิจัยได้รับการอบรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแก่ผู้ช่วยนักวิจัย โดยให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้อย่างอิสระ แต่หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้โดยตรง ในกรณีมีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม เช่น มีปัญหาสายตา มองไม่ชัด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังที่ละข้อ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรตามของการศึกษานี้ คือ ระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งมีระดับการวัดแบบช่วงมาตรา (Interval scale) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ปานกลาง และดี ตามเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต¹¹ วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ข้อมูลสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ทำการตรวจสอบการกระจายของคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ Kolmogorov-Simonov test พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p < .001$) และจากการแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตเป็น 3 กลุ่มนั้น ทำให้บางกลุ่มมีจำนวนน้อยมากจนไม่สามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้

ดังนั้น การศึกษานี้จึงทำการแบ่งกลุ่มคะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตดี (คะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 96 คะแนน) และกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี (ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่า 96 คะแนน) ซึ่งเป็นตัวแปรตามชนิดนามบัญญัติ (Nominal scale) ประเภทข้อมูลแจกแจง 2 กลุ่ม (Dichotomous outcome) การวิเคราะห์อย่างหยาบ (Bivariate analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมเบื้องต้นที่ละปัจจัย และพิจารณาเลือกตัวแปรที่มีค่า p ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ .25 พิจารณาในการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p ของ Wald's test มากกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอด้วยค่า Odds ratio (OR) และ 95% Confidence interval (95%CI)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของผู้พิการใส่ขาเทียม พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 เป็นเพศชาย (65.08%) ประมาณ 1 ใน 4 มีอายุ 50-61 ปี (26.03%) มีอายุเฉลี่ย 49.73 (SD=16.04) ปี ประมาณ 1 ใน 3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (32.38%) ประมาณ 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรส (64.76%) และประมาณ 1 ใน 3 ประกอบอาชีพเกษตรกร (28.89%)

สำหรับข้อมูลสุขภาพและขาเทียม พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว (31.11%) จำแนกเป็นโรคความดันโลหิตสูง (18.73%) โรคเบาหวาน (17.14%) โรคไต (4.76%) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (2.54%) ตามลำดับ สำหรับข้อมูลการถูกตัดขา พบว่า สัดส่วนระหว่างการถูกตัดขาข้างขวาและซ้ายใกล้เคียงกัน (46.98% และ 49.84%) ประมาณ 2 ใน 3 ถูกตัดขาในระดับใต้เข่า (65.71%) ส่วนสาเหตุการถูกตัดขามาจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน (66.67%) แผลติดเชื้อจากโรคเบาหวาน (16.83%) และถูกสัตว์กัด (6.03%) ตามลำดับ ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้พิการหลังจากถูกตัดขา มีปัญหาขาตอขา (22.22%) จำแนกเป็นขาตอขาบวม (7.94%) ความรู้สึกว่ายังมีขาอยู่ (5.08%) และแผลหรือถุงน้ำ (5.08%) ปวดตอขา (4.13%) มีอาการชา (3.17%) และข้อติด (2.22%) ประมาณ 1 ใน 4 ใช้ขาเทียม 4 - 10 ปี มีระยะเวลาที่ใช้งานขาเทียมเฉลี่ย 12.17 (SD = 10.15) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับขาเทียม (93.33%) และไม่มีปัญหาการใช้ขาเทียม (91.11%) อีกทั้งประมาณ 1 ใน 2 ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (20.00%) ประมาณ 2 ใน 3 ไม่ได้ออกกำลังกาย (60.95%) และ 1 ใน 5 มีภาวะเครียดหรือความกังวล (19.37%)

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ประมาณ 1 ใน 2 มีรายได้เพียงพอ (57.14%) สำหรับผลกระทบจากการทำงานหลังถูกตัดขา พบว่า ผู้พิการประมาณ 1 ใน 2 ไม่มีผลกระทบกับการทำงาน (44.13%) ประมาณ 1 ใน 3 ลาออกหรือเปลี่ยนงานใหม่ (28.25%) ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (93.79%) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง (71.75%) ประมาณ 1 ใน 2 มีส่วนร่วมกับการกิจกรรมในสังคม (54.92%) และจำแนกสิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) (73.65%) สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (14.29%) และสิทธิประกันสังคม (13.06%) ตามลำดับ

ผู้พิการใส่ขาเทียมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (64.76%; $M \pm SD = 101.31 \pm 14.12$) เมื่อจำแนกตามมิติของคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (54.29%; $M \pm SD = 24.67 \pm 4.23$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (55.24%; $M \pm SD = 22.42 \pm 3.74$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (49.52%; $M \pm SD = 10.03 \pm 1.18$) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (86.03%; $M \pm SD = 26.03 \pm 3.38$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม (n = 315)

องค์ประกอบ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับคุณภาพชีวิต, จำนวนคน (ร้อยละ)		
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ร่างกาย	24.67 (4.23)	18 (5.71)	171 (54.29)	126 (40.00)
จิตใจ	22.42 (3.47)	9 (2.86)	132 (41.90)	174 (55.24)
สัมพันธภาพทางสังคม	10.63 (1.81)	15 (4.76)	156 (49.52)	144 (45.71)
สิ่งแวดล้อม	26.03 (3.38)	6 (1.90)	271 (86.03)	38 (12.06)
ภาพรวม	101.31 (14.12)	3 (0.95)	108 (34.29)	204 (64.76)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ($p=.003$) ระดับการศึกษา ($p=.008$) สถานภาพสมรส ($p=.018$) อาชีพ ($p<.001$) การมีโรคประจำตัว ($p<.001$) ระดับที่ถูกตัดขา ($p=.013$) สาเหตุการถูกตัดขา ($p<.001$) ปัญหาต่อขา ($p<.001$) ระยะเวลาใส่ขาเทียม ($p<.001$) ความพึงพอใจกับขาเทียม ($p=.001$) ปัญหาการใส่ขาเทียม ($p<.001$) การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ($p<.001$) การออกกำลังกาย ($p=.008$) การมีภาวะความเครียดหรือกังวล ($p<.001$) ความเพียงพอของรายได้ ($p<.001$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($p=.038$) การทำกิจวัตรประจำวัน ($p<.001$) และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม ($p<.001$) มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านอายุ ($p=.184$) ผลกระทบกับการทำงานหลังถูกตัดขา ($p=.275$) และสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

จากการวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร พบว่า ผู้พิการใส่ขา

เทียมเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าเพศชาย ร้อยละ 67.00 ($OR_{adj} = 0.33$, 95%CI: 0.17-0.70) ผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณ 9 เท่า ($OR_{adj} = 9.09$, 95%CI: 2.24-36.76) ผู้ที่มีสาเหตุการถูกตัดขาจากอุบัติเหตุมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีสาเหตุการถูกตัดขา จากการเจ็บป่วยประมาณ 7 เท่า ($OR_{adj} = 7.36$, 95%CI: 3.13-17.30) ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาต่อขามีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาต่อขาร้อยละ 78.00 ($OR_{adj} = 0.22$, 95%CI: 0.02-0.53) สำหรับผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอประมาณ 7 เท่า ($OR_{adj} = 6.91$, 95%CI: 3.28-14.57) ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีสัมพันธภาพของครอบครัวไม่ดีประมาณ 3 เท่า ($OR_{adj} = 3.20$, 95%CI: 1.01-10.11) และผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 66.00 ($OR_{adj} = 0.34$, 95%CI: 0.14-0.79) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม (n = 315)

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p
เพศ			.003
ชาย	Ref.	Ref.	
หญิง	0.48 (0.30 - 0.77)	0.33 (0.17 - 0.70)	
อาชีพ			< .001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref.	Ref.	
เกษตรกร	1.76 (0.91 - 3.41)	1.53 (0.57 - 4.08)	
รับจ้าง	3.93 (1.84 - 8.41)	3.48 (1.11 - 10.89)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4.30 (1.83 - 10.10)	9.09 (2.24 - 36.76)	
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	0.61 (0.26 - 1.40)	0.20 (0.05 - 0.79)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม (n = 315) (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p
สาเหตุการถูกตัดขา			< .001
การเจ็บป่วย	Ref.	Ref.	
อุบัติเหตุ	8.90 (4.48 - 16.23)	7.36 (3.13 - 17.30)	
การมีปัญหาดอกขา			.001
ไม่มี	Ref.	Ref.	
มี	0.12 (0.07 - 0.22)	0.22 (0.09 - 0.53)	
ความเพียงพอของรายได้			<.001
ไม่เพียงพอเพียงพอ	Ref.	Ref.	
เพียงพอ	4.13 (2.53 - 6.74)	6.91 (3.28 - 14.57)	
สัมพันธภาพในครอบครัว			.001
ไม่ดี	Ref.	Ref.	
ดี	2.70 (1.05 - 6.91)	3.20 (1.01 - 10.11)	
การทํากิจวัตรประจำวัน			.024
ช่วยเหลือตนเองทั้งหมด	Ref.	Ref.	
ต้องการความช่วยเหลือ	0.16 (0.10 - 0.28)	0.34 (0.14 - 0.79)	

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียม มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อาชีพ สาเหตุการถูกตัดขา ปัญหาดอกขา ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และการทํากิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้พิการใส่ขาเทียมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (68.89%) ไม่มีปัญหาดอกขา (77.78%) พึงพอใจกับการใส่ขาเทียม (93.33%) ไม่มีปัญหาการใช้งานขาเทียม (91.11%) ไม่ใช่

อุปกรณ์ช่วยเดิน (80.00%) ซึ่งส่งผลให้ผู้พิการใส่ขาเทียมรับรู้สภาพด้านร่างกายของตนเอง นอกจากนี้ ผู้พิการส่วนใหญ่สามารถทํากิจวัตรประจำได้ด้วยตนเองทั้งหมด (71.75%) นอกจากนี้ ประมาณ 4 ใน 5 ของผู้พิการไม่มีภาวะเครียดหรือกังวล (80.63%) มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี (93.97%) และมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมในสังคม (54.92%) อีกทั้ง เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ใช้ขาเทียม พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมมีระยะเวลาใส่ขาเทียมเฉลี่ย 12.17 ปี (SD= 10.15) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอที่จะทำให้เกิดการปรับตัว และยอมรับในที่สุด⁷ อีกทั้งในปัจจุบันผู้พิการได้รับเงินเบี้ยความพิการ และการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการจากรัฐได้อย่าง

เท่าเทียมกัน ด้วยเหตุนี้จึงอาจส่งผลให้ผู้พิการใส่ขาเทียมมีระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Asano et al.¹² ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการถูกตัดขา ในประเทศแคนาดา พบว่าผู้พิการใส่ขาเทียมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($M \pm SD = 7.4 \pm 2.1$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของพัทธ์ปิยา สีระสาพร และคณะ¹³ ที่ทำการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น การศึกษาของ Dajpratham et al.¹⁴ ที่ทำการศึกษาในจังหวัดราชบุรี จันทบุรี และกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ นฤมล กมลสวัสดิ์¹⁰ ที่ทำการศึกษาในจังหวัดระยอง พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมมีระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M \pm SD = 79.6 \pm 11.78$, $M \pm SD = 82.60 \pm 7.22$ และ $M \pm SD = 75.4 \pm 6.64$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านเพศของผู้พิการใส่ขาเทียมมีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิต โดยที่ผู้พิการใส่ขาเทียมเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าเพศชาย ทั้งนี้ จากการศึกษพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้พิการใส่ขาเทียมเพศหญิงมีปัญหาต่อขา (30.00%) ในขณะที่ผู้พิการใส่ขาเทียมเพศชายมีปัญหาต่อขาเพียงร้อยละ 18.05 อีกทั้งผู้พิการใส่ขาเทียมเพศหญิงเกือบครึ่งมีระยะเวลาใส่ขาเทียม 1-3 ปี (40.91%) ส่งผลให้การปรับตัวในกลุ่มผู้พิการใส่ขาเทียมเพศหญิงมีน้อยกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้พิการใส่ขาเทียมเพศหญิงมีสถานภาพโสด (31.62%) อาจทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อยกว่าผู้ที่มีคู่สมรส อีกทั้ง จากข้อมูลพบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 49.73 (SD=16.04) ปี ซึ่งอาจจะเป็น

วัยหมดประจำเดือน อาจส่งผลให้ระบบฮอร์โมนลดลง และกล้ามเนื้อฝ่อตัว¹⁵ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้พิการใส่ขาเทียมเพศหญิงมีโอกาสที่คุณภาพชีวิตน้อยลง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Demet et al.¹⁶ ที่ทำการศึกษาในประเทศฝรั่งเศส พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ทั้งในมิติความพิการด้านร่างกาย ระดับพลังงาน ปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ และการแยกตัวออกจากสังคม และยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของศุภชัย แก้วดวง และคณะ⁹ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Knezevic et al.¹⁷ ที่ทำการศึกษาในประเทศเซอร์เบีย ที่พบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

สำหรับปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณ 9 เท่า เนื่องจากการประกอบอาชีพเป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง การไม่พึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง ลดภาระให้กับครอบครัว เนื่องจากมีรายได้เป็นของตนเองหรือธุรกิจส่วนตัวมีความเป็นอิสระสามารถสร้างรายได้¹⁸ อาจทำให้ผู้พิการใส่ขาเทียมที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ ซึ่งจากการศึกษาของ พัทธ์ปิยา สีระสาพร และคณะ¹³ พบว่า ปัจจัยการมีรายได้ตนเองมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

สำหรับปัจจัยสาเหตุการถูกตัดขา พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมที่มีสาเหตุการถูกตัดขามาจากอุบัติเหตุมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีสาเหตุของการถูกตัดขามาจากการเจ็บป่วย 7 เท่า จากการศึกษาค้างนี้ พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมมีเพียงประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่มีโรคประจำตัว (31.11%) เมื่อจำแนกพบว่า มีเพียง 1 ใน 5 ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (16.83%) และมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตัน (4.76%) และโรคมะเร็ง (1.27%) ซึ่งการที่ผู้พิการไม่ป่วยเป็นการลดโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้พิการที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 4 โรคขึ้นไปหรือมีการใช้ยาในกลุ่มยานอนหลับหรือยาคลายเครียด¹⁹ การศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ ศุภชัย แก้วดวง และคณะ⁹ ที่พบว่า สาเหตุการถูกตัดขาที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

ปัจจัยการมีปัญหาดอกขา พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมที่มีปัญหาดอกขามีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่มียาปัญหาดอกขาร้อยละ 78 เนื่องจากการถูกตัดขาประมาณร้อยละ 50-90 ผู้พิการจะมีความทุกข์และทรมานจากความเจ็บปวด และอาจเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน¹ โดยเฉพาะภาวะปวดหลอน (Phantom pain) ความรู้สึกหลอน (Phantom sensation) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนที่ถูกตัดขา นอกจากนี้ พบว่า มีผู้ที่มีปัญหาดอกขาบวม เป็นแผลหรือถูงน้ำ ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้พิการใส่ขาเทียมอาจจะไม่สามารถใส่ขาเทียมได้หรือไม่สะดวกสบาย อาจเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวัน อีกทั้ง เมื่อต้องหยุดการใช้งานขาเทียมอันเนื่องจากการบาดเจ็บหรือปวดจากขาเทียม อาจทำให้ต้องหยุดงานเพื่อพักรักษา

ตัว โดยการศึกษาของ พัทธปิยา สิริสาพร และคณะ¹³ พบว่าความสบายของการสวมใส่ขาเทียมอยู่ในระดับน่าพอใจถึงระดับดีเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปประกอบอาชีพในผู้พิการชาวต่างชาติไทย การศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinha et al.²⁰ ที่ทำการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่า อาการปวดหลอน และอาการปวดตอขาที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม ดังนั้นผู้พิการที่มีปัญหาดอกขาจึงไปพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในส่วนของการปัจจัยความเพียงพอของรายได้ ที่พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอประมาณ 7 เท่า เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต และการมีรายได้เพียงพอทำให้ผู้พิการใส่ขาเทียมสามารถเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางร่างกาย จากการศึกษาค้างนี้ พบว่า โดยรวมประมาณ 4 ใน 5 ของผู้พิการใส่ขาเทียมทั้งหมดประกอบอาชีพ ได้แก่ เกษตรกร (28.89%) รับจ้าง (23.49%) ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (16.83%) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้พิการใส่ขาเทียมส่วนใหญ่ สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต การศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธปิยา สิริสาพร และคณะ¹³ ที่พบว่า ปัจจัยการมีรายได้เพียงพอมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต

สำหรับปัจจัยสมรรถภาพในครอบครัว ที่พบว่า ผู้พิการใส่ขาเทียมที่มีสมรรถภาพในครอบครัวดีมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีสมรรถภาพในครอบครัวไม่ดีประมาณ 3 เท่า ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่ผลิตบุคคล

บ่มเพาะเลี้ยงดู และถ่ายทอดวัฒนธรรมที่ดีงามให้แก่สมาชิกในสังคม²¹ บุคคลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้พิการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้พิการใส่ขาเทียมมีสถานภาพสมรส (64.76%) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการมีคนใกล้ชิดในครอบครัว การช่วยเหลือดูแลภายในครอบครัวอาจส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต⁷ และบุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพราะเป็นแนวทางที่จะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในครอบครัว²² การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับ นฤมล กมลสวัสดิ์¹⁰ ที่ทำการศึกษาในจังหวัดระยอง พบว่า การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

ปัจจัยการทํากิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้พิการใส่ขาเทียมที่ต้องการความช่วยเหลือในการทํากิจวัตรประจำวันมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่สามารถทํากิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมดร้อยละ 66.00 เนื่องจากการถูกตัดขาเป็นความพิการถาวร ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพและการใส่ขาเทียม เป็นการชดเชยในส่วนที่ขาดหายไปเพื่อให้ผู้พิการสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ อย่างไรก็ตาม อาจต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยเพื่อให้สามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของศุภชัย แก้วดวง และคณะ⁹ พบว่า ทหารผ่านศึกที่ถูกตัดขาที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความต้องการในการช่วยเหลือประมาณร้อยละ 88.00

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้พิการใส่ขาเทียมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และปัจจัยด้านเพศ อาชีพ สาเหตุการถูกตัดขา ปัญหาต่อขา รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และการทํากิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใส่ขาเทียม

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายที่สนับสนุนการจ้างงานแก่ผู้พิการใส่ขาเทียม รวมถึงการสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการใส่ขาเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้พิการเพศหญิง ผู้ที่มีสาเหตุการถูกตัดขาจากการเจ็บป่วย ผู้ที่มีปัญหาต่อขา และผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง หรือต้องการความช่วยเหลือในการทํากิจวัตรประจำวันเป็นกรณีพิเศษ เพื่อส่งเสริมให้ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. Wanchai A, Chaisa P, Srinon R. Nursing care of patients with amputation. Chiangrai Medical Journal. 2017;2(9):139-46. (in Thai).
2. Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust. Rehabilitation after your lower limb amputation [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 10]; Available from <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/patientinformation/therapies/rehabilitation-after-your-leg-amputation.pdf>.

3. Sahu A, Sagar R, Sarkar S, Sagar S. Psychological effects of amputation: a review of studies from India. *Ind Psychiatry J*. 2016;25(1):4-10. doi: 10.4103/0972-6748.196041.
4. Gailey R, Allen K, Castles J, Kucharik J, Roeder M. Review of secondary physical conditions associated with lower-limb amputation and long-term prosthesis use. *J Rehabil Res Dev*. 2008;45(1):15-29. doi: 10.1682/jrrd.2006.11.0147.
5. Ziegler-Graham K, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Travison TG, Brookmeyer R. Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(3):422-9. doi: 10.1016/j.apmr.2007.11.005.
6. Social Statistics, Division National Statistical Office. The 2017 disability survey. Bangkok: Text and Journal Publication; 2020. (in Thai).
7. Yesuwan T, Uppayothin P, Jivacate T. Thai lower limb amputees: stigma process and adaptation. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*. 2012;22(2): 51-7. (in Thai).
8. Sakthong P. Health related quality of life. Bangkok. Chulalongkorn University Press; 2011. (in Thai).
9. Kaewdoun S, Woradet S, Chaimay B. Quality of life among individuals with lower limb prosthesis: literature review. *UBRE Journal for Public Health Research*. 2020;9(2):20-31. (in Thai).
10. Kamonsawat N. Quality of life of trans-femoral and trans-tibial amputees after receiving Prosthesis at prosthetic and orthotic unit, Rayong hospital. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Education center*. 2014;31(1):18-29. (in Thai).
11. Mahatnirandkul S, Tantipiwattanasakul W, Pumpaisanchai W. The world health organization quality of life indicators, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) [Internet]. 2002 [sited 2018 Sep 24]; Available from <https://www.dmh.go.th/test/whoqol>.
12. Asano M, Rushton P, Miller WC, Death BA. Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int*. 2008;32(2):23-43. doi: 10.1080/03093640802024955.
13. Sirasaporn P, Manimmanakorn N, Pusiripinyo E. Quality of life of trans-femoral and trans-tibial amputees after receiving prosthesis. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*. 2010;20(1):4-9. (in Thai).
14. Dajpratham P, Tantiniramai S, Lukkanapichonchut P. Health related quality of life among the Thai people with unilateral lower limb amputation. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(2):250-5.
15. Angsuwathana S. Menopause. [Internet]. 2020 [sited 2020 Apr 10]; Available from <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=166>.
16. Demet K, Martinet N, Guillemin F, Paysant J, Andre JM. Health related quality of life and related factors in 539

- persons with amputation of upper and lower limb. *Disabil Rehabil.* 2003;25(9):480-6. doi: 10.1080/0963828031000090434.
17. Knežević A, Salamon T, Milankov M, Ninković S, Jeremić Knežević M, Tomašević Todorović S. Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Med Pregl.* 2015;68(3-4):103-8. doi: 10.2298/mpns1504103k.
 18. Phutrakhul P. The quality of life of the people with impairment arising from community employment and Career promotion. *Humanities & Social Science.* 2018;35(3):198-215. (in Thai).
 19. Steinberg N, Gottlieb A, Siev-Ner I, Plotnik M. Fall incidence and associated risk factor among people with a lower limb amputation during various stages of recovery : a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2019;41(15):1778-87. doi: 10.1080/09638288.2018.1449258.
 20. Sinha R, van den Heuvel WJ, Arokiasamy P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int.* 2011;35(1):90-6. doi: 10.1177/0309364610397087.
 21. Krainetee M, Dhammasaccakkarn W, Sangkharat U. Family: the social key institutions and roles of holistic human development. *Parichart journal, Thaksin University.* 2020;33(1):1-16. (in Thai).
 22. Sotthiyapai S, Damsangsawat N, Sirathatnararajana T. Family Counseling Model. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.* 2017;(4)3:282-90. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้าน ร่วมกับกลุ่มสืบค้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล

สุนิภา ชินวุฒิ* ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม** นิตารัตน์ ยุวพัฒน์วงศ์** วิปรีชญา เทศทอง**

บทคัดย่อ

บทนำ : การจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นได้นำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เป็นทีมและส่งเสริมความสามารถในการคิดวิเคราะห์ รวมถึงการสืบค้นข้อมูล

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ก่อนและหลังสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น และศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 104 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น แบบประเมินความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แบบประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัย : ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีมหลังการสอนออนไลน์สูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.45, p = .017$) ค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการสอนออนไลน์สูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.87, p = .001$) ประสิทธิภาพการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ มีค่าเท่ากับ 83.85/86.87 และนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการสอนออนไลน์อยู่ในระดับมาก ($M = 4.32, SD = 0.51$)

สรุป : ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น ดังนั้น การสอนออนไลน์ควรสร้างกิจกรรมที่กระตุ้นความสนใจของผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม

คำสำคัญ : ห้องเรียนกลับด้าน กลุ่มสืบค้น นักศึกษาพยาบาล การสอนออนไลน์ การเรียนรู้เป็นทีม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sunipa@bnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The effect of the online integrative program of flipped classroom and group inquiry as a teaching method for nursing students

Sunipa Chinnawoot* Yupawan Thongtanunam** Nisarat Yuwapattanawong**

Wipratchaya Thedthong**

Abstract

Background: An online integrative program of flipped classroom and group inquiry as a teaching method has been used to effectively promote team learning, critical thinking and data searching.

Objectives: This study aimed to compare team learning and learning achievement of nursing students who participated in the online integrative program of flipped classroom and group inquiry as a teaching method (OIPofFI), and to examine learning outcomes based on the National Qualifications Framework for higher education.

Methods: The sample of this quasi-experimental research study consisted of 104 fourth year nursing students. Data were collected using a team learning assessment form, a learning achievement test, a learning outcome based on the National Qualifications Framework for higher education evaluation form, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using mean, standard deviation and paired t-tests.

Results: It was found that: the mean score of team learning ability after participating in the OIPofFI was statistically significant higher than that of before ($t = 2.45$, $p = .017$). The mean score of learning achievement of nursing students after participating in the OIPofFI was statistically significantly higher than that of before ($t = 16.87$, $p = .001$). The efficiency index of learning outcomes based on the National Qualifications Framework for Higher Education was 83.85/ 86.87. Nursing students were satisfied with participating in the OIPofFI at a high level ($M = 4.32$, $SD = 0.51$).

Conclusions: The findings demonstrated the effectiveness of the OIPofFI. Thus, faculty should develop activities that promote team learning among students.

Keywords: flipped classroom, group investigation, nursing student, online learning, team learning

*Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand,
E-mail: sunipa@bnc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ มีทักษะการคิดวิเคราะห์ วิจัยเรียนรู้สร้างสรรค์ร่วมมือในการทำงานเป็นทีม มีภาวะผู้นำทักษะการสื่อสารและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และรู้เท่าทันเทคโนโลยี มีรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เช่น เน้นการพัฒนาทักษะกระบวนการ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิธีดำเนินการกระบวนการทางปัญญา สืบค้นข้อมูลหรือกระบวนการทางสังคม ทักษะการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม¹ การส่งเสริมทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น หรือการเรียนรู้เป็นทีม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันกับสมาชิกทุกคนในทีมงานอย่างต่อเนื่อง เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การเรียนรู้ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การแบ่งปันการทำงาน มีความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง ตลอดจนแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์แก่กัน เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม² จากการศึกษาของ Hae-Ran et al.³ พบว่า การเรียนรู้เป็นทีมจะช่วยเหลือเสริมสร้างทักษะการทำงานของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา เพราะความรู้ขั้นสูง ไม่สามารถที่จะเรียนรู้ได้เข้าใจอย่างลึกซึ้งโดยการอ่านหนังสือ หรือการฟังอาจารย์บรรยายในห้องเรียนเท่านั้น แต่ความรู้ขั้นสูงจะเกิดจากการลงมือกระทำ การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม เป็นทีม ที่มีประสิทธิภาพ มีการทดลองร่วมกันของกลุ่มนักศึกษาเพื่อหาข้อสรุป อภิปรายผลร่วมกัน

จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสาร จึงเกิดการคิดค้นหาแนวทางสู่

กระบวนการที่ให้ความสำคัญกับห้องเรียนกลับด้าน เป็นกระบวนการเรียนการสอนรูปแบบหนึ่งซึ่งเปลี่ยนการใช้ ช่วงเวลาของการบรรยายเนื้อหาในห้องเรียน เป็นการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฝึกแก้โจทย์ปัญหาและประยุกต์ใช้จริง ส่วนการบรรยายจะอยู่ในช่องทางอื่น ๆ เช่น วิดีโอออนไลน์ ฯลฯ ซึ่งผู้เรียนเข้าถึงได้เมื่ออยู่ที่บ้านหรือนอกห้องเรียน⁴ ดังนั้น การบ้านที่เคยมอบหมายให้ผู้เรียนฝึกทำเองนอกห้องจะกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในห้องเรียน และในทางกลับกัน เนื้อหาที่เคยถ่ายทอดผ่านการบรรยายในห้องเรียนจะเปลี่ยนไปอยู่ในสื่อที่ผู้เรียนอ่าน-ฟัง-ดูได้เองที่บ้านหรือที่อื่น ๆ ผู้สอนเปรียบเสมือนโค้ชหรือเป็นผู้จุดประกายทางความคิดโดยการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาคิดสร้างความสนุกสนานในการเรียน และเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการเรียน⁵ นอกจากนี้การเรียนอีกรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมการเรียนรู้เป็นทีม คือ การเรียนแบบกลุ่มสืบค้น (Group investigation; GI) เป็นวิธีการเรียนหนึ่งของรูปแบบการเรียนแบบร่วมมือ การเรียนรู้แบบกลุ่มสืบค้น เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้เรียนทำงานร่วมกัน เพื่อผลประโยชน์และเกิดความสำเร็จร่วมกันของกลุ่ม⁶ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนด้วยห้องเรียนกลับด้านและการเรียนแบบกลุ่มสืบค้น จึงบูรณาการการจัดการเรียนการสอนทั้งสองวิธีนี้และจัดการเรียนแบบออนไลน์ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น คือ ผู้สอนสามารถปรับปรุงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วตลอดเวลา และสร้างความสะดวกสบายแก่ผู้เรียนที่สามารถเรียนได้โดยไม่จำกัดเวลา และสถานที่ ช่วยส่งเสริมในการเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น ทำให้ผู้เรียนกล้าเปิดเผย

กล้าแสดงความคิดเห็น และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Promta and Wongsat⁷ เรื่องผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับบทเรียนบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ รายวิชาความเป็นครู พบว่า ประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับบทเรียนบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ มีค่าเท่ากับ 84.75/89.07 และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนก่อนเรียนและหลังเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการบริหารการพยาบาลในปีที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษายังมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และการส่งเสริมให้นักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองมีน้อย จากการนำความรู้วิชาการบริหารการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ พบว่า นักศึกษามีความบกพร่องในการบริหารทีมงาน การสื่อสารในการทำงานร่วมกันเป็นทีม และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา จากปัญหาเหล่านี้ร่วมกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แพร่ระบาดไปทั่วโลก ทำให้ประเทศไทยมีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ราชอาณาจักร สถาบันพระบรมราชชนกได้สนองนโยบายการควบคุมโรคระบาดด้วยการปรับการจัดการเรียนการสอน โดยเลื่อนเวลาการเปิดเรียนและจัดการเรียนแบบดิจิทัลในช่วงที่สถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จึงปรับจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและ

สิ่งแวดล้อมที่ให้ประชาชนทำงานที่บ้านเรียนที่บ้านเป็นการลดการระบาดของโรค โดยการจัดการศึกษาภาคทฤษฎีให้มีการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ซึ่งในรายวิชาการบริหารการพยาบาล เป็นรายวิชาที่มุ่งหวังให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม การบริหารเวลา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงศึกษาโปรแกรมบูรณาการการสอนห้องเรียนกลับด้านกับวิธีการสอนแบบกลุ่มสืบค้น และจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ขึ้น

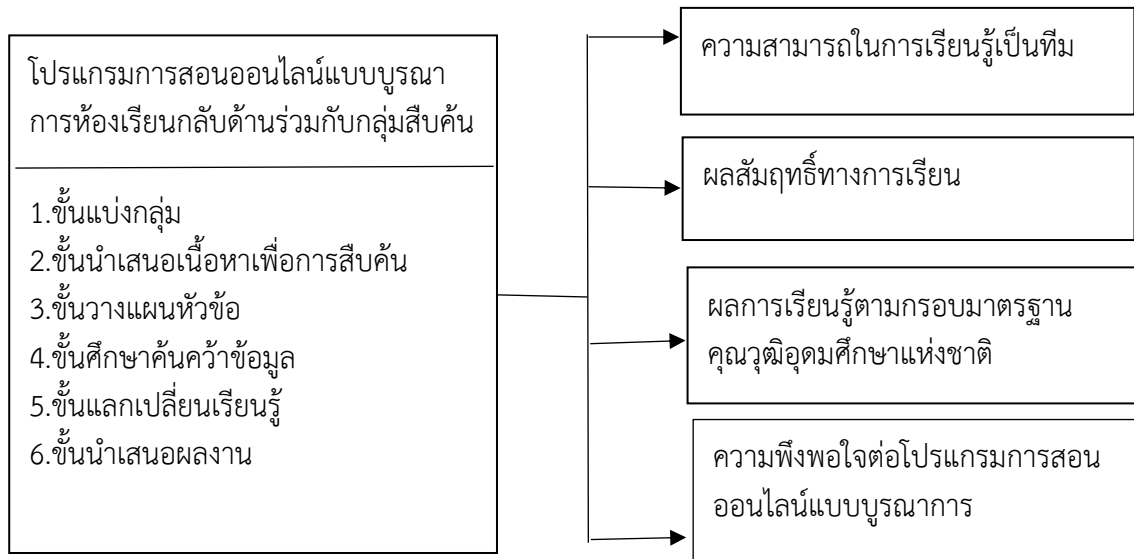
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น
2. เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น นักศึกษาจะมีความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) แบบกลุ่มเดียว (One group pretest-posttest design)

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 106 คน

ตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563 ที่เรียนวิชาการบริหารการพยาบาล และยินดีเข้าร่วมโครงการทุกครั้ง จำนวน 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นของ นักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาการบริหารการพยาบาล หัวข้อเรื่อง ภาวะผู้นำและเทคนิคการบริหารทางการพยาบาล การบริหารองค์การ

และการบริหารคุณภาพทางการพยาบาล เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในเนื้อหา ภาวะผู้นำและเทคนิคการบริหารทางการพยาบาล การบริหารองค์การและการบริหารคุณภาพทางการพยาบาล โดยใช้โปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นผ่านทางโปรแกรมสื่อออนไลน์ Google meet และโปรแกรมห้องเรียนออนไลน์ Google classroom โดยการจัดการเรียนการสอนแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน แบบละความสามารถ โดยจำแนกตามผลการเรียน 2) ขั้นนำเสนอเนื้อหาเพื่อการสืบค้น ผู้เรียนร่วมกันศึกษาประเด็นการเรียนรู้จากโจทย์สถานการณ์ คลิปวิดีโอและใบงานต่าง ๆ จากนั้นนำเสนอประเด็นการเรียนรู้ และผู้สอนให้ข้อเสนอแนะ 3) ขั้นวางแผนหัวข้อ ผู้เรียนร่วมกันวางแผนการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ 4) ขั้นศึกษาค้นคว้าข้อมูล ผู้เรียนร่วมกันค้นคว้าหาข้อมูลจากเอกสาร

ตำราหรือสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ
5) ชั้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเรียนรู้ร่วมกันและ
สรุปเป็นองค์ความรู้ของผู้เรียน 6) ชี้นำเสนอ
ผลงาน แต่ละกลุ่มรายงานผลการสืบค้นต่อ
กลุ่มใหญ่ ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันสรุปผลการ
เรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
มี 4 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินความสามารถใน
การเรียนรู้เป็นทีม ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวิจัย
ของ Sojayapan and Khlaisang⁸ ที่วัดการมี
ส่วนร่วมของสมาชิกทีม การเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น
การพัฒนาทีมงาน การเรียนรู้ด้วยตนเอง การ
สนทนาในการเรียนรู้เป็นทีมและการประเมินผล
การเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น เป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์
ทางการเรียน เรื่อง ภาวะผู้นำและเทคนิคการ
บริหารการพยาบาล การบริหารองค์การและการ
บริหารคุณภาพทางการพยาบาล คณะผู้วิจัย
พัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบปรนัย เลือกตอบ 4
ตัวเลือก จำนวน 28 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลการเรียนรู้
ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ
คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็นแบบประเมิน
คุณธรรม จริยธรรม จำนวน 5 ข้อ และแบบ
ประเมินรายงานและการนำเสนอ จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อ
โปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ
ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น
คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบประเมินใน
ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน
15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือทดลอง โดยนำโปรแกรมการ
สอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้าน
ร่วมกับกลุ่มสืบค้น ได้แก่ โจทย์สถานการณ์ คลิป
วิดีโอ ใบงาน หรือการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้าน
ต่างๆ สารทบทวนและกิจกรรมการเรียนรู้ ไปให้
ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนทาง
พยาบาลศาสตร์จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรง
เชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำเครื่องมือ
มาปรับปรุงแก้ไข

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความสามารถในการ
เรียนรู้เป็นทีม ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้าน
การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์
และด้านวัดและประเมินผล จำนวน 3 คน ทำ
การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และ
ปรับปรุงแบบวัดตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษา
พยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน ได้ค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) เท่ากับ .96

2.2 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์
ทางการเรียน เรื่องภาวะผู้นำและเทคนิคการ
บริหารการพยาบาล การบริหารองค์การและการ
บริหารคุณภาพทางการพยาบาล ตรวจสอบ
ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 3 คน นำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นไป
ทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน
30 คน และคัดเลือกข้อสอบที่มีค่าความยากง่าย
(p) อยู่ระหว่าง .24-.88 และค่าอำนาจจำแนก (r)
อยู่ระหว่าง .21-.89 จากนั้นนำแบบทดสอบหา
ค่าความเที่ยง ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .70

2.3 แบบประเมินผลการเรียนรู้ตาม
กรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แบ่งเป็นแบบประเมินคุณธรรม จริยธรรม จำนวน 5 ข้อ และแบบประเมินรายงานและการนำเสนอ จำนวน 12 ข้อ ทำการปรับปรุงแบบวัดตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และ .95 ตามลำดับ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบทอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ทำการปรับปรุงแบบวัดตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่าน การรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี รหัสโครงการ BNC REC No.08/2563 วันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมชี้แจงทีมผู้สอน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบทอดและการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมทั้งปฐมนิเทศ และให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนออนไลน์ผ่าน

โปรแกรม Google meet และ Google classroom กับตัวอย่าง

3. ดำเนินการจัดการเรียนการสอนตามโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบทอด จำนวน 7 ครั้ง ประกอบด้วย การเรียนในเวลาผ่านโปรแกรม Google meet และ Google classroom 14 ชั่วโมง และศึกษาด้วยตนเองเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม 10 ชั่วโมง

4. ติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบทอด ในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยใช้สูตร t-test Dependent วิเคราะห์ประสิทธิภาพการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยใช้ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบทอด นักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม โดยรวม และค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการสอนออนไลน์แบบบูรณาการ ห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบทอดสูงกว่า ก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นักศึกษาที่มีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนสอน มีค่าเฉลี่ย 11.82 คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 7 และ 19 ตามลำดับ และ

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังสอนมีค่าเฉลี่ย 16.85 คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 9 และ 21 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีมและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนออนไลน์ (n = 104)

ตัวแปร	หลังการสอน		ก่อนการสอน		t	p
	M	SD	M	SD		
1.ความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม	4.32	0.51	4.15	0.49	2.42	.017*
2.ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	16.85	2.43	11.82	2.45	16.87	.001*

*p<.05

2. ประสิทธิภาพการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ นักศึกษามีผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ 5 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้าน

ทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 83.85/86.87

ตารางที่ 2 ร้อยละของผลการประเมินระหว่างกระบวนการเรียนและประเมินเมื่อสิ้นสุดการเรียน

ช่วงเวลา การประเมิน	รายการของการวัดและประเมินผล	ร้อยละ
ระหว่าง กระบวนการเรียน	1.คุณธรรม จริยธรรม	88.15
	2.ความรู้	81.62
	3.ทักษะทางปัญญา	82.74
	4.ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	83.21
	5.ทักษะในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	83.52
เมื่อสิ้นสุดการเรียน	1.คุณธรรม จริยธรรม	88.58
	2.ความรู้	86.15
	3.ทักษะทางปัญญา	86.15
	4.ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	87.12
	5.ทักษะในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	86.35

3. นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสื่อบันในในระดับมาก ($M=4.32$, $SD=0.51$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การร่วมกันวางแผนแบ่งหัวข้อเพื่อสื่อบัน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.38$, $SD=0.61$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การร่วมกันทำกิจกรรมออนไลน์ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เป็นทีมของนักศึกษา และการนำเสนอผลการเรียนรู้ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานของตนเองและผู้อื่น ($M=4.2$, $SD=0.61$) ส่วนผู้สอน พบว่า นักศึกษาบางส่วนมีความพร้อมน้อย ในการใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต การใช้สื่อออนไลน์ต่าง ๆ เช่นเดียวกันวิทยาลัยได้จัดสื่อออนไลน์ที่เพียงพอต่อการใช้งาน ผู้สอนมีการเรียนรู้การใช้สื่อ การสร้างสื่อการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับเนื้อหา และผู้เรียน

อภิปรายผล

1. นักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมหลังการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสื่อบันสูงกว่าก่อนการสอน เนื่องจากรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมการเรียนรู้ที่หลากหลาย จากการนำเอารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสื่อบันมาใช้ร่วมกันผ่านทางโปรแกรมสื่อออนไลน์ Google meet และโปรแกรมห้องเรียนออนไลน์ Google classroom โดยเน้นผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม มีการศึกษาค้นคว้า สื่อบันข้อมูล และแลกเปลี่ยนความรู้ จากสถานการณ์ คลิปีวิดีโอ ไปงาน หรือแหล่งข้อมูลจากบุคคล ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนเพิ่มมากขึ้น และมี

การนำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้ในหลายรูปแบบ กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่ง นักศึกษาสามารถเข้าถึงแหล่งการเรียนรู้และ ทบทวนเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลา สอดคล้องกับการศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับบทเรียนบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ รายวิชาความเป็นครู พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁷

2. นักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีมโดยรวม หลังการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสื่อบันสูงกว่าก่อนการสอน เนื่องจากการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เน้นให้ผู้เรียนมีทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือการเรียนรู้เป็นทีม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกทุกคนในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง มีการช่วยเหลือกัน ร่วมมือกันทำงาน การแบ่งปันการทำงาน มีความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์แก่กัน⁹ ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสามารถในการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม เกิดการเรียนรู้ได้เร็วและมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การเรียนรู้เป็นทีม มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านการเป็นผู้นำทีม มีเป้าหมาย เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในทีมได้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงในเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ มีความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้เรียนไปพร้อมกันทุกคน สมาชิกในทีมได้เกิดการเรียนรู้ โดยให้สมาชิกในทีมเป็นแหล่งการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับทีมกันภายในทีมของสมาชิกและด้านการนำความรู้ไปใช้กับทีม สมาชิกทีมกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นเชิงวิชาการอย่าง

ตรงไปตรงมา ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ผ่านการค้นคว้ามาเป็นอย่างดีให้แก่เพื่อนสมาชิก¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ต่อผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนด้านคุณธรรมจริยธรรมไม่แตกต่าง การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ สามารถพัฒนานักศึกษาให้เกิดผลการเรียนรู้ที่ดี¹¹ จากการศึกษาการพัฒนาชุดการสอน เรื่อง การทำงานเป็นทีมการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต พบว่า ชุดการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ 83.86/84.32 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องการทำงานเป็นทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹²

3. นักศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ 5 ด้าน มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 83.85/ 86.87 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 80/80 แสดงว่าการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นสามารถพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาได้ดี เนื่องจากมีการมีการสร้างสื่อการเรียนการสอนที่กระตุ้นความสนใจของผู้เรียน มีระบบและขั้นตอนอย่าง

ชัดเจน นักศึกษาสามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย จากสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย และการประเมินผลการเรียนรู้จากงานที่ศึกษาค้นคว้า ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ การนำเสนอ รายงาน รวมถึงการสอบ ซึ่งเป็นการประเมินความก้าวหน้าของผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับบทเรียนเครือข่ายสังคมออนไลน์ รายวิชาความเป็นครู พบว่า ประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับบทเรียนบนเครือข่ายสังคมออนไลน์มีค่าเท่ากับ 84.75/89.07⁷

4. นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจเกิดจากการสอนออนไลน์สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนได้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน โดยลดข้อจำกัดด้านเวลา และสถานที่ ผู้เรียนมีความรับผิดชอบศึกษาค้นคว้าหาความรู้ร่วมกันแบบออนไลน์ และเพิ่มโอกาสด้านการเรียนรู้ โดยร่วมกันสืบค้นและทำงานร่วมกันเพื่อความสำเร็จของกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน ด้วยการบูรณาการการเรียนการสอนรายวิชาเทคโนโลยีมัลติมีเดียผ่าน Google Classroom พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านในระดับมาก เพราะผู้เรียนสามารถสร้างชิ้นงานผ่านวิธีการเรียนรู้แบบโครงการ รวมทั้งสามารถพูดคุยหรือสอบถามผู้สอนได้เมื่อมีปัญหาในการเรียน¹³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น ช่วยให้นักศึกษามีความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มมากขึ้น ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษา แห่งชาติมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ และ นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการสอนออนไลน์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้บนสื่อการสอนออนไลน์มากยิ่งขึ้น ผู้สอนควรสร้างสื่อที่หลากหลาย และมอบหมายงานที่ท้าทายความสามารถของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะ

1. การสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้น สถาบันการศึกษาต้องมีความพร้อมด้านระบบสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น Google meet, Zoom ผู้สอนและผู้เรียนพร้อมที่จะใช้สื่อต่างๆ ได้ สื่อและอุปกรณ์การเรียนรู้ และเครื่องมือวัดประเมินผล

2. การวิจัยเปรียบเทียบวิธีการสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นกับวิธีการสอนรูปแบบอื่น เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้ดีขึ้น

3. การสอนออนไลน์แบบบูรณาการห้องเรียนกลับด้านร่วมกับกลุ่มสืบค้นสำหรับ นักศึกษาพยาบาล เพื่อศึกษาความสามารถในการทำงานเป็นทีมและผลลัพธ์การเรียนรู้สามารถนำไปพัฒนาใช้ในรายวิชาต่างๆ

References

1. Onsri P. The instructor's role towards 21st century learning skills. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2015;16(3):8-13. (in Thai).
2. Bellanca J, Brandt R. 21st Century skills: rethinking how students learn. Bloomington: Solution Tree Press; 2010.
3. Kim HR, Song Y, Lindquist R, Kang HY. Effects of team-based learning on problem-solving, knowledge and clinical performance of Korean nursing students. Nurse Educ Today. 2016;38(3):115-8. doi: 10.1016/j.nedt.2015.12.003.
4. Tan C, Yue WG, Fu Y. Effectiveness of flipped classrooms in nursing education: systematic review and meta-analysis. Chin. Nurs. Res. 2017;4(4):192-200. doi: 10.1016/j.cnre.2017.10.006.
5. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: nursing students' perspectives. J Nurs Educ Pract. 2015;5(6):25-30. doi: 10.5430/jnep.v5n6p25.
6. Khammani T. Teaching science: knowledge base for effective learning process. Chulalongkorn University publishing; 2011. (in Thai).
7. Promta U, Wongsas S. Effects of the instructional management using the flipped classroom model together with lessons on social networks in the self-actualization for teachers' course. Nakhon Phanom University Journal. 2018;8(3):34-42. (in Thai).
8. Sojayapan C, Khlaisang J. Development of a flipped classroom model with the

- online learning group investigation method to enhance team learning ability of upper school student. *An Online Journal of Education*. 2016;11(2):16–32. (in Thai).
9. Zhao B, Potter DD. Comparison of lecture-based learning vs discussion-based learning in undergraduate medical students. *J Surg Educ*. 2016;73(2):250-7. doi: 10.1016/j.jsurg.2015.09.016.
 10. Netthip W, Yongson C, Boonthima R. Composition of team learning behavioral of Srinakharinwirot University student. *Journal of the Association of Researchers*. 2017;22(2):229-41. (in Thai).
 11. Srisawet S, Mekanantawat K, Tumme S. Effects of online team-based learning in heart disease pediatric nursing on learning outcome of nursing students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2020; 3(3):129-45. (in Thai).
 12. Thanaroj S, Keadthong W, Sueamak W. Development of instructional package on the Topic Nursing Teamwork with Simulation based learning for nursing students. *Journal of Health Research and Innovation*. 2019;2(1):58-72. (in Thai).
 13. Seubsom K, Meeplat N. The development of a flipped classroom with the Integration of multimedia classroom teaching through google classroom. *Apheit Journal*. 2017;6(2): 118-27. (in Thai).

ผลของการกดมดลูกส่วนล่างหลังทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' ต่อการสูญเสียเลือดของมารดาหลังคลอด

ปาริชาติ เทวพิทักษ์* ภัทรวดี ผลโภค**

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี การกดมดลูกส่วนล่างทันทีหลังรกคลอดเป็นวิธีที่สามารถลดอัตราการสูญเสียเลือดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลการกดมดลูกส่วนล่างหลังทำคลอดรกวิธี Modified Crede' ต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง ตัวอย่างคือมารดาคลอดปกติ ที่ทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 60 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการกดมดลูกส่วนล่างหลังคลอดรกทันทีนาน 10 นาที เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ วิธีการกดมดลูกส่วนล่าง เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดดิจิทัล และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียใน 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.591, p = .012$; $t = 2.683, p = .009$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการกดมดลูกส่วนล่างมีการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผล : การกดมดลูกส่วนล่างนาน 10 นาที หลังทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' ลดปริมาณการสูญเสียเลือดใน 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดได้

คำสำคัญ : การสูญเสียเลือดหลังคลอด การกดมดลูกส่วนล่าง วิธีการทำคลอดรกแบบ Modified Crede'

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, E-mail: Parichart.t@rsu.ac.th

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Received: April 12, 2021

Revised: August 31, 2021

Accepted: October 29, 2021

The effects of lower uterine segment compression after Modified Crede' maneuver on blood loss in the postpartum period

Parichart Tewapitak* Patarawadee Pholphoke**

Abstract

Background: Postpartum hemorrhage (PPH) has been a significant cause of maternal morbidity and mortality. Most PPH cases are caused by uterine atony. Immediate lower uterine segment compression (LUSC) is a technique that could reduce blood loss after placenta delivery.

Objective: This study examined the effect of immediate LUSC using modified crede' maneuver on blood loss at 2 hours and 24 hours after placenta delivery.

Methods: Purposive sampling method was used to recruit the sample of 60 mothers who admitted at Nopparat Rajathanee Hospital. The mothers were assigned into two groups: the experimental group and the control group. The mothers in both groups received the same standard treatments. The experimental group received additional 10 minutes of LUSC after placenta delivery. The research instruments were LUSC, digital scale, and a recording form. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The findings showed that there were statistically significant differences between the mean amount of blood loss in the experimental group and the control group at 2 hours and 24 hours after delivery ($t=2.591$, $p=0.012$; $t=2.683$, $p=0.009$, respectively). Thus, the use of LUSC resulted in less blood loss in the experimental group than that of the control group.

Conclusions: The 10-minute LUSC with Modified Crede' technique significantly reduced blood loss at 2 hours and 24 hours after placenta delivery.

Keywords: blood loss after delivery, lower uterine segment compression, Modified Crede' maneuver

*School of Nursing, Rangsit University, E-mail: Parichart.t@rsu.ac.th

**School of Nursing, Rangsit University

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด จากการศึกษาด้วยการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบใน 115 ประเทศช่วงปี ค.ศ. 2003-2009 พบว่ามีมารดาทั่วโลกตาย 60,799 คน มีสาเหตุจากการตกเลือดร้อยละ 27.10¹ ส่วนใหญ่เกิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในทวีปเอเชียพบว่า มีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 30.80 (World Health Organization, 2012)² ในประเทศอินเดียช่วงปี ค.ศ. 2000-2010 พบว่าการตายใน 24 ชั่วโมงแรกจากการตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ 21.27 ของการตายของมารดาทั้งหมดและเป็นผลจากปัญหาในระยะที่สามของการคลอด³

สำหรับในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 พบอัตราการตายมารดาเท่ากับ 21.8, 19.9, 19.8 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด⁴ ในเขตสุขภาพที่ 4 พบสถานการณ์มารดาตายปี พ.ศ. 2557-2559 มีอัตราส่วนมารดาตายเป็น 8.2, 12.4, 17.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และพบว่ามีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 50.00, 33.30, 0 ตามลำดับ⁵ ดังนั้นช่วงเวลาหลังรกคลอดจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากภาวะตกเลือดเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และเป็นอันตรายต่อชีวิตถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและทันทั่วทั้ง การตกเลือดหลังคลอด นอกจากจะเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต ยังส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ภาวะช็อก การเพิ่มอัตราการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด การเข้ารับการรักษาใน

แผนกผู้ป่วยหนัก ระบบหายใจล้มเหลว ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด ไตวายเฉียบพลัน เพิ่มอัตราการถูกตัดมดลูกหลังคลอดต่อมได้สมองขาดเลือด และอาจเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด⁶⁻⁷ รวมทั้งทำให้มารดายังขาดโอกาสในการดูแลทารกแรกเกิด

การตกเลือดหลังคลอดเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี รกค้าง ช่องทางคลอดผิดปกติ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และพบว่ามีมดลูกหดตัวไม่ดีเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้การจัดการในระยะที่ 3 โดยเร็ว (active management) เป็นเป้าหมายมาตรฐาน (gold standard) ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วยการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกร่วมกับวิธีการไม่ใช้ยา คือ การคลึงมดลูก การตัดสายสะดือช้า และทำคลอดรกด้วยวิธีควบคุมการดึงสายสะดือ (controlled cord traction)⁸

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก 28 ประเทศจากจำนวนการคลอด 275,000 ราย พบว่า ร้อยละ 95.30 ได้รับวิธีการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกแต่ยังพบว่ามีมารดาตกเลือดหลังคลอดอยู่ร้อยละ 1.20⁹ ในประเทศไทย วันชัย จันทราพิทักษ์, กมล ศรีจันทิก และสุภาภพ วงษ์สะอาด¹⁰ ได้ศึกษาวิธีการกดมดลูกส่วนล่างเข้ามาเสริมกับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก พบว่า ได้ผลดี สามารถลดการสูญเสียเลือดได้ร้อยละ 47.00 โดยการกดมดลูกจะช่วยยับยั้งการขาดออกซิเจนทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวดีขึ้น ช่วยเปิดรูเปิดของหลอดเลือดทำให้เลือดหยุดไหลได้ ทั้งนี้การกดมดลูกส่วนล่าง เป็นหัตถการที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือ ทำได้ในทุกโอกาส และที่สำคัญคือไม่ต้องใช้ความ

ชำนาญพิเศษสามารถนำไปใช้ได้ทันทีเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี¹¹

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก ให้แนวทางในการทำคลอดรกด้วยวิธีควบคุมการดึงสายสะดือเป็นวิธีที่ให้ทำได้เฉพาะผู้ที่มีความชำนาญและได้รับการอบรมแล้วเท่านั้น ถ้าไม่ได้รับการอบรมไม่แนะนำให้ทำคลอดรกด้วยวิธีควบคุมการดึงสายสะดือ^{8,12} ปัจจุบันการช่วยทำคลอดรกมีหลายวิธี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำคลอดรกวิธีควบคุมการดึงสายสะดือร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างนาน 10 นาทีทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี^{10,13} แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาผลลัพธ์จากการกดมดลูกส่วนล่างหลังการทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้ในการทำคลอดรก เพื่อหลีกเลี่ยงการทำคลอดรกด้วยวิธีควบคุมการดึงสายสะดือในผู้ที่ยังไม่มีความชำนาญ

จากสถิติของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในปี พ.ศ. 2559-2560 พบอัตราการตกเลือดภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 4.15 และ 3.17 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการตกเลือด 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดีร้อยละ 2.23 จากแผลฉีกเย็บฉีกขาด ร้อยละ 0.65 และจากเศษรกค้างร้อยละ 0.28 ส่งผลให้มารดาบางรายมีอาการช็อก ต้องได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทน บางรายต้องตัดมดลูก เพิ่มระยะเวลาอนโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความสำคัญและเป็นบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์โดยตรง ทีมสหวิชาชีพสูตินรีเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดไว้ไม่เกินร้อยละ

2.00 จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาวิธีการลดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดด้วยวิธีการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังการทำคลอดรกด้วยวิธีการควบคุมการดึงสายสะดือ แต่ยังไม่มีการศึกษาวิธีการกดมดลูกส่วนล่าง ภายหลังการทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' รวมถึงยังไม่มีการศึกษาปริมาณเลือดที่ออกใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการกดมดลูกส่วนล่างหลังทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' และปริมาณเลือดที่ออกใน 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อให้ได้วิธีการที่ทำให้ลดปริมาณการสูญเสียเลือดซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการตกเลือดและได้วิธีการเพื่อศึกษาต่อยอดความรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดของมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการกดมดลูกส่วนล่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดของมารดาในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการกดมดลูกส่วนล่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐาน

สมมติฐานการวิจัย

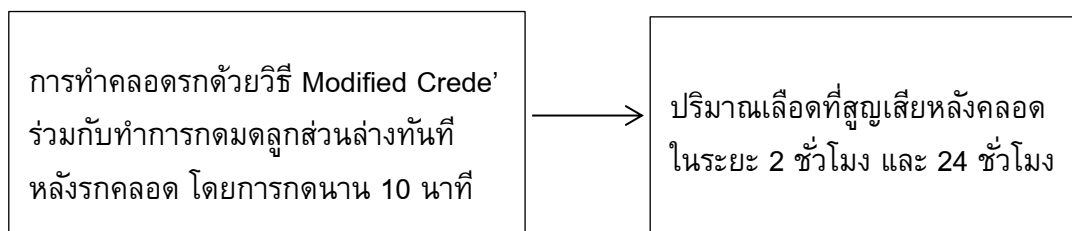
1. มารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่ได้รับการกดมดลูกส่วนล่าง มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐาน

2. มารดาในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดที่ได้รับการกดมดลูกส่วนล่าง มีการสูญเสียเลือดหลังคลอดน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การลอกตัวของรกจะทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณที่รกเกาะ การหยุดของเลือดเกิดจากการหดตัวของมดลูก เนื่องจากหลอดเลือดที่อยู่ภายในกล้ามเนื้อมดลูกถูกบีบและมีเลือดเกิดขึ้นบริเวณหลอดเลือดที่รกเกาะ ทำให้เกิดการหยุดไหลของเลือด¹⁴ ภายหลังคลอดมดลูกจะมีการหดตัวและมีขนาดเล็กกลับคืนสู่สภาพที่เป็นคอมดลูก (isthmus) ซึ่งอยู่

ระหว่างตัวมดลูกและบริเวณด้านในปากมดลูก (internal os) อันเป็นตำแหน่งของมดลูกส่วนล่าง ซึ่งตรงกับบริเวณเหนือหัวเหน่า (suprapubic) การกดมดลูกส่วนล่างจะทำให้มดลูกถูกบีบเข้าหากันแน่นช่วยบีบรัดเปิดหลอดเลือดทำให้เลือดหยุดไหล และต้องกดต่อเนื่องนาน 10 นาทีจะทำให้เลือดที่ปลายหลอดเลือดมีเวลาแข็งตัว^{10,15} ดังนั้นการกดมดลูกส่วนล่างให้นานเพียงพอจะช่วยลดปริมาณการสูญเสียเลือดได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในมารดาคลอดปกติ มีการวัดผลหลังการกดมดลูกส่วนล่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (posttest-only control-group design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึง ได้แก่ มารดาที่คลอดปกติได้รับการทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' ในห้องคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562

ตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาเรื่องผลของการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะแรกในผู้คลอดปกติ¹⁶ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .71 สามารถคำนวณตัวอย่างโดยใช้ Power .80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มเป็น

กลุ่มละ 30 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง รวมตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ทำการเลือกแบบเจาะจง หลังจากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20-35 ปี 2) อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ คำนวนจากข้อมูลในใบฝากครรภ์ 3) ความสูงของมดลูกวัดจากขอบกระดูกหัวเหน่าถึงยอดมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 เซนติเมตร 4) เคยผ่านการคลอดน้อยกว่า 4 ครั้ง 5) ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นปกติโดยใช้พาร์โทกราฟ ความชันของกราฟต้องอยู่หน้าเส้นเตือนให้ระมัดระวัง (alert line) 6) คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีของจอห์นสันโดยวัดความสูงของมดลูกเป็นเซนติเมตรลบด้วย 11 เมื่อระดับส่วนนำของทารกอยู่ระดับต่ำกว่ากระดูก ischial spine หรือลบด้วย 12 เมื่อระดับส่วนนำของทารกอยู่เหนือกว่ากระดูก ischial spine แล้วคูณด้วย

155 ต้องได้น้ำหนักอยู่ระหว่าง 2500-3500 กรัม และ 7) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ในระยะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง รกเกาะต่ำ ฯลฯ

เกณฑ์การคัดออก 1) ภาวะปากครรภ์ไม่ได้รับการอัลตราซาวด์เพื่อยืนยันอายุครรภ์ 2) พบภาวะแทรกซ้อนในระยะที่สองและสามของการคลอดซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ เช่น รกค้าง เกิดก่อนเลือดคั่งที่แผลฝีเย็บ (hematoma) 3) แผลฝีเย็บมีระดับการฉีกขาดตั้งแต่หูดทวารหนักขึ้นไป และ 4) ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่า 30% 5) มีภาวะเลือดแข็งตัวช้าหรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ วิธีการกดมดลูกส่วนล่าง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมผลของการกดมดลูกส่วนล่าง^{10-11,15-16} เพื่อออกแบบวิธีการซึ่งประกอบไปด้วย 1) ทำการกดมดลูกส่วนล่างทันทีหลังรกคลอดให้เร็วที่สุดและทำร่วมกับการดูแลแบบปกติ 2) ใช้มือข้างที่ถนัดกดบริเวณเหนือกระดูกหัวเหน่าซึ่งเป็นตำแหน่งของมดลูกส่วนล่าง กรณีที่มดลูกเอียงไปทางซ้ายหรือขวา ให้ใช้อีกมือควบคุมตัวมดลูกให้อยู่ตรงกลางลำตัว จะได้ตำแหน่งที่ถูกต้อง 3) แรงที่ใช้ในการกดมดลูกส่วนล่าง น้ำหนักมือที่กดใช้น้ำหนักให้แรงพอที่จะทำให้เลือดที่ออกทางช่องคลอดหยุดไหลโดยการกดให้มดลูกส่วนล่างถูกกดบีบเข้าหากันเป็นการช่วยให้หลอดเลือดส่วนปลายบริเวณที่รกหลุดตัวถูกกดบีบเข้าหากัน ขณะเดียวกันผู้คลอดต้องไม่รู้สึกหรือแสดงความเจ็บปวด 4) ระยะเวลาในการกดนาน 10 นาทีและกดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เลือดมี

เวลาแข็งตัว เมื่อครบ 10 นาทีให้ตรวจดูว่าเลือดหยุดไหลหรือไม่ ถ้ายังไม่หยุดให้กดต่อ 5-10 นาที โดยเว้นระยะเวลาการกดให้น้อยที่สุด การกดมดลูกส่วนล่างทำโดยตัวผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดและเคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ และได้รับการฝึกการกดมดลูกส่วนล่างภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอด โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด วิธีการคลอด การแท้ง การขูดมดลูก น้ำหนักทารก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด 3) ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ อายุครรภ์ กำหนดคลอด ผลอัลตราซาวด์เพื่อยืนยันอายุครรภ์ ความผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์และอุบัติเหตุ การคาดคะเนน้ำหนักทารก ความสูงของระดับมดลูก 4) ข้อมูลในระยะคลอด การหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ระยะเวลาการคลอด ยาที่ได้รับขณะรอคลอดและหลังคลอด ลักษณะแผลฝีเย็บ น้ำหนักทารกแรกเกิด 5) ข้อมูลมารดาหลังคลอด ได้แก่ ระดับยอedmดลูก ความแข็งของมดลูก สัญญาณชีพ จำนวนครั้งที่ปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะเต็มหรือว่าง ปริมาณเลือดที่ได้จากการซังผ้าอนามัย

2. เครื่องซังแบบดิจิตอล 2 เครื่องตั้งในแผนกห้องคลอด และหลังคลอด โดยแต่ละเวอร์จะมีการปรับค่าน้ำหนักที่ 0.00 ทุกครั้ง

ผู้วิจัยตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เป็นแพทย์ด้าน

สุตินีเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผดุงครรภ์ 1 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหาของวิธีการกดมดลูกส่วนล่างเท่ากับ 1.0 และแบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอดเท่ากับ .90 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้นำมาทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 3 คนพบว่า สามารถนำไปใช้ได้จริง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ COA.No.RSUERB2019-025 วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 และขอรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 6/2562 วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติในการทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับสูติแพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกห้องคลอดและหลังคลอด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกหลังคลอด ได้แก่ การชั่งปริมาณเลือดจากผ้าอนามัย การปรับตาชั่งดิจิตอล การประเมินระดับยอดมดลูกและความแข็งของมดลูก การประเมินกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้เข้าใจและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

3. เมื่อมีผู้คลอดมาถึงห้องคลอดด้วยอาการเจ็บครรภ์จริง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและทำการสุ่มผู้คลอดที่เข้าเกณฑ์เพื่อเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง จากนั้นแนะนำตัว ชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. หลังคลอดทารกผู้คลอดทุกรายทั้งกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลการคลอดแบบปกติตามมาตรฐาน ได้แก่

4.1 ทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede' โดยผู้วิจัยใช้มือคลึงมดลูกให้แข็งตัวแล้วผลักมดลูกมาในแนวกลางลำตัว ดันยอดมดลูกเข้าหา promontory of sacrum กดลงท่ามุม 30 องศากับแนวดิ่ง เมื่อรกออกมา 2 ใน 3 ส่วนให้เปลี่ยนมือที่ดันยอดมดลูกมากดที่เหนือหัวเหน่าแทนจนรกลอดออกมาทั้งหมด

4.2 ฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำภายหลังคลอดรก

4.3 หลังคลอดรกลึงมดลูกส่วนบนจนมดลูกหดตัวดี

4.4 หลังจากนั้นติดตามการหดตัวของมดลูก สัญญาณชีพ และลงบันทึกทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้งในห้องคลอด และติดตามต่อในแผนกหลังคลอดทุก 1 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการคงที่จนครบ 24 ชั่วโมง

5. กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลแบบปกติตามมาตรฐาน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบปกติตามมาตรฐานร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างนาน 10 นาที

6. ผู้วิจัยบันทึกปริมาณเลือดจากถุงตวงเลือดภายหลังรกลอดเป็นมิลลิลิตรไม่รวมส่วนที่เป็นน้ำคร่ำ ต่อจากนั้นวัดปริมาณเลือดโดยได้จากการชั่งผ้าอนามัยที่เปลี่ยนทุกครั้งด้วยเครื่องชั่งดิจิตอลซึ่งเป็นเครื่องเดียวกันตลอดการทดลอง น้ำหนักที่ได้จะต้องหักน้ำหนักผ้าอนามัยออก บันทึกน้ำหนักที่ได้โดย 1 กรัม

เท่ากับ 1 มิลลิลิตร รวบรวมและบันทึกปริมาณเลือดจนครบ 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นย้ายมารดาหลังคลอดไปยังแผนกหลังคลอด

7. ผู้ช่วยวิจัยชั่งและบันทึกปริมาณเลือดจากผ้าอนามัยทำโดยอธิบายให้มารดาเก็บผ้าอนามัยที่เปื้อนเลือดใส่ถุงพลาสติกและนำมาให้ผู้ช่วยวิจัยชั่งทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนผ้าอนามัย โดยจะชั่งปริมาณเลือดจากผ้าอนามัยเท่านั้น

8. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ การประเมินระดับยดมดลูกและความแข็งของมดลูก ประเมินกระเพาะปัสสาวะ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 4 ชั่วโมง และบันทึกต่อจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 25.23 ปี (SD=5.27) อายุครรภ์เฉลี่ย 272.83 วัน (SD=6.40) ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 36.27 เปอร์เซ็นต์ (SD=2.78) น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,067.00 กรัม (SD=307.15)

กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-34 ปี มีอายุเฉลี่ย 25.43 ปี (SD=4.59) อายุครรภ์เฉลี่ย

270.10 วัน (SD=5.67) ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 36.45 เปอร์เซ็นต์ (SD=1.94) น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,067.67 กรัม (SD=201.68)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานพบว่าอายุ อายุครรภ์ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ยกเว้นน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.034$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียทางช่องคลอดในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีปริมาณเลือดที่สูญเสียเฉลี่ยในระยะ 2 ชั่วโมงแรกเท่ากับ 208.83 มิลลิลิตร (SD=77.41) และในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเท่ากับ 210.00 มิลลิลิตร (SD=61.90)

กลุ่มควบคุมมีปริมาณเลือดที่สูญเสียเฉลี่ยในระยะ 2 ชั่วโมงแรกเท่ากับ 263.87 มิลลิลิตร (SD=86.83) และในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเท่ากับ 249.43 มิลลิลิตร (SD=51.45)

เมื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.012$) ปริมาณเลือดที่สูญเสียในระยะ 24 ชั่วโมงแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.009$) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียทางช่องคลอดในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง
แรกหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ปริมาณเลือด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p
	M	SD	M	SD			
ปริมาณเลือดที่สูญเสียใน ระยะ 2 ชั่วโมงแรก (มิลลิลิตร)	208.83	77.41	263.87	86.83	58	2.591	.012*
ปริมาณเลือดที่สูญเสียใน ระยะ 24 ชั่วโมงแรก (มิลลิลิตร)	210.00	61.90	249.43	51.45	58	2.683	.009*

*p<.05

อภิปรายผล

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดได้ 55.04 มิลลิลิตร และ 39.43 มิลลิลิตร ใน 2 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมงหลังคลอดตามลำดับ เป็นผลมาจากการกดมดลูกส่วนล่างจะทำให้หลอดเลือดบริเวณที่รกเกาะ (placenta bed vessels) ถูกกดนาน 10 นาที จะทำให้เลือดที่ปลายหลอดเลือดแข็งตัวและหยุดไหล^{11,14} อีกทั้งการกดมดลูกส่วนล่างยังเป็นการกระตุ้นให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างให้มีการหดตัวได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของวันชัย จันทราพิทักษ์ กมล ศรีจันทร์ทิก และเรณู วัฒนเหลืออรุณ¹⁷ ที่ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการกดมดลูกส่วนล่างในผู้คลอดปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการสูญเสียเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดจำนวนการสูญเสียเลือดลงถึง 29.26 มิลลิลิตร นอกจากนี้พรทิพย์ เรืองฤทธิ์¹⁶ ได้ศึกษาผลของการกดมดลูก

ส่วนล่างภายหลังรกคลอดนาน 10 นาทีร่วมกับการคลึงมดลูกทุก ๆ 15 นาทีภายใน 2 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนระยะเวลาการกดมดลูกส่วนล่างนาน 10 นาทีอย่างต่อเนื่องภายหลังรกคลอดทันทีเป็นการใช้แรงกดจากภายนอกทำให้เกิดการหยุดของเลือด (pressure effect) โดยทำให้มดลูกส่วนล่างมีการกดบีบเข้าหากันอย่างแน่น และหลอดเลือดที่ไหลเวียนบริเวณมดลูกมีการหดตัว เกิดเป็นลิ่มเลือดเฉพาะที่ และทำให้เลือดหยุดไหล^{11,14} สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาฏ หงส์ระนัย และคณะ¹⁵ ได้เปรียบเทียบระยะเวลาของการกดมดลูกส่วนล่าง ผลการวิจัยพบว่าการกดนานเป็นเวลา 10 นาที และ 20 นาทีมีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดรกไม่แตกต่างกัน (p<.01) นอกจากนี้การกดมดลูกส่วนล่างภายหลังคลอดรกทันทีนาน 10 นาทีสามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดรกได้

ส่วนการนำวิธีการกอดมดลูกส่วนล่างไปใช้ในทางปฏิบัติต้องมีการจัดการฝึกอบรมให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และโรงพยาบาลควรมีการจัดทำเป็นแนวปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลสามารถนำวิธีการนี้ไปใช้ได้ในการทำงานตามปกติ ซึ่งวิธีการนี้ไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติม แต่ยังเป็นวิธีที่ช่วยลดการสูญเสียเลือดในมารดาหลังคลอดได้ จึงมีความคุ้มค่าในทางปฏิบัติ แต่การนำวิธีการกอดมดลูกส่วนล่างมาใช้จริงจะต้องใช้พยาบาลเพิ่มอีก 1 คน จึงอาจทำให้เป็นอุปสรรคสำหรับการทำงานในห้องคลอดบางแห่ง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การกอดมดลูกส่วนล่างนาน 10 นาที หลังทำคลอดครบด้วยวิธี Modified crede' สามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

การนำวิธีการกอดมดลูกส่วนล่างไปใช้ เป็นแนวปฏิบัติ พยาบาลควรได้รับการฝึกฝนเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งวิธีแรงกดและระยะเวลาในการกอด และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในตัวอย่างขนาดเล็ก จึงควรมีการศึกษาในตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต ที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
2. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012. [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 10]; Available from: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf.
3. Devi KP, Singh LR, Singh B, Singh MR, Singh NN. Postpartum hemorrhage and maternal deaths in North East India. Open j. obstet. gynecol. 2015;5(11):635-8. doi: 10.4236/ojog.2015.511089.
4. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Annual report 2019 Bureau of Health Promotion. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).
5. Prasith-thimet T, Wetsutthanon K. Causes of maternal deaths in Regional Health 4 during Fiscal Year 2014-2016. Journal of Health Science. 2017;60(4): 730-8. (in Thai).
6. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum haemorrhage: a systemic

- review. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):261. doi: 10.1186/s12884-016-1054-1.
7. Sebghati M, Chandraharan E. An update on the risk factors for and management of obstetric haemorrhage. Womens Health (Lond). 2017;13(2):34-40. doi: 10.1177/1745505717716860.
8. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012 [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 20]; Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/.
9. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gulmezoglu AM, Winikoff B. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BJOG. 2014;121(suppl 1):5-13. doi: 10.1111/1471-0528.12636.
10. Chantrapitak W, Srijuntuek K, Puangsa-art S. Lower uterine segment compression for management of early postpartum hemorrhage after vaginal delivery at Charoenkrung Pracharak Hospital. J Med Assoc Thai. 2009;92(5):600-5. PMID 19459518.
11. Chantrapitak W, Anansakunwat W, Sritippayawan S, Lojindarat S, Srijuntuik K, Wattanaluangarun R. Lower uterine segment compression (LUSC), procedure for treatment and prevention of postpartum hemorrhage. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2014; 10(1):45-52. (in Thai).
12. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Clinical practice guideline management of atonic postpartum hemorrhage. [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 20]; Available from: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_019.pdf (in Thai).
13. Chantrapitak W, Anansakunwat W, Suwikrom S, Wattanaluangarun R. The correlation of lower uterine segment atony after delivery with atonic postpartum hemorrhage. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2019;15(1):1-13. (in Thai).
14. Chanprapaph P. Normal puerperium. In Wanitpongpan P, Russameecharoen K, Lertbunnaphong T, editor. Modern textbook of Obstetrics. Bangkok: P.A.Living; 2017;418-25. (in Thai).
15. Hongranai S, Sopajaree C, Ruangrit P, Doungnit W. Effect of duration of lower uterine segment compression immediately after placental delivery on amount of blood loss in normal delivery. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019;12(2):179-92. (in Thai).
16. Ruangrit P. The output of lower uterine segment compression and uterine massage for prevention of early postpartum hemorrhage after vaginal delivery. In Research administration division of

Naresuan university, editor. Naresuan research conference 13: research and innovation drivers of socio-economic. 20th-21st July 2017; Naresuan university. Phitsanulok: Research administration division of Naresuan university; 2017. p.742-51. (in Thai).

17. Chantrapitak W, Srijuntuek K, Wattanaluangarun R. The efficacy of lower uterine segment compression for prevention of early postpartum hemorrhage after vaginal delivery. J Med Assoc Thai. 2011;94(6):649-56. PMID: 21696071.



เลขที่.....

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

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

ค่าตีพิมพ์

แบบเร่งด่วน (Fast Track)

☐ ฉบับภาษาไทย = 8,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 10,000 บาท

แบบปกติ

☐ ฉบับภาษาไทย = 5,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 8,000 บาท

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยทาง ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-11201-4

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

e-mail: masarin@bcnnon.ac.th และ ดร.วารินิชฐ์ ลำไย e-mail: waranist@bcnnon.ac.th

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสารวารสาร

.....
.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม.....
.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

