



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
Boromarajonani College of Nursing
Changwat Nonthaburi



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ Journal of Health Science Research

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
Vol.17 No.2 May - August 2023

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



www.bcnon.ac.th

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566



นาวาโทหญิง ผศ.ดร.กนกเลขา สุวรรณพงษ์	ดร.พัชรีย์ ใจการุณ
ดร.กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล	ดร.พัชรีย์ ถุงแก้ว
ผศ.ดร.จินตนา ฤทธารมย์	ดร.เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม
รศ.ดร.จุฑามาศ แหนจอ	ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม
ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	ดร.รุ่งนภา จันทรา
ดร.จักรกฤษณ์ พลราช	ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา
ศ.ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ปิฎก	นาวาโทหญิง ดร.วัชรพร เชยสุวรรณ
ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส	รศ.ดร.วรางคณา จันทวงศ์
ผศ.ดร.ณัชนันท์ ชีวานนท์	ผศ.ดร.วรรณวดี ฅนัค
ผศ.ดร.ดวงกมล วัตรดุลย์	ผศ.ดร.วิไลพร ขำวงษ์
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	ดร.วรยุทธ นาคอ้าย
ดร.ทานตะวัน แยมบุญเรือง	ดร.วรรณพร บุญเปล่ง
ดร.ธีรารัตน์ บุญกณะ	ดร.วีระยุทธ ศรีทุมสุข
ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาครโพน ไบร์แมน
ดร.นันท์นภัส เกตนโกศลย์	ดร.ศิริพร ครุฑกาต
ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี	นาวาโทหญิง ดร.สุปราณี พลชนะ
ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว	รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง
ดร.ผ่องพรรณ ภาโว	รศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ
น.อ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ	รศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ
ดร.พยงค์ เทพอักษร	ผศ.ดร.อุษณีย์ มีกุล
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ที่ปรึกษาโครงการ	ผศ.ดร.กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	รศ.ดร.โยธิน	แสงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	ังคระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอตคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ศุภรใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
	ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
บรรณาธิการ	ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.ลัดดา	เหลืองรัตนมาศ	สถาบันพระบรมราชชนก
	ดร.สุกัลลักษณ์	ธานีรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.ธัญญวลัย	ชัยรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
	อาจารย์สุตารัตน์	วันงามวิเศษ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

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	ลีบุญธวัชชัย	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	แย้มสุตา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสาคร โพน โบรมันน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุดคณิง	ฤทธิ์ฤทัย	วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
	ดร.พนารัตน์	วิศวเทพนิมิตร	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	ดร.สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
	ดร.กนกวรรณ	เวทศิลป์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
	ดร.ยศพล	เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
	ดร.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.กมลนัทธ์	ม่วงยิม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลลลย์	โชคดีศรีจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
	ดร.วราณัฐ	ลำไย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
	นางสาวชนากานต์	โยธา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ฝ่ายจัดการ นางสาวชนากานต์

กำหนดออก ราย 4 เดือน

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ		Original Articles
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จังหวัดสกลนคร ยุภา พวงเงิน จักรกฤษณ์ พลราชม	1	Application of the transtheoretical model to promote dietary consumption behavior among the population at risk for diabetes mellitus type 2 in the community, Sakon Nakhon Province Yupa Pungngoen Chakkrit Ponrachom
การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด 19 ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม กรรณิการ์ แสนสุภา เอื้อทิพย์ คงกระพันธ์	13	The enhancement of undergraduate students' resilience quotient during the pandemic COVID-19 by cognitive behavioral group counseling Kannikar Sansupa Uaethip Kongkrapan
ลักษณะทางประชากรและสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา แววดาว พิมพ์พันธ์ดี วรพล แวงนอก	26	Socio-demographic characteristics and health literacy influencing the quality of life among elderly in Chachoengsao province Waeodao Phimphandee Worraphol Wangnok
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ศศิกันต์ พรหมพิลา อนุสร พันธ์ดี นิวัฒน์ ทรงศิลป์ วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว สุรีย์วรรณ สีลาดเลา กนกพร สมพร ปรีศนา เพียรจริง	39	The relationships between social support, negative automatic thoughts and depression among college students of a University Sasikarn Prompil Anusara Phandee Niwat Songsin Wanwimon Mekwimon kingkaew Sureewan Siladlao Kanokporn Somporn Prisna Pianjing

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ผลของการใช้เครือข่ายระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี กรองแก้ว โตชัยวัฒน์ นกชา สิงห์วีระธรรม กิตติพร เนาว์สุวรรณ	50	Development of a rehabilitation care network system for intermediate stroke patients in the area of Bangramong Hospital, Chonburi Province Krongkaew Tochaiwat Noppcha Singweratham Kittiporn Nawsuwan
การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดพะเยา ธานี กล่อมใจ กาญจนา साजि अम्पर यานะ พัชรบูรณ์ ศรีวิชัย เฉลิมพล กำใจ เอกพันธ์ คำภีระ	62	Balanced health promotion to prevent complications in patients with hypertension in the community, Phayao province Thanee Glomjai Kanjana Sajai Amphorn Yana Patcharaboon Srivichai Chalemon Kajai Aekkaphan Kampera
การพัฒนากระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนสำหรับแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ ภราดร ยิ่งยวด นครินทร์ สุวรรณแสง มยุรี อังตระกูล	74	The development of a social innovative process on community health to enhance analyzing, planning, and community health problems solving competencies for children and youth council district level Paradorn Yingyoud Nakarin Suwanaseang Mayuree Auengtrakul

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด 2 จังหวัดนนทบุรี ลักษมีพร หอมคำ วินัย ไตรนาทวัลย์ ศิริพร ครุฑกาต ปราโมทย์ ต่างกระโทก	87	Factors Influencing Positive Health Behaviors among Older Adults Attending an Emergency Department at Pakkret Hospital 2,Nonthaburi Province Luxameeporn Homkhom Winai Trainattawan Siriporn Kruttakart Pramote Thangkratok
ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เยาวภา สีดอกบวบ พะเยา พรหมดี ขวัญจิต คงพุดคุณ ธนาภา ฤทธิวงษ์	99	The Effectiveness of a competency development program of caregivers for the care of dependent older adults, Muang District, Nong Bua Lamphu province Yaowapha seedokbaub Phayao promdee Kwanjit kongputtikul Tanapa Rittiwong
ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการ ขยายหลอดเลือดหัวใจ พัชรินทร์ วรรณโพธิ์ สารนิต บุญประสพ สินีนาถ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา นิตยา โพธิ์สาราช ชนิกานต์ คณาเดิม อัมพร บัวสัน	111	Factors related to health literacy among patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention Patcharin Wannapo Saranit Boonprasop Sineenut Senivong Na Ayudhaya Nittaya Phosarach Chanikam Kanaderm Amporn Busan

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ		Original Articles
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองต่อ ความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วย ที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง รัชณี แก้วไสล	121	The effect of a perceived self-efficacy promotion program on caregivers' skills in nasal irrigation for sick children with retained Nasal Secretion Raschanee Kaewsalai
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น ชลดา กิ่งมาลา เอื้อจิต สุขพูล ภาวิณี แพงสุข ศุภวรรณ ชิมทอง	131	Effectiveness of sexual health literacy promotion program among adolescents Chonlada Kingmala Aurjit Sookpool Pavinee Pangsook Supawan Kimthong
การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ต่อพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มะลิ โพธิพิมพ์ ภัษภิชญ์ พลศรีประดิษฐ์ สุชาติ บุญยภากร จีรภา บุญยภากร วลัญช์ชยา เขตบำรุง จุน หน่อแก้ว วรรัตน์ สังวะลี วาสุกี เซวงกุล	143	Social support and other factors on resilience among older adults Mali Photipim Pas-pisit Pholsripradist Suchat Bonyaphagorn Jeerapa Bunyaphagorn Valanchaya Ketbumroong Jun Norkaew Wararat Sungwalee Wasugree Chavengkun
การฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติดและรูปแบบ การดูแลและบเริยหนจากสถานการณ์โควิด 19 กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล นันทวรรณ ตีระวงศา อรุณี โสติดวนิชย์วงศ์ ทิพย์รัตน์ อุดเมืองเพีย	153	Resilience of drug and substance users and care model:Lessons from the COVID-19 pandemic Kulnaree Hanpatchaiyakul NanthawanTeerawongsa Aruneesoattivanitwong Tipparat Udmuangpia

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 พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่ม้วนขาน ทำเป็น 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) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่ทำขึ้นใหม่ 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 ชื่อ และ 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 กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหาดังนี้

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 สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ และ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ ชื่อ และ 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 ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตารางหรือรูป 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** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 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 และเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน

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

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

ข. 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.

ค. 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.

ด. 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.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จังหวัดสกลนคร

ยุภา พวงเงิน* จักรกฤษณ์ พลราชม**

บทคัดย่อ

บทนำ : การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีหลากหลายวิธี แต่หนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย : การศึกษากึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติค่าไค-สแควร์ และทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย : ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผล : โปรแกรมฯ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด

คำสำคัญ : พฤติกรรม การบริโภคอาหาร การส่งเสริม กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

** คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : จักรกฤษณ์ พลราชม, E-mail: feduckp@ku.ac.th

Application of the transtheoretical model to promote dietary consumption behavior among the population at risk for diabetes mellitus type 2 in the community, Sakon Nakhon Province

Yupa Pungngoen* Chakkrit Ponrachom**

Abstract

Background: There are many methods to control blood glucose levels among people at risk for type 2 diabetes, but one of the most effective methods is to promote appropriate dietary habits.

Objective: To study the effectiveness of the application of the transtheoretical model to promote appropriate dietary behavior among people at risk for diabetes mellitus type 2 in a community of Sakon Nakhon province.

Methods: The study was conducted based on a two-group pretest-posttest quasi-experimental design. The sample consisted of 130 people at risk for diabetes mellitus type 2. The instruments were a dietary behavior promotion program, personal data questionnaire, stage of change level of dietary consumption behavior questionnaire, dietary consumption behavior questionnaire, and fasting capillary blood glucose level sheet. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and t-test.

Results: After participating in the program, the experimental group showed a better level of change in dietary consumption behavior than the comparison group. It was found that the mean score of dietary consumption behavior of the experimental group was higher than before and also higher than the comparison group. The fasting capillary blood glucose of the experimental group was lower than before and also lower than that of the comparison group with the statistical significance level of .001.

Conclusions: The program had improved the degree of change in dietary behavior, eating behavior and fasting capillary blood glucose.

Keywords: behavior, dietary consumption, promoting, risk group, type II diabetes mellitus

*Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

** Faculty of Education, Kasetsart University

Corresponding author: Chakkrit Ponrachom, E-mail: feduckp@ku.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน¹ ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงถึงกว่า 48,000 ล้านบาทต่อปี และจำเป็นต้องเร่งแก้ไขเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต² อีกทั้งจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี³ และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นคือ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคที่ดีที่สุดคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง⁴ จากผลการวิจัยที่ได้เปรียบเทียบแนวทางการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้มากถึงร้อยละ 68.00 ซึ่งมากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกายร่วมกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคลดลงได้เพียงร้อยละ 59.00 และ 45.00 ตามลำดับ⁵ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ หากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ในอนาคต⁵

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสกลนครที่มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งที่ผ่านมา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ดำเนินงานผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้กิจกรรมที่มีความหลากหลาย ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การคัดกรอง การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการให้คำปรึกษา⁶ แต่ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สะท้อนจากอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี⁷ และจากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในจังหวัดสกลนคร พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ยังไม่สนใจและไม่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากคิดว่าโรคเบาหวานยังเป็นเรื่องที่ไกลตัว และยังไม่เป็นโรคในขณะนี้ ซึ่งบุคคลในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่มีความคิดหรือความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ไม่รับรู้ ไม่ใส่ใจ และคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพที่กระทำในปัจจุบันไม่เป็นปัญหากับตนเอง

ดังนั้นการพัฒนาคำคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปที่ละขั้นเรียกว่า ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) โดยคำนึงถึงความพร้อมของบุคคล ด้วยการเสริมสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of Change) ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และการส่งเสริมดุลยภาพในการตัดสินใจ (Decisional Balance)⁸ สอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) ที่เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่คำนึงถึงความพร้อมของ

กลุ่มเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ⁹ โดยมีนักวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้ประยุกต์ใช้และมีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้¹⁰⁻¹²

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนจังหวัดสกลนครที่จะสามารถนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะ รพ.สต.ที่รับผิดชอบประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์และนำไปสู่การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับทฤษฎีโดยใช้กิจกรรมที่มุ่งเน้นกระบวนการส่งเสริมความคิด กระบวนการ (Cognitive Process) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมส่งเสริมดุลยภาพการตัดสินใจ และกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม (Behavioral Process) เพื่อมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด ดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย

1. กิจกรรมรู้เอาไว้วินิจฉัยโรคเบาหวาน
2. กิจกรรมฝึกปรับเปลี่ยนอย่างปลอดภัย
3. กิจกรรมใส่ใจข้อดีเรื่องการกิน
4. กิจกรรมสุดท้ายจะพินิจกินดีอย่างต่อเนื่อง

1. ระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. ระดับน้ำตาลในเลือด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการคัดกรองในปี พ.ศ. 2565 ในจังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 32,046 คน

ตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับข้อมูลชนิดต่อเนื่อง อ้างอิงจากผลการศึกษาในประเทศไทย¹³ พร้อมเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 20.00¹⁴ ได้ตัวอย่าง จำนวน 130 คน สุ่มด้วยวิธีจับฉลาก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 65 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 -8 ชั่วโมง (Fasting Capillary Blood Glucose) เท่ากับ 100 -125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2) ไม่มีอาการแสดงของโรคเบาหวานและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน 3) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 4) สามารถสื่อสารโดยการเขียนและพูดภาษาไทยได้ และ 5) เป็นบุคคลที่อยู่ในขั้นก่อนชั่งใจหรือไม่สนใจปัญหา (Precontemplation Stage) เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างทำการศึกษา และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการทดลองได้ทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม

การบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง และแต่ละกิจกรรมห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ ด้วยการใช้กิจกรรมการเรียนรู้เป็นกลุ่มใหญ่ทั้ง 65 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้ไว้พิชภัยโรคเบาหวาน” มุ่งเน้นกระบวนการส่งเสริมด้านความคิด ประสพการณ์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) ปลุกจิตสำนึก (Conscious Raising) โดยการบรรยายความรู้เรื่องระยะก่อนการเกิดโรค ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง และแนวทางการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง 2) การระบายอารมณ์ (Dramatic Relief) โดยการเปิดเวทีทัศน์เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน โดยเฉพาะแผลติดเชื้อที่เท้า 3) การประเมินตนเอง (Self-Reevaluation) ใช้การเล่าประสพการณ์ ความคาดหวังอุปสรรคด้านการป้องกันโรคและฝึกประเมินตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารในปัจจุบันที่อาจจะทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 4) การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental Reevaluation) ใช้การแบ่งกลุ่ม 5 – 6 คน สะท้อนถึงผลกระทบที่เกิดกับครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อดีของการบริโภคอาหารและการอภิปรายสรุป และ 5) การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-Liberation) ใช้การทำสัญญากับตนเองโดยทำพันธะสัญญาและใช้สมุดบันทึกลดเสี่ยง เลี่ยงโรคเบาหวานที่เป็นคู่มือให้กลุ่มเป้าหมายได้ศึกษาข้อมูลการป้องกันโรคด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “ฝึกปรับเปลี่ยนอย่างปลอดภัย” มุ่งเน้นการส่งเสริมการรับรู้

ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional Arousal) โดยการเปิดวิดีโอ “การบริโภคอาหารป้องกันโรคเบาหวาน” มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหารตามรูปแบบจำลองจานอาหาร (Food Plate Model) พร้อมทั้งกระตุ้นและพุดจูงใจ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) ใช้ตัวแบบจริงเล่าประสบการณ์และวิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร 3) ฝึกประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) โดยการตั้งเป้าหมายและฝึกเลือกอาหารที่จะรับประทานที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ด้วยการให้กำลังใจโดยผู้วิจัย และระหว่างกลุ่มเป้าหมายด้วยกัน

กิจกรรมที่ 3 “ใส่ใจข้อดีเรื่องการกิน” มุ่งเน้นกระบวนการส่งเสริมคุณลักษณะการตัดสินใจ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ 1) กระตุ้นผลดีและผลเสียของพฤติกรรม โดยบุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์ และ 2) เทคนิคการกระตุ้นเสริมแรง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงระหว่างกลุ่มเป้าหมายด้วยกัน

กิจกรรมที่ 4 “สุดจะฟิน ถ้ากินดีอย่างต่อเนื่อง” มุ่งเน้นกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter Conditioning) ฝึกทักษะปฏิเสธการบริโภคอาหารจากสถานการณ์ที่ต้องการหลีกเลี่ยงและค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ 2) ฝึกทักษะการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping Relationship) โดยใช้กิจกรรมบัดดี้ที่รัก 3) การจัดการเสริมแรง

(Reinforcement Management) ใช้การประกาศสัจจะว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ 4) การควบคุมสิ่งเร้าโดยการระดมสมองค้นหาสถานการณ์หรือกระตุ้นเตือนการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และ 5) การปลดปล่อยทางสังคม (Social Liberation) จัดเวทีให้ประกาศสัจจะว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมในการบริโภคอาหารใหม่ร่วมกันของกลุ่มเป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และรอบเอว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร จำนวน 4 ข้อ ให้เลือกตอบได้ 1 ตัวเลือกเกี่ยวกับระดับขั้นตอนการมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร ได้แก่ 1) ระดับขั้นก่อนตั้งใจหรือไม่สนใจปัญหา (Precontemplation Stage) 2) ระดับขั้นตั้งใจหรือลังเลใจ (Contemplation Stage) 3) ระดับขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation Stage) 4) ระดับขั้นปฏิบัติ (Action Stage)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 15-75 คะแนน

ชุดที่ 2 ได้แก่ แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด บันทึกจากผลการเจาะจากปลายนิ้ว ในตอนเช้าหลังตื่นนอน และอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา

(Blood Glucose Meter: BGM) ที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องตรวจจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ และแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยมีประเด็นการประเมินคุณภาพใน 5 ประเด็น ได้แก่ ความถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และความเป็นปรนัยทั่วไปของโปรแกรม ผลพบว่าโปรแกรมฯ มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ($M=4.39$, $SD=0.39$) แบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หรือค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

ข้อพิจารณาด้านการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COA No.CO65/002 ลงวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2566

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงโครงการวิจัยและให้ตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามกิจกรรมปกติของรพ.สต. ด้วยการให้สุขศึกษาด้วยวาจา ร่วมกับใช้แผ่นพับความรู้ ทั้งนี้จะปกปิดไม่ให้ตัวอย่างและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบสถานะการเป็นกลุ่ม

ทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อป้องกันมิให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษให้แก่ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการดำเนินโปรแกรมแล้วเป็นเวลา 1 เดือน จึงเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคอาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยไคสแควร์ (Chi-square test) และจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk Test) ตัวอย่างมีการสุ่มจากประชากรจึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังด้วย Paired t-test และค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 81.50 อายุเฉลี่ย 49.75 ปี ($SD = 5.90$) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 78.50 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.10 มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง $25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$ ร้อยละ 35.40 และรอบเอวอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 64.60 ส่วนกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 78.50 อายุเฉลี่ย 49.00 ปี ($SD = 6.25$) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.70 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 49.20 มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง $25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2$ ร้อยละ 33.80 รอบเอวอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 63.10 ในขณะที่ระดับการศึกษาและอาชีพมีความ

ใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน

ผลการศึกษาระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองอยู่ในระดับขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ ร้อยละ 64.60 รองลงมาอยู่ในระดับขั้นเข้าใจหรือลังเลใจและระดับขั้นปฏิบัติ ร้อยละ 27.70 และร้อยละ 7.70

ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในระดับขั้นก่อนเข้าใจ หรือไม่สนใจปัญหา ร้อยละ 64.60 รองลงมาอยู่ในระดับขั้นเข้าใจหรือลังเลใจ และระดับขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ ร้อยละ 27.70 และ ร้อยละ 7.70 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=65)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=65)		Statistic test	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับขั้นก่อนเข้าใจหรือไม่สนใจปัญหา	0	0.00	42	64.60	76.13*	.000
ระดับขั้นเข้าใจหรือลังเลใจ	18	27.70	18	27.70		
ระดับขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ	42	64.60	5	7.70		
ระดับขั้นปฏิบัติ	5	7.70	0	0.00		

*p<.001

การหาค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.29 (SD=3.06) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 64.34 (SD=4.98) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

การหาค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 109.80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD=9.71) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 95.58 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD= 11.87) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มพบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				t	p
	M	SD	t	p	M	SD	t	p		
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร										
กลุ่มทดลอง (n= 65)	32.29	3.06	.51	.61	64.34	4.98	21.78*	.000	-43.92*	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n= 65)	31.95	3.83			38.83	8.03			-6.36*	.000
ระดับน้ำตาลในเลือด										
กลุ่มทดลอง (n= 65)	109.80	9.71	-1.82	.07	95.58	11.87	-7.61*	.000	9.85*	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n= 65)	112.91	9.77			113.05	14.19			-.09	.927

*p<.001

อภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้ออกแบบนั้น เริ่มจากการใช้กระบวนการส่งเสริมด้านความคิด ประสพการณ์ อันเนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่อยู่ในขั้นก่อนเข้าใจหรือไม่สนใจปัญหา ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ยังไม่มีการปฏิบัติและไม่ตั้งใจที่จะปฏิบัติในเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งยังไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงไม่เพียงพอแต่ต้องให้ความสำคัญกับการปรับความรู้สึกรู้สึกผิด แต่ยังคงมีการปรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการส่งเสริมคุณภาพในการตัดสินใจด้วย⁸⁻⁹ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและ

บริบทของกลุ่มเป้าหมายพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ดีขึ้น^{12-13,15} ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับที่สูงขึ้นทุกคน โดยส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ จำนวนถึง 42 คน (ร้อยละ 64.60) แต่ถึงกระนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า มีตัวอย่างเพียง 5 คน (ร้อยละ 7.70) เท่านั้นที่อยู่ในขั้นปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นที่ผู้วิจัยวางเป้าหมายของการดำเนินการในครั้งนี้ อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาที่สามารถดำเนินการได้ในระยะเวลา 1 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวัดในรูปแบบของพฤติกรรมที่เป็นกลุ่ม (Bundle behavior)¹⁶ คือ 1) การเลือกบริโภคอาหารตามแบบจำลองจานอาหารด้วยผักสดหรือผักสุก ข้าวหรือแป้ง และเนื้อสัตว์ไขมันต่ำในแบบ

2:1:1 จานข้าวแบบกลมต่อมื้ออาหาร 2) การงดรับประทานอาหารรสจัด และ 3) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งไม่ได้เป็นพฤติกรรมเดียว (Single behavior) ทำให้การเปลี่ยนแปลงระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงในระดับที่พึงประสงค์ ร้อยละ 7.70 เท่านั้น

นอกจากนี้พบว่าโปรแกรมส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องมาจากกิจกรรมที่ได้ออกแบบนั้นได้พัฒนาเป็นระบบและขั้นตอนอย่างต่อเนื่องและจุดเน้นสำคัญ คือ กิจกรรมแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่าง 1 สัปดาห์ที่ทำให้ตัวอย่างได้ไปเรียนรู้การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ที่หลากหลายและแตกต่างกัน เนื่องจากกิจกรรมเป็นการเรียนรู้แบบกลุ่มใหญ่ อีกทั้งตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาในการดำเนินการ สอดคล้องกับการออกแบบด้วยกระบวนการที่หลากหลายเป็นขั้นตอน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น^{10,17}

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีการปรับเปลี่ยนระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทิศทางที่ดีขึ้น และส่วนสำคัญคือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่

พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 68.00⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าโปรแกรมมีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน¹⁸⁻¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะในรพ.สต.ควรนำโปรแกรม ไปใช้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์ใช้กับกิจกรรมของหน่วยงาน
2. การศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรศึกษาดูตามผลภายหลังการทดลองในระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและความคงทนของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น

References

1. Department of Disease Control. Nurses make the difference for diabetes. [Internet]. 2020 [Cited 2022 Nov 11]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=29627&deptcode=odpc7>. (in Thai).

2. Division of Non Communicable Diseases, Department of disease control. situation report on NCDs, diabetes, hypertension and related risk factors. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2019.
3. Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control. Number and death rate 5 non communicable diseases (NCD) 2016 - 2020. [Internet]. 2021 [Cited 2022 November 12]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>.(in Thai).
4. Rojruangnon P, Kamutsri W, Kraitap P, Seubsui N, Tiewwilai N, Tedniyom T. Effects of self- efficacy enhancement program to food consumption behavior modification among diabetes mellitus risk groups at Khlongtongsai, Khlongsan, Bangkok. Journal of the Department of Medical Services.2021;46(3):81-8. (in Thai).
5. Haw JS, Galaviz KI, Straus AN, Kowalski AJ, Magee MJ, Weber MB, et al. Long- term sustainability of diabetes prevention approaches a systematic review and meta- analysis of randomized clinical trials. JAMA Intern Med. 2017;177(12):1808-17.
6. Health Data Center, Sakon Nakhon Provincial Public Health Office.Percentage of the population aged 35 years and over who were screened for diabetes mellitus Sakon Nakhon province. [Internet]. 2022 [Cited 2022 Nov 16]; Available from: https://snk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec%2016a599d882b&id=626c89f6b8d9f7ed90c72c719775eb07. (in Thai).
7. The office of Disease Prevention and Control 8 Udon Thani, Department of Disease Control. Week 9 disease and health situation report. [Internet] . 2021 [cited 2021 Nov 20] ; Available from: [VHQZi5DGNWyLdp6Ba7lq .pdf](http://www.dpc.go.th/VHQZi5DGNWyLdp6Ba7lq.pdf). (in Thai).
8. Davis KM, Alpert PT, Clevesy M. Using the transtheoretical model of change to improve lifestyle behaviors in a woman with metabolic syndrome. J Dr Nurs Pract. 2016; 9(1):81-7. doi:10.1891/2380-9418.9. 1.81.
9. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1): 38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38.
10. Phosuwan J, Surirak S, Neamsukonsakoon S, Choocherd K, Chalatlloed T, Phadungwiang A, et al. Effects of food consumption behavior change program applied with transtheoretical model among patients with type 2 uncontrolled diabetes mellitus in Chonburi Province. Journal of Council of Community Public Health. 2021; 3(3): 55-65. (in Thai).
11. Saotong T, Pichayapinyo P, Lagampan S. Effects of behavior change on glycemic control in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3): 19-32. (in Thai).
12. Ribeiro PV, Hermsdorff HM, Balbino KP, Epifanio AP, Jorge MP, Moreira AV. Effect of

- a nutritional intervention based on transtheoretical model on metabolic markers and food consumption of individuals undergoing hemodialysis. *J Ren Nutr.* 2020;30(5):430-9.
13. Mangkala N, Kitreerawutiwong N. Effectiveness of the dietary behavior change program by applying the transtheoretical model among population at risk of diabetes mellitus type 2. *Journal of Nursing and Health Sciences.* 2018;12(1S):110-20. (in Thai).
14. Jirawatkul A. Biostatistics for health Science research second edition. Khon Kaen: Pimluck; 2005. (in Thai).
15. Nakabayashi J, Melo GR, Toral N. Transtheoretical model-based nutritional intervention in adolescents: a systematic review. *BMC Public Health.* 2020; 20: 1543. doi:10.1186/s12889-020-096443-z.
16. Spring B, Moller AC, Coons MJ. Multiple health behaviours: overview and implications. *J Public Health.* 2012; 34 (Suppl1):3–10. doi: org/10.1093/pubmed/fdr111.
17. Boonsuwanno J, Kaewboonchoo O, Boonyamalik P. Effect of behavioral modification program for weight loss in overweight primary school children using the transtheoretical model of behavior change. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 2021;48(3): 534-55. (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. Suphunnakul P, Songthap A, Sirinual S, Limrerklamruke A. Effectiveness of behavior change program for knowledge of self-diabetes management and blood sugar level among risk group of type 2 diabetes mellitus in Sukhothai Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology.* 2018;12(3):141-53. (in Thai).

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด 19 ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

กรรณิการ์ แสนสุภา* เอื้อทิพย์ คงกระพันธ์*

บทคัดย่อ

บทนำ : สถานการณ์โควิด 19 ส่งผลกระทบต่อนักศึกษารอบด้าน ทำให้เกิดความเครียดและพลังสุขภาพจิตต่ำลง การปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นวิธีที่ช่วยเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล เกิดความสามารถทางความคิด อารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวสู่ภาวะปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย : 1) เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด 19 และ 2) เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

วิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง ตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 306 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นนักศึกษาที่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 16 คน สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดพลังสุขภาพจิต และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานโดยสถิติค่าที

ผลการวิจัย : 1) พลังสุขภาพจิตในสถานการณ์โควิด 19 ของนักศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) กลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตหลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) กลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) กลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: การปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมช่วยให้นักศึกษาที่เผชิญสถานการณ์โควิด 19 มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น

คำสำคัญ : การปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม โควิด 19 พลังสุขภาพจิต นักศึกษา

* ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : กรรณิการ์ แสนสุภา, E-mail : kannikar.s@rumail.ru.ac.th

The enhancement of undergraduate students' resilience quotient during the pandemic COVID-19 by cognitive behavioral group counseling

Kannikar Sansupa*, Uaethip Kongkraphan*

Abstract

Background: The COVID-19 pandemic is a crisis that has affected undergraduate students in many ways. This causes stress and lowers the resilience quotient. Cognitive behavioral theory group counseling is a method that helps turn negative automatic thoughts about situations into rational thoughts, so that it is possible to adapt and return to normality and live a happy life again.

Objective: The study aimed to 1) investigate the resilience quotient of undergraduate students during the COVID-19 pandemic, and 2) examine the effectiveness of group counseling program based on cognitive behavioral theory for the enhancement of undergraduate students' resilience quotient.

Methods: This study was a Quasi-experimental study. The sample consisted of undergraduate students in the faculty of education of Ramkhamhaeng university who were selected through purposive sampling. The subjects in the experiment included 16 students with a lower Resilience quotient. Eight students were allocated to the experimental group and eight students to the control group. The research instruments consisted of the resilience quotient scale and an 8-session group counseling program based on cognitive behavior therapy. Data were analyzed using descriptive statistic and t-test.

Results: The findings were as follows: 1) the resilience quotient mean scores of the experimental group after the experiment and follow-up were significantly higher than that of the control group at a significance level of .05; 2) the resilience quotient mean score of the experimental group was significantly higher after the experiment than before the experiment at a significance level of .05; 3) the follow-up mean score of resilience quotient of the experimental group was significantly higher than before the experiment at a significance level of .05.

Conclusions: Cognitive behavioral theory group counseling helps undergraduate students who are facing COVID-19 to have higher resilience quotient scores.

keywords: cognitive behavior group counseling, COVID-19, resilience quotient, students

* Department of Psychology, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University

Corresponding Author: Kannikar Sansupa, E-mail: Kannikar.s@ru.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิกฤตการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคนทั่วโลกอย่างแพร่หลายนับตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา จากการระบาดที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ กลุ่มคนวัยทำงานเกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หดหู่ รวมไปถึงนักเรียนนักศึกษายังได้รับผลกระทบทางการเรียน การจัดการเรียนการสอนถูกเปลี่ยนเป็นการเรียนแบบออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบและเป็นไปอย่างจำกัด ทำให้เกิดผลกระทบต่อการปรับตัวและความเครียดของนักศึกษาตามมารอบด้าน¹ เป็นผลทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ต้องปรับตัวต่อรูปแบบการใช้ชีวิต ต้องรับผิดชอบตนเอง ทำตามกฎระเบียบ นับว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมใหม่รอบด้าน และหากนักศึกษาไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและกังวลใจ อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้² ซึ่งการที่นักศึกษาจะสามารถจัดการกับความเครียดต่าง ๆ ได้จำเป็นต้องเป็นผู้มีพลังสุขภาพจิต ผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวจะฟื้นคืนพลังสุขภาพจิตและผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตินี้ไปได้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิตหรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมา³

พลังสุขภาพจิต หรือที่เรียกว่าอาร์คิว (Resilience Quotient-RQ) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้น

ปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขยิ่งไปกว่านั้นบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตจำนวนมากยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาสสามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น⁴ ลักษณะของอารมณ์และจิตใจที่มีพลังสุขภาพจิตสูงเปรียบได้กับสิ่งของที่มีความยืดหยุ่นสูง แม้ว่าจะมีแรงกดดันไป แต่ก็สามารถที่จะคืนตัวและกลับมาเหมือนเดิมได้อย่างรวดเร็ว พลังสุขภาพจิตประกอบด้วยพลัง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความทนต่อแรงกดดัน (พลังอึด) หมายถึง การมีวิธีการที่ดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตัวเองได้ในสถานการณ์ที่กดดัน 2) ความหวังและกำลังใจ (พลังฮึด) หมายถึง การมีกำลังใจ มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน กำลังใจนี้อาจมาจากการสร้างกำลังใจด้วยตัวเองหรือคนรอบข้าง และ 3) การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (พลังสู้) หมายถึง การมุ่งมั่นตั้งใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากภาวะวิกฤต ความมั่นใจนี้เกิดจากการตระหนักในความสามารถหรือทักษะของตนเอง คิดว่าฉันทำได้ ฉันแก้ปัญหานี้ได้ และมีทักษะในการแสวงหาความรู้และเข้าถึงความช่วยเหลือหรือการให้การปรึกษา⁵

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้เข้มแข็งสามารถส่งเสริมได้หลายวิธี เช่น กิจกรรมกลุ่ม⁶ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม⁷ การปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม⁸ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาที่เรียกว่า การปรึกษากลุ่ม กระบวนการปรึกษากลุ่มมีประสิทธิภาพในการพัฒนาการยอมรับและความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดประสบการณ์และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ สมาชิกกลุ่มเกิดความใจ

สนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจกันและกันจากเรื่องราวของปัญหาที่คล้ายคลึงกันเกิดความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม อีกทั้งยังช่วยสร้างประสิทธิภาพการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงตามความต้องการในมุมมองของตนเองและมุมมองของสมาชิก เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การปรึกษากลุ่ม ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ตามความเชื่อทฤษฎีที่ว่า สิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคลและการเล็งดู เกิดจากการรับรู้ (perception) และการตีความหรือวิเคราะห์ (construe) สถานการณ์ของแต่ละบุคคล ลักษณะความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) การค้นหาความคิดอัตโนมัติมีเป้าหมายเพื่อค้นพบที่มาของปัญหาทางอารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาได้ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติดังกล่าว การค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติสามารถทำได้ 3 ขั้นตอน⁹ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ หรือความคิดที่ทำให้เกิดทุกข์มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่รบกวนศักยภาพในชีวิตประจำวัน ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและตรวจสอบความคิดดังกล่าวว่าเป็นความจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (validity) มีประโยชน์ใดที่จะคิดอย่างนั้น (utility) และสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้อีกหรือไม่ (variety) และขั้นตอนที่ 3 การตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ ผลของการปรับความคิดจะช่วยให้บุคคลเกิดความยืดหยุ่น

ทางความคิดและพฤติกรรมตามมา ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต การปรับความคิดและจัดการกับความเครียดอัตโนมัติอย่างถูกวิธีจะช่วยให้บุคคลสามารถยืดหยัดและฟื้นตัวจากสถานการณ์ร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและเกิดการเรียนรู้ระบบความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมและนำพาตนเองกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การใช้ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลหรือการบิดเบือนความคิดของตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสม¹⁰

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจศึกษาการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด 19 ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม โดยมีจุดประสงค์ เพื่อช่วยเหลือและเป็นแนวทางในการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาให้สามารถฟื้นกลับมาสู่สภาวะปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันภายใต้การเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่ชีวิตที่มีความสุขและสมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

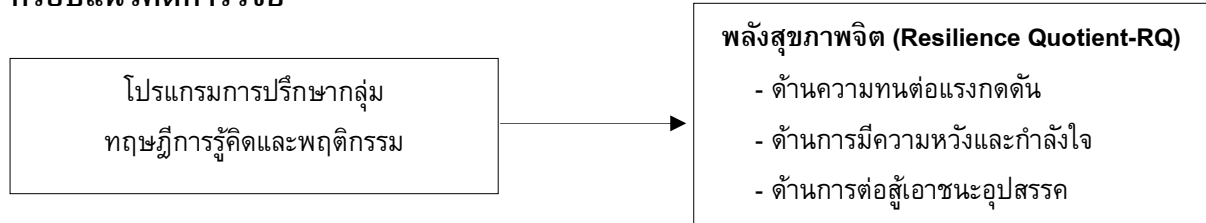
1. เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด 19
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมต่อการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด 19

สมมุติฐานการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด 19 อยู่ในระดับน้อย
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีพลังสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีพลังสุขภาพจิตในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ประชากร

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2565 จำนวน 1,485 คน

ตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejci and Morgan จำนวน 306 คน ในการทดลอง ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือนักศึกษาที่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ และมีความสมัครใจ จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน ดำเนินการสุ่มแบบจับคู่ ออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อลดความเคลื่อนที่อาจเกิดจากการแบ่งกลุ่มในการทดลอง

จากนั้นจึงดำเนินการสุ่มอย่างง่าย เพื่อกำหนดว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม จำนวน 8 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ แจ้งข้อตกลงและการสร้างสัมพันธภาพ ผ่านใบงาน “ฉันคือใครในวันนี้”

ครั้งที่ 2 การประเมินพลังชีวิตผ่านใบงาน “ฉันอึดแค่ไหนในสถานการณ์โควิด19”

ครั้งที่ 3 การเสริมสร้างพลังชีวิตผ่านกิจกรรม “พลังอึดสร้างได้”

ครั้งที่ 4 การประเมินพลังชีวิตผ่านกิจกรรม “อึดแล้วต้องอึด...แต่ฉันอึดใหม่นะ”

ครั้งที่ 5 การเสริมสร้างพลังชีวิตผ่านกิจกรรม “สร้างพลังอึด สร้างความหวังและกำลังใจ”

ครั้งที่ 6 การประเมินพลังสู่ผ่านใบงาน “ที่ผ่านมาฉันรู้สึกไหน”

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างพลังสู่ผ่านใบงาน “อึดแล้วอึด แล้วจะสู้อย่างไรดี”

ครั้งที่ 8 ยุติการให้การปรึกษาให้สมาชิกร่วมกันประเมินตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

การตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำไปคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.66 – 1.00 น. จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดพลังสุขภาพจิต พัฒนามาจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความทนต่อแรงกดดัน จำนวน 10 ข้อ 2) การมีความหวังและกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และ 3) การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ ค่าคะแนน 0-4 โดยแปลผลตั้งแต่พลังสุขภาพจิตน้อยมาก ไปจนถึงพลังสุขภาพจิตมากที่สุด

การตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำไปคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80-1.00 และนำไปทดลองใช้ (try out) แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .89

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมและจรรยาบรรณการวิจัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลขการรับรอง RU-HRE 65/0057

หมายเลขอ้างอิงโครงการวิจัย อว 0601.24/470
ลงวันที่ 24 มีนาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตไปเก็บข้อมูลกับตัวอย่างจำนวน 306 คน เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 16 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน คะแนนที่ได้ในครั้งนี้เป็นคะแนนในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test)

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยนำโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาจำนวน 8 คน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใช้ให้การปรึกษากลุ่มกับกลุ่มทดลอง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมงระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2565 สำหรับกลุ่มควบคุมใช้ชีวิตปกติโดยไม่ได้รับบริการใด ๆ ทางการศึกษาทางจิตวิทยา และหลังจากยุติการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดพลังสุขภาพจิตอีกครั้ง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)

3. ระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นข้อมูลในเพื่อเป็นข้อมูลในระยะติดตามผล (Follow up)

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแก่กลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

เพื่อให้ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการช่วยเหลือที่เท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ลักษณะของตัวอย่าง โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงของข้อมูล เนื่องจากตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n=16$) ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test ได้ค่าเท่ากับ .20 หมายถึงข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

3. ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test independent และ t-test dependent

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

การศึกษาพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิดพบว่า นักศึกษามีพลัง

สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.10$, $SD=0.36$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงที่สุด คือ การมีความหวังและกำลังใจ ($M=3.19$, $SD=0.52$) รองลงมา คือ การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ($M=3.12$, $SD=0.46$) และความอดทนต่อแรงกดดัน ($M=3.97$, $SD=0.38$) ตามลำดับ

การศึกษาคผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมต่อการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด19 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.12$, $p<.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความอดทนต่อแรงกดดัน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.23$, $p<.05$) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.24$, $p<.05$) และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคมีกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.87$, $p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($n=16$)

พลังสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	M	SD	M	SD		
1. ความอดทนต่อแรงกดดัน	3.30	0.19	2.69	0.20	5.23*	.000
2. การมีความหวังและกำลังใจ	3.23	0.21	2.75	0.56	0.24*	.021
3. การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค	2.95	0.26	2.57	0.51	1.87*	.041
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	3.17	0.12	2.67	0.32	4.12*	.000

* $p<.05$

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีพลังสุขภาพจิตหลังการทดลองสูง

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-6.38, p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มด้วยทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในสถานการณ์โควิด 19 ของกลุ่มทดลอง ($n=8$)

พลังสุขภาพจิต	ระยะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1. ความอดทนต่อแรงกดดัน	ก่อนทดลอง	2.80	.25	-4.83*	.002
	หลังทดลอง	3.30	.19		
2. การมีความหวังและกำลังใจ	ก่อนทดลอง	3.02	.38	-2.35	.051
	หลังทดลอง	3.25	.21		
3. การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค	ก่อนทดลอง	2.72	.27	-2.83*	.025
	หลังทดลอง	2.95	.26		
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	ก่อนทดลอง	2.85	.050	-6.38*	.000
	หลังทดลอง	3.17	.121		

* $p<.05$

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมมีพลังสุขภาพจิต ระยะติดตามผลสูง

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-4.09, p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตก่อนและติดตามผลการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มด้วยทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในสถานการณ์โควิด 19 ของกลุ่มทดลอง ($n=8$)

พลังสุขภาพจิต	ระยะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
1. ความอดทนต่อแรงกดดัน	ก่อนทดลอง	2.80	0.25	-2.74*	.029
	ติดตามผล	3.11	0.16		
2. การมีความหวังและกำลังใจ	ก่อนทดลอง	3.02	0.38	-2.97*	.021
	ติดตามผล	3.20	0.26		
3. การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค	ก่อนทดลอง	2.72	0.26	-1.18	.027
	ติดตามผล	2.82	0.25		
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	ก่อนทดลอง	2.85	0.05	-4.09*	.005
	ติดตามผล	3.04	0.11		

* $p<.05$

อภิปรายผล

พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาจำนวน 306 คน ในสถานการณ์โควิด 19 พบว่า นักศึกษามีพลังสุขภาพจิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 อยู่ในระดับมาก ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องมาจากระยะเวลาที่ศึกษานั้นผ่านพ้นช่วงวิกฤตของสถานการณ์โควิด 19 มาเป็นระยะเวลา 3 ปี ซึ่งนักศึกษาผ่านการได้รับความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวต่อสถานการณ์โควิดวิถีใหม่ (new normal) อีกทั้งผ่านระยะเวลาของการปรับตัวในด้านการเรียนในระบบออนไลน์มาแล้ว สอดคล้องกับการวิจัยของซามิรา¹¹ ที่พบว่า นักศึกษานั้นมีการปรับตัวทางด้านการเรียนออนไลน์และยอมรับการเรียนรูปแบบออนไลน์ จึงส่งผลให้ทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์¹² ที่พบว่า นักศึกษาที่เผชิญสถานการณ์โควิด 19 ระยะเวลาหนึ่งมีความเครียดในระดับน้อย ทั้งนี้การศึกษาวิจัยของจูเลีย¹³ ค้นพบข้อสรุปที่ว่าหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19 ได้ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลและโรคซึมเศร้าได้

นักศึกษาที่ได้รับการศึกษามีพลังสุขภาพจิตสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการศึกษา ในระยะหลังการทดลอง จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการศึกษามีพลังสุขภาพจิตสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการศึกษา ในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นนั้น เน้นการเปลี่ยนความคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตของบุคคล โดย

มีความเชื่อว่าความคิดอัตโนมัติของบุคคลเกิดจากทัศนคติและความเชื่อต่อการรับรู้สิ่งต่าง ๆ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ จะช่วยให้บุคคลออกจากการดำเนินชีวิตแบบเดิมได้ และหาหนทางใหม่ที่เป็นไปได้แทน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยเป้าหมายในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง มีการตกลงวิธีการที่จะต้องทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การทดลองทำกิจกรรมใช้เทคนิคให้การบ้าน ประเมินผล และการให้ข้อมูลย้อนกลับทุกครั้ง รวมไปถึงให้การเสริมแรงในทุกครั้งของการปรึกษา สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง ผลการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อการยึดมั่นกำกับตนเองในการเรียนของนักเรียนที่สามารถพัฒนาด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดอัตโนมัติ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มฝึกให้นักเรียนในกลุ่มทดลองเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่เป็นต้นเหตุของความวิตกกังวลโดยเริ่มจากการเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง การผ่อนคลายอารมณ์และการวางแผนรับมือเหตุการณ์อย่างเป็นขั้นตอน¹⁴ ซึ่งกระบวนการปรึกษากลุ่มเป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของสมาชิก พลังของกลุ่มจะทำให้สมาชิกเกิดประสบการณ์และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้¹⁵

นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม มีพลังสุขภาพจิต ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการศึกษามีพลังสุขภาพจิต ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากนักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้

เข้าร่วมโปรแกรม จำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยระยะเวลาการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ สอดคล้องกับแนวคิดของ Corey¹⁶ ที่กล่าวไว้ว่าความสมัครใจและพร้อมที่จะแบ่งปันเรื่องส่วนตัว ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความแนบแน่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และรู้สึกได้ถึงความเป็นเจ้าของกลุ่ม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Gladding¹⁷ ที่กล่าวว่าการให้คำปรึกษากลุ่มเป็นการแก้ไขปัญหา ร่วมกันของกลุ่ม ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่มช่วยให้การแก้ไขปัญหาของบุคคลทำได้ง่ายขึ้น และยังช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มมีศักยภาพมากขึ้นเกิดการพัฒนาดตนเอง และบรรลุเป้าหมาย

ทั้งนี้จากผลการวิจัยยังพบว่าด้านการมีความหวังและกำลังใจของตัวอย่างในระยะหลังทดลองนั้นไม่สูงขึ้นจากระยะก่อนการทดลอง ทั้งนี้หากประเมินจากคะแนนเฉลี่ยด้านการมีความหวังและกำลังใจอยู่ในระดับมาก ทั้งระยะก่อนและหลังการทดลอง อธิบายได้ว่าจากสถานการณ์โควิดที่ยาวนานติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี ส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลที่ได้ผ่านพ้นระยะแห่งการเปลี่ยนแปลง และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ ไพทศรีวัลย์¹⁸ พบว่า ความมุ่งมั่นตัวทางจิตใจ ส่งผลต่อการจัดการความวิตกกังวล ซึ่งมีตัวแปรย่อย ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องคำแนะนำและการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ ทำให้ได้รับขวัญและกำลังใจ ซึ่งการรับรู้ภาวะทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี ทำให้

เกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อการจัดการความกังวล และเพิ่มความหวังและกำลังใจได้

นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม มีพลังสุขภาพจิต ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการปรึกษา มีพลังสุขภาพจิตโดยรวม ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนประสิทธิภาพการปรึกษากลุ่มที่ช่วยให้ตัวอย่างเกิดทักษะการคิด เพื่อจัดเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตได้ในระยะยาว ซึ่งการปรึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีจุดเน้นเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเกิดทักษะการคิดมุมใหม่ต่อสถานการณ์แห่งการเปลี่ยนแปลงของชีวิตหรือเกิดความสามารถด้านการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติจากด้านลบเป็นด้านบวกที่เป็นไปได้จริง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกที่คงทนต่อเนื่องไปจนถึงระยะติดตามผล¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของวัยรุ่นด้วยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด²⁰ พบว่าวัยรุ่นที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มมีชุดความคิดแบบเติบโตในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นผลมาจากความคงทนของโปรแกรม

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม สามารถช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับนักศึกษาที่เผชิญสถานการณ์โควิด 19 ได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในสถานการณ์วิกฤติหรือ

สถานการณ์แห่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่บุคคลต้องเผชิญนั้น หากสามารถปรับความคิดได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์จะช่วยให้บุคคลนั้นดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข องค์ประกอบที่สำคัญคือ ความสามารถในการประเมินความคิดและตอบสนองความคิดอย่างเป็นระบบ การจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตนำไปสู่การมองหาความเป็นไปได้ตามความเป็นจริง ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ และวางแผนรับมือเหตุการณ์อย่างเป็นขั้นตอน ทั้งหมดนี้ถูกเสริมสร้างให้เกิดผ่านโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดพลังฮึด ฮึดสู้ ก้าวข้ามสถานการณ์ที่ยากลำบาก และฟื้นคืนพลังสุขภาพจิตกลับคืนมาได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มตามทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ได้เป็นอย่างดี หากนำไปปรับใช้กับกลุ่มอื่น เช่น นักศึกษาในระดับชั้นอื่นๆ หรือ นักเรียนในระดับมัธยมได้ ควรตรวจสอบและพัฒนาให้สอดคล้องกับแต่ละช่วงวัย

2. การศึกษาที่เกิดในช่วงสถานการณ์โควิด 19 หากจะนำโปรแกรมการปรึกษาไปใช้ ควรพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของตัวแปรทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา เพื่อช่วยเสริมสร้าง

พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในทุกระดับชั้น เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและช่วยเหลือในการเสริมสร้างพลังสุขภาพของนักศึกษาอย่างเหมาะสม

References

1. Sansupa K, Kongkrapan U, Sucaromana U, Nantasan P. The adjustment of undergraduate student in pandemic COVID-9. Journal of MCU Humanities Review. 2020;6(2):83-97. (in Thai).
2. Khumkom S. Effects of group activities on the development of emotional and resilience quotients of the first year nursing students of Suranaree university of technology. Veridian E-Journal Silpakorn University. 2018;11(2):2767-80. (in Thai)
3. Department of Mental Health. RQ Resilience Quotient the power of mental health. Bangkok: Beyond Publishing CO.,LTD.; 2020. (in Thai).
4. Buranakunkitkan S, Chaisena-Dallas, J, Hengudomsub P, Pratoomsri W. Relationships between protective factors and resilience among schizophrenia caregivers. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018;28(1):24-35. (in Thai).
5. Phimphakarn K. A strengthening of resilience in patients with major depressive disorder. Journal of Health

- Education. 2019;42(2):218-25. (in Thai).
6. Kitsumban V, Thapinta D, Picheansathian W. The effect of cognitive-behavioural therapy on depression in the elderly: systematic review. Nursing Journal. 2017;44(1): 161-71. (in Thai).
7. Suktam N, Suttineam K, Kongkham C, Ruttanapolsan C. Enhancing resilience of bullying high school students by cognitive behavior counseling group. Journal of MCU Humanities Review. 2022;8(2):303-20. (in Thai).
8. Corey g. Theory and practice of group counseling eight edition. Belmont CA: Brooks/Cole; 2012.
9. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond second edition. New York: The Guilford Press; 2011.
10. Manaspon K, Supwirapakorn W, Suthithatip S. The effect of cognitive behavioral group counseling on mental toughness of high school students. Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University. 2019;10(1):274-95. (in Thai).
11. Hyseni Z, Hoxha L. The impact of COVID-19 on higher education: a study of interaction among students mental health attitudes toward online learning study skills and lifestyle changes. [internet]. 2020. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341599684Theimpact_of_COVID-19on_higher_education_A_studyof_interaction_among_Kosovar_students'_mental_health_attitudes_toward_online_learning_study_skills_and_lifestyle_changes.
12. Suwanaphant K, Seedaket S, Vonok L, Assana S, Wawngam W, Kingsawad K, et al. Factors associated with stress due to corona virus disease 2019 (COVID-19) pandemic among students of the faculty of public health and allied health sciences Praboromarajchanok institute. Journal of Health Science Research. 2020;14(2):138-48. (in Thai).
13. Lamiani G, Borghi L, Bonazza F, Rebecchi D, Lazzari D, Vegni E. Adjustment processes after the first wave of the COVID-19 pandemic: a grounded theory study based on clinical psychologists' experience. Front Psychol. 2022;13(1):1-8. doi: org/10.3389/fpsyg.2022.854745.
14. Lebkhao D, Koolnapadol P, Kerdpitak P. The development of adolescent students social intelligence through integrative group counselling model. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(3):62-71. (in Thai).
15. Jacobs EE, Masson RL, Harvil RL. Group counseling: strategies and skills sixth edition. Belmont CA: Brooks/ Cole; 2009.
16. Corey MS, Corey G, Corey C. Groups process and practice Ninth edition. Belmont CA: Brooks/Cole Cengage Learning; 2014.
17. Gladding ST. Counseling: a comprehensive profession Third edition. New York: Person education; 1995.

18. Phathaikruawan S, Panrod T. Factors related to anxiety and anxiety management during the COVID-19 situation case study of students at the faculty of management science, Silpakorn University. The 9th Muban Chombueng Rajabhat University's National Conference 2021. 638-51. (in Thai).
19. Erden S. Awareness: the effect of group counselling on awareness and acceptance of self and others. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015;174:1465-73.
20. Boonboot K. Development of a set of group activities to develop a growth mindset for elementary school students in Nakhonnayok province. *Journal of Yala Rajabhat University.* 2023;18(1):52-60. (in Thai).

ลักษณะทางประชากรและสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอำนาจ ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

แหวดาว พิมพ์พันธ์ดี* วรพล แวงนอก*

บทคัดย่อ

บทนำ : วัยสูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพเสื่อมถอยลงและมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : การศึกษาแบบภาคตัดขวางเพื่อหาอำนาจทำนาย ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการวิจัย : ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.25 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.50 ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ (adjusted OR=2.37, 95% CI: 1.09-5.15, $p<.05$) ด้านการจัดการตนเอง (adjusted OR=2.49, 95% CI: 1.13-5.52, $p<.05$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (adjusted OR=4.91, 95% CI: 2.14-11.29, $p<.001$) และอายุ (adjusted OR=3.39, 95% CI: 1.05-10.92, $p<.05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยรวมร้อยละ 58.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Nagelkerke $R^2=.584$, Predictive correct=84.80%, $p<.05$)

สรุปผล : ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และอายุ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นควรเร่งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้ถึงระดับที่ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจ จัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อได้ เพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ลักษณะทางประชากรและสังคม

*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : แหวดาว พิมพ์พันธ์ดี, E-mail: waeodao.phii@rru.ac.th

Socio-demographic characteristics and health literacy influencing the quality of life among elderly in Chachoengsao province

Waeodao Phimphandee* Worraphol Wangnok*

Abstract

Background: Older persons are in the age group when health deteriorates and more health problems occur. If the elderly have health literacy, it can help reduce health risk factors and improve their quality of life.

Objectives: This purpose of this study was to investigate the influence of socio-demographic characteristics and health literacy on the quality of life of older persons.

Methods: This study was a cross-sectional study. The sample consisted of 400 older persons who were selected by multi-stage sampling. Data were collected by interview using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive analysis. Correlations were determined using the Chi-square statistical method and binary logistic regression analysis.

Results: The results revealed that the elderly had overall health literacy at a high level (60.25) and their overall quality of life was at a good level (69.50). The significant predictors of good quality of life among the elderly included health literacy; decision-making (adjusted OR=2.37, 95% CI: 1.09-5.15, $p<.05$), self-management (adjusted OR=2.49, 95% CI: 1.13-5.52, $p<.05$), media Literacy (adjusted OR=4.91, 95% CI: 2.14-11.29, $p<.001$) and age (adjusted OR=3.39, 95% CI: 1.05-10.92, $p<.05$) were able to explain 58.40% of the variation in good quality of life among elderly with statistical significance at .05 level (Nagelkerke $R^2=.584$, Predictive correction =84.80%, $p<.05$).

Conclusions: Health literacy, including decision-making, self-management, media literacy and age can predict the quality of life of the elderly. Therefore, the health literacy of the elderly should accelerate the development to the level that the elderly can make decisions, manage themselves and be media-literate to affect the quality of life of the elderly.

Keywords: elderly, health literacy, quality of life, socio-demographic characteristics

*Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

Corresponding Author: Waeodao Phimphandee, E-mail: waeodao.phi@rru.ac.th

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด และมีอัตราอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลง และประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศสมาชิกอาเซียน 3 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) และเวียดนาม (ร้อยละ 13) ตามลำดับ ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อ 50 ปีก่อนมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19¹ ประเด็นด้านสุขภาพนับเป็นปัญหาหลักของประชากรสูงอายุ เพราะการที่มีอายุยืนยาวนั้นไม่ได้หมายความว่า จะมีสุขภาพดีตามไปด้วย หากแต่การที่มีอายุยืนยาวอาจส่งผลให้มีภาวะเจ็บป่วย และภาวะพึ่งพิงสูง อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด²

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรม และระบบคุณค่า ที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล จึงเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม³ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต จากแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยกำหนดให้มีการดำเนินงาน

เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี⁴ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ⁵⁻⁶ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญในวัยสูงอายุ กล่าวคือ การที่มีอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาในการฟังและอ่านล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและอัตราการตาย โดยประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลให้อัตราตายและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เนื่องจากมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รับรู้ช่องทางการสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญ และเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำ⁸⁻⁹ องค์การอนามัยโลก¹⁰ ระบุว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทำให้เกิดผลต่อสุขภาพที่ไม่ดี โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตแย่ลง¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนหลายมิติ ที่มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ซึ่งเปลี่ยนไปตามเวลาบริบทของพื้นที่ และการรับรู้ของบุคคล จึงส่งผล

ต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สถานะสุขภาพ รวมทั้งความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹²⁻¹⁴

จังหวัดฉะเชิงเทราอยู่ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) มีการพัฒนาเป็นพื้นที่เศรษฐกิจ และมีการขยายตัวของเมืองสูง ส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ จากการสำรวจพบว่า อัตราเพิ่มของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็วใน ปี พ.ศ. 2559-2561 ร้อยละ 15.38 15.83 และ 16.27 ตามลำดับ¹⁵ ปี พ.ศ. 2563 ผลการคัดกรองสุขภาพและโรคทั่วไปในผู้สูงอายุ พบโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน สุขภาพในช่องปาก โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 71.30, 69.92, 52.67 และ 35.80 ตามลำดับ ส่วนผลการคัดกรองกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม และภาวะหกล้ม ร้อยละ 69.36, 79.88, 69.68 และ 69.57 ตามลำดับ¹⁶ ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรัง จิตใจหดหู่ เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างมาก¹⁷

จากการที่ผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของตน ซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่

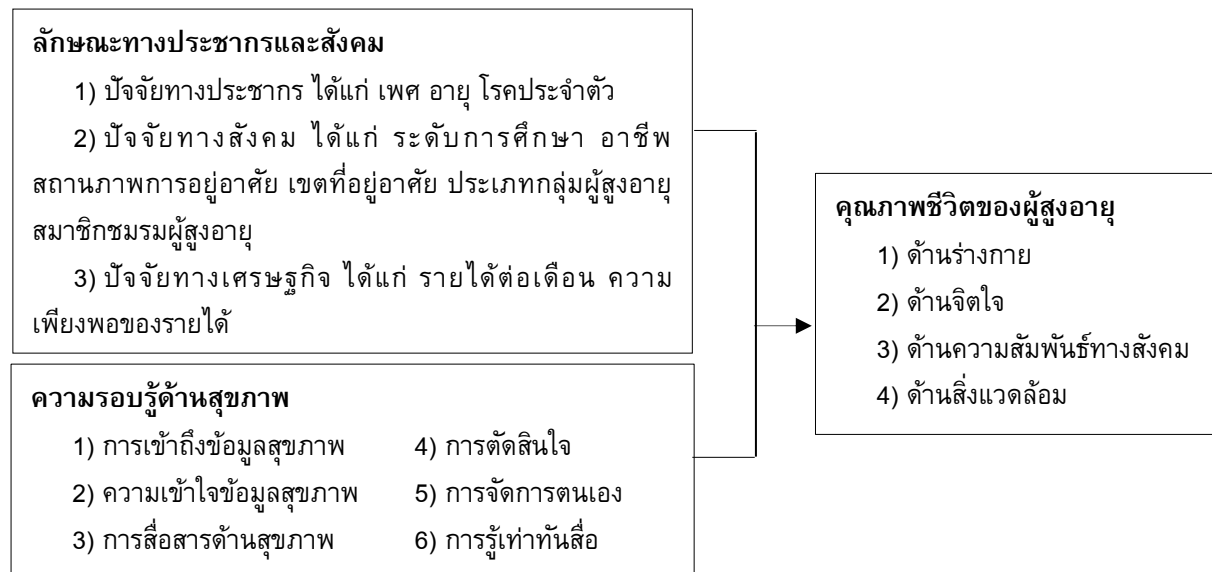
ดีของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมของจังหวัดฉะเชิงเทรา อีกทั้งยังพบว่าลักษณะทางประชากรและสังคม และความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าพื้นฐานในการวางแผน รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม และความรู้ด้านสุขภาพที่มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต³ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) ความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) สิ่งแวดล้อม ร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁵⁻⁶ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การสื่อสารด้านสุขภาพ 4) การตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงลักษณะทางประชากรและสังคม¹²⁻¹⁴ ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อหาอำนาจการทำนาย (predictive research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 99,929 คน¹⁸

ตัวอย่าง ผู้สูงอายุกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan¹⁹ ได้จำนวน 384 คน เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสัมภาษณ์ที่ไม่สมบูรณ์ หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือข้อมูลมีการสูญหาย ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดอคติในการศึกษา จึงเพิ่มตัวอย่างเป็น 400 คน โดยใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) การคัดเลือกแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) แบ่งเขตการปกครองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ออกเป็น 11 อำเภอ 2) สุ่มตำบล โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) อำเภอละ 1 ตำบล รวมทั้งสิ้น 11 ตำบล 3) สุ่มหมู่บ้าน โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย

ตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 11 หมู่บ้าน กรณีตัวอย่างไม่เพียงพอ ให้ทำการสุ่มหมู่บ้านเพิ่ม 4) เลือกตัวอย่างผู้สูงอายุแบบบังเอิญ (accidental sampling) ตามสัดส่วนประชากรให้ได้ตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย ไม่มี ความบกพร่องทางการรู้คิด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ออกจากการศึกษา เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง พิการทางหู ตา มีความบกพร่องทางการรู้คิด และไม่ได้ยินเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ลักษณะทางประชากรและสังคม จำนวน 11 ข้อประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว 2) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย เขตที่

อยู่อาศัย ประเภทกลุ่มผู้สูงอายุ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁵⁻⁶ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การสื่อสารด้านสุขภาพ 4) การตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Clark-Carter²⁰ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุระดับมาก (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75: 132–175 คะแนน) และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุระดับน้อย (คะแนนรวมน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75: 5–131 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดคุณภาพชีวิต³ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Clark-Carter²⁰ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับดี (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75: 95–125 คะแนน) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับไม่ดี (คะแนนรวมน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75: 5–94 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of

item-objective congruence; IOC) ทั้ง แบบ สัมภาษณ์ลักษณะทางประชากรและสังคม แบบ สัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบ สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่า IOC ระหว่าง .60-1.00 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 และ .92 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ใบรับรอง PH_CCO_REC 036/2566 เมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือและผ่านการฝึกสัมภาษณ์ก่อนเก็บข้อมูลจริง เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่าง จำนวน 400 คน ในเดือนเมษายน 2566 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อความจริยธรรมการวิจัยให้ตัวอย่างฟัง เมื่อตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงทำการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15-20 นาที ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression) มีขั้นตอน ดังนี้ 1) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยสถิติไคสแควร์ และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ มีค่าไม่เกิน .64 จึงไม่เกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นต่อกัน และ 2) วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิโดยใช้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรและสังคม พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.75

เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 67.50 มีอายุเฉลี่ย 67.96 ปี (SD=7.05) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 27.75 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.00 รายได้เฉลี่ย 6,343 บาท/เดือน (SD=7044.26) รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน (2,802 บาท) ร้อยละ 61.75 และรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.75 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 48.00 โดยไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.50 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 39.00 และเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 73.75 และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.75 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 66.00

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.25 ผู้สูงอายุจำนวนมากกว่าครึ่งมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	M	SD	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ (จำนวน)	
			มาก	น้อย
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	27.08	5.38	57.75 (231)	42.25 (169)
ด้านการตัดสินใจ	23.62	4.90	55.75 (223)	44.25 (177)
ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ	23.60	4.65	52.25 (209)	47.75 (191)
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	19.33	4.36	51.50 (206)	48.50 (194)
ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	19.17	3.87	51.25 (205)	48.75 (195)
ด้านการจัดการตนเอง	23.04	4.66	50.25 (201)	49.75 (199)
โดยรวม	135.83	25.00	(60.25) 241	(39.75) 159

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.50 มากกว่าครึ่งมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ใน

ระดับดีเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านจิตใจมีระดับดีและไม่ดีเท่า ๆ กัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=400)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ (จำนวน)	
			ดี	ไม่ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	24.88	4.42	64.25(257)	35.75(143)
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.94	4.30	64.25(257)	35.75(143)
ด้านร่างกาย	27.51	5.47	61.00(244)	39.00(156)
ด้านจิตใจ	23.81	4.13	50.00(200)	50.00(200)
โดยรวม	101.14	15.79	69.50(278)	30.50(122)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 16.53$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 19.28$, $p < .001$) การประกอบอาชีพ ($\chi^2 = 26.54$, $p < .001$) รายได้ประจำต่อเดือน ($\chi^2 = 18.67$, $p < .001$) ประเภทกลุ่มผู้สูงอายุ ($\chi^2 = 37.99$, $p < .001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($\chi^2 = 99.87$, $p < .001$) ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($\chi^2 = 111.15$, $p < .001$) ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ ($\chi^2 = 112.32$, $p < .001$) ด้านการ

ตัดสินใจ ($\chi^2 = 119.59$, $p < .001$) ด้านการจัดการตนเอง ($\chi^2 = 107.32$, $p < .001$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\chi^2 = 117.24$, $p < .001$) หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ พบว่า ตัวแปรอิสระ 4 ตัวประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ (adjusted OR=2.37, 95% CI: 1.09-5.15, $p < .05$) ด้านการจัดการตนเอง (adjusted OR=2.49, 95% CI: 1.13-5.52, $p < .05$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (adjusted OR = 4.91, 95% CI: 2.14-11.29, $p < .001$) และอายุ (adjusted OR=3.39, 95% CI: 1.05-10.92, $p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 58.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Nagelkerke $R^2 = .584$, Predictive correct = 84.80%, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อำนาจการทำนายของลักษณะทางประชากรและสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (n=400)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI		Wald	p-value
				Lower	Upper		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการตัดสินใจ)							
ระดับน้อย ^{Ref}							
ระดับมาก	.86	.39	2.37	1.09	5.15	4.77	.029*
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการจัดการตนเอง)							
ระดับน้อย ^{Ref}							
ระดับมาก	.92	.40	2.49	1.13	5.52	5.14	.023*
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการรู้เท่าทันสื่อ)							
ระดับน้อย ^{Ref}							
ระดับมาก	1.59	.43	4.91	2.14	11.29	14.05	.000**
4. อายุ							
ตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป) ^{Ref}							
ตอนต้นและตอนกลาง (60-79 ปี)	1.22	.59	3.39	1.05	10.92	4.18	.041*
ค่าคงที่ (Constant)	-2.81	.69	.06			16.62	.000

*p<.05, **p<.001, Nagelkerke R² =.584, Predictive correct =84.80%, Ref = Reference group

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน อาจเนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ความเสื่อมถอยของร่างกายน้อยกว่าตอนกลางและตอนปลาย ทำให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพสามารถหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จากบุคลากรทางสาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต มีทักษะการสื่อสารโดยสามารถอ่านเอกสารเข้าใจ สื่อสารด้านสุขภาพกับบุคคลอื่นได้ สามารถตัดสินใจเลือกสถานบริการ มีการจัดการตนเองโดยมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รู้เท่า

ทันสื่อโดยสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อ และสามารถวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพได้⁹ ทำให้ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง²¹

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดีและมากกว่าครึ่งมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านจิตใจมีระดับดีและไม่ดีเท่า ๆ กัน อาจเนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีสุขภาพแข็งแรงกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว รวมถึงมีอาชีพและรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน ซึ่งรายได้มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการต่าง ๆ สามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่เป็นภาระต่อบุคคลอื่น จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี^{9,22} ในทางตรงกัน

ข้ามผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากความแตกต่างด้านบริบทของตัวอย่าง จึงส่งผลให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกัน²³

ลักษณะทางประชากรและสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลางมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลางเป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ อาจเริ่มมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นในผู้สูงอายุตอนกลาง แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุตอนปลายเป็นช่วงวัยที่ร่างกายเสื่อมลงและมีโรคประจำตัวมากขึ้นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้รู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งอายุมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศเนปาล กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปีมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นถึง 11 เท่า¹²

ด้านการรู้เท่าทันสื่อสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้สูงที่สุด โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อระดับมากมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม และเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งสามารถใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ตรวจ สอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และประเมินเนื้อหาได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มการรู้เท่าทันสื่อ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุ

เป็นเป้าหมายสำคัญของ กลยุทธ์การโฆษณาชวนเชื่อของธุรกิจต่างๆ และมีแนวโน้มถูกชักจูงได้ง่าย เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านศักยภาพการเรียนรู้ เช่น อ่านหนังสือไม่ออก หลงใหลง่าย และมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่ชอบซักถาม ไม่ชอบสังเกต การรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญโดยให้ผู้สูงอายุรู้วิธีตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ⁷

ด้านการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองระดับมากมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองระดับน้อย ผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองในระดับมาก จะสามารถประเมินและจัดการอารมณ์ตนเองได้ ตั้งเป้าหมายและวางแผนดูแลสุขภาพตนเอง และคอยสังเกตความผิดปกติของตนเอง เป็นต้น จึงส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในทุกๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการด้านบทบาท ด้านการรักษา และด้านอารมณ์ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี²⁴

ด้านการตัดสินใจ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจระดับมากมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการตัดสินใจระดับน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุมีการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก จะมีทักษะที่แสดงถึงความสามารถในการเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และจากการศึกษา

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพระดับสูงมีโอกาสมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพระดับน้อยถึงปานกลาง 3.07 เท่า²⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และอายุ โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 58.40 ดังนั้นควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลางที่ยังมีสุขภาพดีและช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ เป็นสำคัญ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐจึงควรดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น จัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป โดยเร่งดำเนินการในผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลางที่ยังมีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ และเน้นพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ถึงขั้นที่ผู้สูงอายุสามารถใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จ ล่วงด้วยดีมา ณ โอกาสนี้

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2021. [internet]. 2022 [cited 2023 Feb 12]; Available from: <https://thaitgri.org/?p=401> 01. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2016. [internet]. 2016 [cited 2022 Dec 1]; Available from: <https://thaitgri.org/?p=384> 27. (in Thai).

3. World Health Organization. Program on mental health: WHOQOL Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1997.
4. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
6. Health Education Division, Ministry of Public Health. Assessment and promotion of health literacy. [internet]. 2022 [cited 2022 Dec 1]; Available from: <http://www.hed.go.th>. (in Thai).
7. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. Journal of Health Science Research. 2015;9(2):1-8. (in Thai).
8. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13(658),1-17.
9. Srithanee K. Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the north-east Thailand. Journal of Health Systems Research. 2017;11(1):26-36. (in Thai).
10. World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg: World Health Organization; 2015.
11. Tiparat W, Suwanweala S, Wauters Y. Factors predicting health literacy of older people with hypertension and co-morbidity in Trang Province. The South College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(2):26-38. (in Thai).
12. Samadarshi SCA, Taechaboonsermsak P, Tipayamongkholgul M, Yodmai K. Quality of life and associated factors amongst older adults in a remote community, Nepal. Journal of Health Research. 2022;36(1):56-67.
13. Seangpraw K, Ratanasiripong NT, Ratanasiripong P. Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand. Journal of Health Research. 2019;33(6):450-59. doi:10.1108/JHR-11-2018-0142.
14. GC P, Tiraphat S, Chompikul J. Factors associated with quality of life among the elderly in Baglung district, Nepal. Journal of Public Health and Development. 2017;15 (3):51-64.
15. National Statistical Office. Annual report 2018. Bangkok: Office of the national economic and social development board; 2018. (in Thai).
16. Regional Health 6 Chachoengsao. Ins Report [internet]. 2020 [cited 2022 Nov 5]; Available from: https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/inspection63-2/download?id=56244&mid=32654&mkey=m_document&lang=th&did=16953. (in Thai).
17. Department of older persons (DOP). Health problems of the Thai elderly.

- [internet]. 2022 [cited 2023 Jan 20]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/466>. (in Thai).
18. Department of Provincial Administration. Civil registration demographic statistics. [internet]. 2022 [cited 2023 Oct 25]; Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view>. (in Thai).
 19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30:607-10.
 20. Clark-Carter D. Percentiles. In: Everitt BS, Howell D, editors. *Encyclopedia of statistics in behavioral science* third edition. Hoboken, NJ: Wiley; 2005.
 21. Thummakul D, Pumtha-it T. Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok. *Journal of Health Science Research*. 2021;15(1):106-18. (in Thai).
 22. Phon-ngarm P. Promoting quality of life for the aging in Loei Province. *Journal of Demography*. 2018;34(2):56-75. (in Thai).
 23. Kabmanee N, Ouicharoen S, Sakulkoo P. The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udon Thani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*. 2021;11(1):27-39. (in Thai).
 24. Tasuwanin T, Pothiban L, Khampolsiri T. Effects of self-management enhancement on quality of life and rehospitalization rate among elderly with heart failure. *Nursing Journal*. 2019;46(4):108-21. (in Thai).
 25. Suksri S, Settheetham D. Health literacy and self-care related to quality of life of elderly in Amnatcharoen municipality Amnatcharoen province. *KKU Research Journal (Graduate study)*. 2017;17(4):73-84. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ศศิกานต์ พรหมพิลา* อนุศรา พันธุ์ดี* นิวัฒน์ ทรงศิลป์** วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว**
สุรีย์วรรณ สีลาดเลา** กนกพร สมพร** ปรีศนา เพียรจริง**

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและส่งผลให้เกิดปัญหาทางการเรียน ปัญหาครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพในสังคม ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 จำนวน 325 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความคิดอัตโนมัติทางลบ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่านักศึกษามีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=3.91$, $SD=0.86$) ความคิดอัตโนมัติทางลบโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M=2.34$, $SD=0.40$) ภาวะซึมเศร้าโดยรวมระดับน้อย ($M=1.66$, $SD=0.42$) และการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=-.42$, $p<.001$ และ $r=.73$, $p<.001$ ตามลำดับ)

สรุปผล : การสนับสนุนทางสังคมและความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา จึงควรส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม โดยจัดกิจกรรมให้นักศึกษามีความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยลง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติทางลบ การสนับสนุนทางสังคม นักศึกษา

*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

**สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: นิวัฒน์ ทรงศิลป์, E-mail: niwat.so@ssru.ac.th

The relationships between social support, negative automatic thoughts and depression among college students of a University

Sasikarn Prompil* Anusara Phandee* Niwat Songsin** Wanwimon Mekwimon kingkaew**
Sureewan Siladlao** Kanokporn Somporn** Prisna Pianjing**

Abstract

Background: Depression plays an important role in adolescent suicide, and manifests itself in various challenges such as academic difficulties, family problems, and relationship issues. These challenges can trigger negative automatic thoughts directed towards oneself, further intensifying the experience of depression.

Objectives: To explore the relationships between social support, negative automatic thoughts and depression among college students of allied health sciences in a Rajabhat University.

Methods: This study was a descriptive study. The sample consisted of 325 college students of a university during academic year 2022. The research instrument was the social support questionnaire, negative automatic thoughts questionnaire and depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient.

Results: The results showed that the mean score on social support level was at a high level ($M=3.91$, $SD=0.86$) and that of the negative automatic thoughts was at a low level ($M=2.34$, $SD=0.40$), followed by the depression was at a low level ($M=1.66$, $SD=0.42$). Social support and negative automatic thoughts correlated with depression with statistical significance ($r=-.42$, $p<.001$ and $r=.73$, $p<.001$ respectively).

Conclusions: Social support and negative automatic thoughts among college students can improve social skills. In the study, organizing activities for college students can help reduce negative automatic thoughts, thus preventing depression.

Keywords: depression, negative automatic thoughts, social support, students

* Bachelor of Public Health Program students (Community Public Health), College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University

** Division of Community Public Health, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University

Corresponding Author: Niwat Songsin, E-mail: niwat.so@ssru.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของคนทั่วโลกทุกระดับ ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ จากสถิติผู้ป่วยทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 350 ล้านคน ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง และเกิดผลกระทบมากกว่าเพศชายและยังนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด¹ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานในต่างประเทศพบความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 7.00 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดยร้อยละ 75.00 ของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่มักมีอาการซึมเศร้าครั้งแรกตอนเป็นเด็กหรือวัยรุ่น² วัยรุ่นในสหรัฐอเมริกาที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30.00-47.00³ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า คนไทยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.70 หรือประมาณ 1,700,000 คน ที่เข้าถึงบริการ ร้อยละ 19.00 หรือ 330,000 คน⁴ ปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นในประเทศไทยเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา มีภาวะซึมเศร้าระหว่างเรียนร้อยละ 42.00⁵

จากอุบัติการณ์ของปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่นอันเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ถือเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญที่ใช้ประเมินสภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัยในทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น⁶ ทำให้เห็นว่านักศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากการพัฒนาการตามวัยเป็นพื้นฐานเดิมอยู่แล้วและ

ปัจจุบันโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นในวัยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ จะกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า และคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งปัจจุบันวัยรุ่นมีความเสี่ยงและมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง จากสถิติของภาวะซึมเศร้าในวัยเด็กที่เพิ่มจากร้อยละ 1.50 - 2.50 เป็นร้อยละ 15.00- 20.00 และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 17 - 24 ปี ซึ่งส่วนใหญ่กำลังเข้าสู่วัยเรียนในระดับอุดมศึกษา⁷ วัยนี้ถือว่าเป็นช่วงที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กมาสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งถือว่าเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อและเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดดในทุกด้าน ขณะที่สภาพอารมณ์ ความคิดจิตใจยังไม่มั่นคงและแข็งแรงเพียงพอจากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 49.00 มีภาวะซึมเศร้า⁸ การที่บุคคลเผชิญกับปัญหาในสภาวะวิกฤตจะทำให้รูปแบบความคิดบิดเบือนไป ทำให้บุคคลนั้นจะประเมินเหตุการณ์ และแปลผลไปในทางลบ จะไปกระตุ้นทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงครอบครัวที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแลที่มีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน กล่าวที่ จะบอกเล่าหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสิ่งแวดล้อม

การสนับสนุนด้านทรัพยากร การช่วยเหลือจะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิตด้านจิตใจเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังสนับสนุนให้บุคคลมีทักษะการเผชิญกับปัญหา เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง ตลอดจนการรับรู้และการเข้าใจความเครียดที่เกิดจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้¹⁰

นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มุ่งเน้นศึกษาในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน โดยประยุกต์องค์ความรู้มาใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีเนื้อหาสาระที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของทำความเข้าใจองค์ประกอบ กลไกและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ พยาธิสภาพของโรคและการบำบัดรักษา ปัจจุบันมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีสาขาวิชาที่เปิดสอนในสายสุขภาพหลากหลายสาขา เช่น สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพและความงาม สาขาวิชาเลขานุการการแพทย์และสาธารณสุข และสาขากฎาเวชศาสตร์ เป็นต้น การจัดการเรียนการสอนประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การเรียนภาคทฤษฎีเป็นสิ่งที่ทำให้นักศึกษารู้สึกกดดันและมีความเครียดสูง นักศึกษาบางคนไม่เข้าใจเนื้อหาหรือมีผลการเรียนไม่เป็นไปตามที่คาดหวังรวมทั้งมีการแข่งขันกันในระดับเรียน การมอบหมายงานที่มากเกินไปทำให้นักศึกษาส่งงานไม่ทันตามกำหนดมีเวลาพักผ่อนน้อยและอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต ขณะที่การเรียนภาคปฏิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญที่มุ่งเน้นการนำองค์ความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ในการพัฒนาทักษะเชิง

วิชาชีพในการไปฝึกปฏิบัติตามหลักสูตรที่ได้เรียนมา ซึ่งนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอน นักศึกษาระดับปริญญาตรีส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 18-22 ปี เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นช่วงที่แสวงหาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมค่อนข้างมาก มีการแสวงหาความมั่นคงทางด้านการประกอบอาชีพ และความมั่นคงให้กับตนเอง มีการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่เต็มตัวแต่สภาพอารมณ์และจิตใจยังไม่มั่นคง จากสถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความสับสนในตนเองส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจได้ง่าย และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้¹¹

จากสาเหตุข้างต้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า เพื่อนำผลมาใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตและพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาเหมาะสมดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 จำนวน 921 คน

ตัวอย่าง นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ปี ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2565 โดยการเลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยเริ่มจากขั้นตอนแรกคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 คือ จำนวนตัวอย่างตามระดับชั้นปีที่ต้องการคูณด้วยประชากรที่ศึกษาในแต่ละระดับชั้นปีแล้วหารด้วยประชากรที่ศึกษาทั้งหมด ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นปี ดังนี้ ชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 คือ 70, 70, 90 และ 70 คน ตามลำดับ หลังจากนั้นทำการจับฉลากแบบสุ่มอย่างง่ายตามรายชื่อของตัวอย่างในแต่ละชั้นปี เพื่อให้ได้ตามสัดส่วนที่คำนวณไว้โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งกำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2565 มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์มาจากงานวิจัยของนลินี สิทธิบุญมา¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ก่อนข้างไม่เห็นด้วย เเฉยๆ ก่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน ระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน และระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากงานวิจัยของพร้อมพรวงศ์วัฒนฤกษ์และคณะ¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ข้อ คือ มีและไม่มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ถ้าตอบว่ามีความคิดอัตโนมัติทางลบให้คะแนนเท่ากับ 1 และถ้าตอบว่าไม่มีความคิดดังกล่าว ให้คะแนนเท่ากับ 0 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย มีคะแนน 0-5 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 6-10 คะแนน และระดับมาก มีคะแนน 11-15 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์มาจากงานวิจัยของขวัญใจ ฤทธิ์คำรพ¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง ตลอดเวลา โดยให้คะแนนข้อความทางลบเป็น 0-3 คะแนน ตามลำดับ และให้คะแนนข้อความทางบวกเป็น 3-0 คะแนน ตามลำดับ โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย มีคะแนน 0-16 คะแนน มีระดับปานกลาง และมีคะแนน 17-21 คะแนน และระดับรุนแรง มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช นายแพทย์ชำนาญการ และนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง .91-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ทั้ง 3 ฉบับ เท่ากับ .85, .90 และ .96 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง รหัส COA. 2-422/2022 เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 1-4 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2565 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมผ่านระบบออนไลน์ (Google form) ที่สร้างขึ้น จากนั้นคณะผู้วิจัยได้มีการนัดประชุมชี้แจงกับหัวหน้าสาขาแต่ละชั้นปีถึงขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและทำการชี้แจงรายละเอียดวิธีการตอบแบบสอบถามรวมถึงเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นหัวหน้าสาขาแต่ละชั้นปีจะส่งลิงค์ QR Code google form ให้กับนักศึกษาที่มีรายชื่อจากการ

สุ่มอย่างง่าย โดยหัวหน้าสาขาจะมีการอธิบายชี้แจงถึงขั้นตอนการตอบแบบสอบถามในแต่ละหัวข้อ และให้เวลานักศึกษาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที และขอความร่วมมือนักศึกษาที่ได้รับ การสุ่ม ในการตอบแบบสอบถามให้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งหมด 325 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.10 อายุมากที่สุด 24 ปี โดยอายุเฉลี่ย 19.60 ปี (SD = 1.41) ส่วนใหญ่ศึกษาชั้นปี 1 ร้อยละ 46.80 รองลงมา เป็นปีที่ 3 ร้อยละ 16.30 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 64.90 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.70

นักศึกษามีระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=3.91$, $SD=0.86$) มีระดับการสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด จำนวน 183 คน ร้อยละ 56.30 มีระดับของการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก จำนวน 125 คน ร้อยละ 38.50 และมีระดับของการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จำนวน 17 คน ร้อยละ 5.20 ดังแสดงในตารางที่ 1

นักศึกษาที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M=2.34$, $SD= 0.40$) นักศึกษามีความคิดอัตโนมัติทางลบระดับมากจำนวน 9 คน ร้อยละ 1.80 มีความคิดอัตโนมัติทางลบระดับปานกลาง จำนวน 56 คน ร้อยละ 15.70 และมีความคิดอัตโนมัติทางลบระดับน้อยจำนวน 260 คน ร้อยละ 82.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M=1.66$, $SD=0.42$) โดยนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 195 คน ร้อยละ 60.0 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 82 คน ร้อยละ 25.20 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 48 คน ร้อยละ 14.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย จำนวนร้อยละ ระดับของการสนับสนุนทางสังคม ระดับความคิดอัตโนมัติทางลบ และระดับของภาวะซึมเศร้า (N=325)

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ
ระดับของการสนับสนุนทางสังคม ($M=3.91$, $SD= 0.86$)		
4.21-5.00	183 (56.30)	มากที่สุด
3.41-4.20	125 (38.50)	มาก
2.61-3.40	17 (29.45)	ปานกลาง
ระดับของความคิดอัตโนมัติทางลบ ($M=2.34$, $SD= 0.40$)		
11-15	9 (1.80)	มาก
6-10	56 (15.70)	ปานกลาง
0-5	260 (82.50)	น้อย
ระดับของภาวะซึมเศร้า ($M=1.66$, $SD=0.42$)		
>22	84 (25.80)	รุนแรง
17-21	46 (14.20)	ปานกลาง
0-16	195 (60.00)	น้อย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบและความคิดอัตโนมัติ

ทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -.64$, $p<.001$ และ $r=.47$, $p<.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า (N=325)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p
การสนับสนุนทางสังคม	-.64*	.001
ความคิดอัตโนมัติทางลบ	.47*	.001

* $p<.001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่านักศึกษา มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.91$, $S.D.= 0.86$) เนื่องจากนักศึกษาอยู่ในช่วงของวัยเรียนได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และอาจารย์ในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา รวมถึงความรักใคร่ผูกพันกับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับนักศึกษา ทำให้นักศึกษาได้รับแนวทางการใช้ชีวิตในสังคมมากขึ้น อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลกับความพึงพอใจในชีวิต¹⁵

ความคิดอัตโนมัติทางลบของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M= 2.34$, $SD= 0.40$) สอดคล้องกับทฤษฎีทางปัญญาที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยต่อตนเอง โลก และอนาคตมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ยาก แต่ถ้าบุคคลที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบมากจะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย¹⁶ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยมักมองตนเองเป็นคนมีคุณค่า และสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้ มีศักยภาพในการเรียนหนังสือเข้าใจในเนื้อหา และเข้าใจบุคคลรอบข้าง เช่น อาจารย์และเพื่อน นำไปสู่การจัดการภาวะซึมเศร้าได้⁹ กล่าวคือ เมื่อความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยจะไม่เกิดภาวะซึมเศร้า แต่ถ้าความคิดอัตโนมัติทางลบเพิ่มมากขึ้น ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้น และจะมีผลย้อนกลับให้ความคิดอัตโนมัติทางลบมากขึ้นอีกเป็นวงจรแบบนี้เรื่อย ๆ ส่วนนักศึกษาที่มีระดับความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยเนื่องจากเวลานักศึกษามีปัญหาชีวิตหรือมีสิ่งกระตุ้นสภาวะจิตใจทำให้เกิดความทุกข์ใจ นักศึกษาจะเข้ามาปรึกษาปัญหากับกลุ่มเพื่อน

หรืออาจารย์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น รวมถึงนโยบายการจัดการสภาพจิตใจของนักศึกษา ทางมหาวิทยาลัยมีนักจิตวิทยาคอยให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาความรัก ปัญหาครอบครัว เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งอยู่ในช่วงคะแนนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ($M=1.66$, $SD= 0.42$) เนื่องมาจากนักศึกษา มีความสามารถในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้รวมถึงการจัดการกับสภาพจิตใจและอารมณ์ที่หุดหู่ให้กลับสู่ภาวะปกติได้ด้วยตนเอง ซึ่งในการศึกษาในระดับอุดมศึกษาซึ่งเน้นการพึ่งพาตนเอง อาจมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายท้อแท้ และต้องออกจากครอบครัวและพักอยู่หอพัก ทำให้ขาดการสนับสนุนทางจิตใจจากคนในครอบครัว แต่ก็สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองหรือบุคคลรอบข้างเมื่อหมดกำลังใจ¹⁷ จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า นักศึกษาได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว เช่น ความรัก ความเอาใจใส่ และความห่วงใยของครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงอาจารย์ได้ง่าย นักศึกษากล้าจะเข้ามาปรึกษาปัญหาต่างๆ เพื่อหาทางออกร่วมกันซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี¹⁸

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบและความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวปกป้องหรือเป็นตัวช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสภาพการณ์ที่

เลวร้ายในชีวิต โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งจะมีความสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบกับภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความเครียด ตลอดจนส่งเสริมให้หายจากอาการของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ย่อมต้องผ่านกระบวนการคิด การตีความ หรือปัจจัยอื่นๆ เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดเชิงลบที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ อย่างอัตโนมัติ และส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดสภาวะอารมณ์ทางลบ¹⁹⁻²⁰ ซึ่งเหตุการณ์สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งรับรู้ต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือประเมินว่ามีความลำบากจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ คือความคิดอัตโนมัติทางลบ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีความคิดอัตโนมัติทางลบโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบและความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษามีการปรับตัวการใช้ชีวิตในสังคมและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคภาวะซึมเศร้า
2. มหาวิทยาลัยควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาในด้านต่างๆ เพื่อที่นักศึกษาจะได้ผ่อนคลายจากการเรียน อ่านหนังสือ เพื่อลดความเครียดที่จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง เพิ่มเติมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับนักศึกษา

Reference

1. World Health Organization. Depressive disorder [Internet]. 2022. [cited 2022 May 15] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
2. Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, & Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: a cognitive science and developmental perspective. Clin Psychol Rev. 2008;28(5):759-82.
3. Song SJ, Ziegler R, Arsenault L, Fried LE, Hacker K. Asian student depression in American high schools: differences in risk factors. J Sch Nurs. 2011;27(6):455-62.

4. Khunarak U. Factors affecting quality of life in outpatients with depressive disorder at Somdet Chaopraya institute of psychiatry. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2011; 25(1). 42-54. (in Thai).
5. Reangsing C. Predictive factors influence depression among secondary school students, regional education office Chiang Rai province. *Thai Journal of Nursing Council*. 2011;26(2):42-56. (in Thai).
6. Suttineam K, Suttineam U. Factors influencing depression of students at Rajabhat Baun Somdetchaopraya university. *The Journal of psychiatric nursing and Mental Health*. 2020; 34(3): 43-61. (in Thai).
7. Pandii W. Prevalence of depression and its association in late adolescence: a case study in Sisaket technical college. *Journal of Public Health*. 2015;45(3):298-309. (in Thai).
8. Graber JA, Sontag LM, Lerner RM, Steinberg L. *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: John wiley & Son; 2004.
9. Vatanasin D, Hengudomsub P, Vatanasin S, Asarath T, Chupan S, Sripim S. Factors predicting depression among health science students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2015;23 (4):31-47. (in Thai).
10. Makassawad R. Factors Influencing depression among high school student in Pathum Thani Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021;15(38). 528-40. (in Thai).
11. Townsend MC, Morgan KI. *Pocket guide to psychiatric nursing tenth edition*. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 2018.
12. Sitthiboonma N. Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2020. (in Thai).
13. Wongvattanaroek P, Ularntinon S, Tangjittiporn T. Negative automatic thoughts associated with depressive symptoms in caregivers of children with attention deficit and hyperactivity disorder at child and adolescent psychiatry clinic, Queen Sirikit national institute of child health. *Journal of the Department of Medical Services*. 2019;44(3):93-9. (in Thai)
14. Ritkumrop K. Integrative counseling program on the emotional regulation of undergraduate students with depression [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2020. (in Thai)
15. Yamwong P. A study of social support affect life satisfaction among Thammasat university students [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai).
16. Beak A, Alford B. *Depression: causes and treatment second edition*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 2019.
17. Rukkhajeekul S. Depression and suicidal behaviors among Naresuan university students. *Journal of the Psychiatric*

- Association of Thailand. 2013;58(4):359-70. (in Thai).
- 18.Rienpradub S, Rienpradub K, Kuesakul P, Kuesaku K. Study on depression, stress and problem management of freshman in Kingmongkut's university technology north Bangkok. Journal of Human Sciences. 2020;21(2):103-19. (in Thai).
- 19.Kongman K, Hakeem C. Factors affecting mental health problem of nursing students. Journal of The Roral Thai Army Nurse. 2020;21(3):331-9. (in Thai).
- 20.Boonprathum P, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors influencing deression among adolescenta in extended opportunity schools. Journal of Public Health Nursing. 2017;31(2).43-58. (in Thai).
- 21.Vatanasin D, Chupan S, Hengudomsub P, Vatanasin S, Jantarapakdee. The effect of social problem-solving skill enhancement on depression among nursing students. The Journal of psychiatric nursing and Mental Health. 2020;34(1).86-102. (in Thai).

ผลของการใช้เครือข่ายระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

กรองแก้ว โตชัยวัฒน์* นกชา สิงห์วีรธรรม** กิตติพร เนาว์สุวรรณ***

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสมอาจทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้เครือข่ายระบบเครือข่ายการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี

วิธีการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มารักษาในโรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี จำนวน 58 ราย สุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ระบบเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า และแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย : หลังเข้าร่วมพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ในขณะที่คะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลง เมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80

สรุปผล : เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลสามารถลดความแออัดในการรับบริการทั้งในลักษณะผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อีกทั้งยังเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ : ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ คุณภาพชีวิต

* โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นกชา สิงห์วีรธรรม, Email: noppcha@hotmail.com

Development of a rehabilitation care network system for intermediate stroke patients in the area of Bangramong Hospital, Chonburi Province

Krongkaew Tochaiwat^{*} Noppcha Singweratham^{**} Kittiporn Nawsuwan^{***}

Abstract

Background: Stroke patients require continuous and appropriate time to start rehabilitation care. Failure to do so results in limitation of activities of daily living and becoming bedridden patients.

Objective: This research design aims to investigate the development of a rehabilitation care network system for intermediate stroke patients in Bangramong Hospital, Chonburi Province.

Methodology: A one-group pre-test post-test quasi-experimental design was used. Purposive sampling was used to collect a sample of 58 patients. Four different questionnaires were used to collect data on activities of daily living, Quality of life, Anxiety and Depression, and satisfaction. All questionnaires showed an item-objective congruence (IOC) of between 0.67 to 1.00 and a Cronbach alpha coefficient reliability of 0.91. The data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank tests.

Results: The results showed that the development of the rehabilitation care network system for intermediate stroke patients in the area of Bangramong Hospital was statistically significant in regards to activities of daily living, quality of life, anxiety, and depression, and statistically significant during 1 week, 2 weeks, 4 weeks and 6 months, at .05, .01 and .001, respectively. Also, satisfaction was high, with a statistically significant of 0.001.

Conclusion: The network system for intermediate stroke patients in an area between t hospitals of two different sizes can improve hospital crowding in outpatient and in-patient departments. In addition, both hospitals also share resources.

Keywords: activities of daily living, anxiety and depression, intermediate stroke patient, network system, quality of life

^{*}Banglamung Hospital, Chonburi Province

^{**}Faculty of Public Health, Chaing Mai University

^{***}Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding Author: Noppcha Singweratham, E-mail: noppcha@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้พบเสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคนที่เหลือส่วนใหญ่พิการ¹⁻⁴ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year, DALYs) โดยพบการเสียชีวิตมากกว่า ร้อยละ 87 ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง¹ สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี 2554-2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ⁴ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁵ และกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย⁶⁻⁷ โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมองมักส่งผลให้มีความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์⁸ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต การพัฒนาสมรรถภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม⁹⁻¹⁰ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี³⁻⁴

ระบบการรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 สาขาพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care; IMC) ทำให้มี

การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยเป้าประสงค์หลัก คือ ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เพื่อไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวใน รพศ. และรพท.กว่าครึ่งเป็นอาการที่ รพช.สามารถให้การดูแลรักษาได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบาย Intermediate care service plan ขึ้นโดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)¹¹ ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย (Transitional care) หลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute condition) ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง¹²⁻¹³ กลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการคงที่แล้วถูกดูแลที่บ้านหรือชุมชนที่ผ่านมามีการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยนอกและแบบที่บ้าน^{10,12} และโรงพยาบาลส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ¹¹ โดยเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสมอาจทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงจนกลายเป็นผู้ป่วย ติดเตียง โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสภาพระยะกลางทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามขนาดและขีดความสามารถในการบริการ โรงพยาบาลบางละมุงเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียงสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในจำนวนมาก ประกอบกับโรงพยาบาลมีอัตราการครองเตียงเกินร้อยละ 100.00 ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกร่วมกับที่บ้าน โดยจะได้รับการทำกายภาพบำบัด 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้ในพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุงมีโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงสามารถดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบเครือข่าย บริการสุขภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลบางละมุงจึงสนใจใช้เครือข่ายระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเป็นการลดความพิการช่วยเพิ่มศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะฟื้นฟูโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบ

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อการบริการของโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี กับเกณฑ์ร้อยละ 80

สมมติฐานการวิจัย

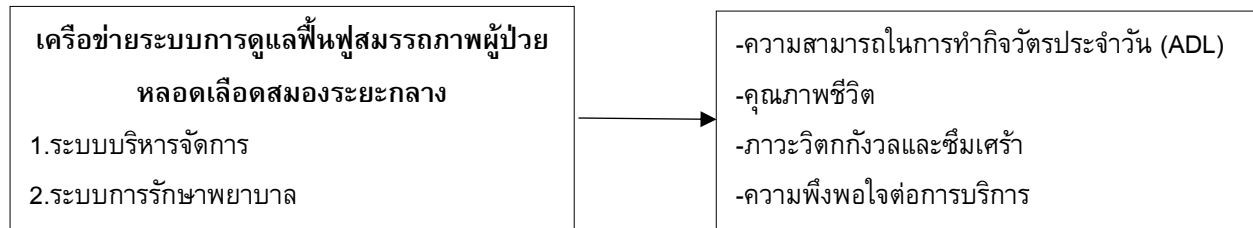
1. หลังการใช้ระบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

2. หลังการใช้ระบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีคะแนนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามลดลง

3. หลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่าร้อยละ 80

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการดูแลรักษาหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute condition) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการ และระบบการรักษาพยาบาล โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เน้นการให้ครอบครัวหรือชุมชนมีศักยภาพในการดูแล ร่วมกับการดูแลจากแพทย์พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง^{11,14} ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre and Post-test Designs)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและพ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 156 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาเกิดโรคไม่เกิน 6 เดือน 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถทำตามคำสั่งและสื่อสารได้ 4) มีอาการคงที่และสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) ไม่มีอาการแสดงและอาการรบกวนจากโรค เช่น โรคปอด โรคหัวใจ เป็นต้น 6) มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) อยู่ในระดับต้องพึ่งพาปานกลาง 5-11 คะแนน และ 7) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารจนไม่สามารถทำตามคำสั่งได้

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู มีระยะเวลาเกิดโรคไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 58 ราย คำนวณตัวอย่าง

โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹⁵ ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5¹⁶ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power= 0.95 ได้ตัวอย่าง 45 คน เนื่องจากตัวอย่างมีโอกาสออกกลางคันสูง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเผื่อไว้ร้อยละ 30 จึงได้ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 58 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ ระบบเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย ระบบการจัดการ เช่น สำรวจจำนวนผู้ป่วย การกำหนดแนวทางในการรับ-ส่งตัวผู้ป่วย การใช้สิทธิการรักษา เป็นต้น และระบบการรักษาพยาบาล เช่น กิจกรรม การคัดกรอง การจัดกิจกรรม สันทนาการ กิจกรรมบำบัด การแพทย์ทางเลือก และการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติบุคคลในครอบครัว ชนิดของ Stroke ระยะเวลาการเป็นโรค ข้างที่อ่อนแรง การเป็นซ้ำและผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index: ADL)¹⁷ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อจาก 0 ถึง 2 คะแนน มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม รวม 0-20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการพึ่งพา

ตอนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (EQ 5D-5L)¹⁸ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดให้เลือกตอบ จากไม่มีปัญหาให้ 1 คะแนน ถึงมีปัญหามากที่สุดให้ 5 คะแนน ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพ ทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง คำตอบที่ได้ในส่วนนี้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเองแต่ไม่ได้นำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Hospital Anxiety and Depression Score :HADS)¹⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ และอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ (IP Voice) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร จังหวัดชลบุรี ขณะเข้ารับการรักษาตัว มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 15 ข้อ ถามเกี่ยวกับระบบบริการ เช่น ความสะอาด ความสะดวกสบาย พฤติกรรมการบริการ และการมีส่วนร่วมในการรักษาลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับจากพอใจ มากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงประเมินไม่ได้ให้ 1 คะแนน รวมทั้งสิ้น 75 คะแนน จากนั้นเทียบคะแนนเป็น 100

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำระบบเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นและแบบสอบถามความพึงพอใจให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 คน ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน และอาจารย์จากมหาวิทยาลัย 1 คน ตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งมีลักษณะเหมือนกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ส่วนแบบสอบถามอื่นๆ ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและมีคุณภาพมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือถึงผู้เกี่ยวข้อง จากนั้นอธิบาย

ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ระบบเครือข่ายที่สร้างขึ้น ขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากทั้ง 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลบางละมุง และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี

3. ประชุมทีมผู้วิจัย ทั้งแพทย์ พยาบาล เพื่อวางแผนงานในการวิจัยร่วมกันในเรื่องแนวทางการคัดกรองการส่งต่อและการติดตามเยี่ยม

4. ให้ตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Pre test)

ขั้นตอนทดลอง

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ดังนี้

1.1 การบริหารจัดการ มีกิจกรรมดังนี้ 1) สำรวจจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู 2) กำหนดแนวทางในการส่งตัวผู้ป่วย 3) กำหนดแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อนอนโรงพยาบาล และ 4) ดำเนินการข้อตกลงเรื่องการใช้สิทธิการรักษา

1.2 การรักษาพยาบาล มีกิจกรรมดังนี้ 1) คัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วย 2) ออกใบส่งตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบางละมุง 3) ดำเนินการรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน 4) ให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย 14 วัน ตามตารางกิจกรรมการดูแล 5) ฝึกกิจกรรมสันทนาการ เป็นกิจกรรมกลุ่ม เช่น ร้องเพลง เล่นเกมส์กระดาน 6) ฝึกการทำกายภาพบำบัดรายบุคคล ด้วยโปรแกรมออกกำลังกาย

ยืดกล้ามเนื้อและฝึกเดิน 7) ฝึกกิจกรรมบำบัดด้วยโปรแกรมกระตุ้นการกลืน และฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน 8) รักษาแพทย์ทางเลือก เช่น นวดแผนไทย ผิงเข็ม 9) จำหน่ายและติดตามผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลบางละมุง และ 10) ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

2. ขณะทดลองผู้วิจัยให้ตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และแบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4

ขั้นหลังการทดลอง

1. ให้ตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า และแบบประเมินความพึงพอใจ (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ก่อนและหลังพัฒนาระบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov smirnov, Sig<.001)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อการบริการของโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี กับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติ One sample t-test

ข้อพิจารณาจริยธรรม

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 038/2563 เลขที่ โครงการวิจัย CBO Rec 63-038 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศชายร้อยละ 63.80 มีอายุเฉลี่ย 59.55 ปี (SD=9.05) บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติป่วย ด้วยโรค Stroke มาก่อนร้อยละ 86.20 โดยชนิด ของ Stroke เป็นแบบตีบหรือตัน

ร้อยละ 72.40 ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 2.98 เดือน (SD= 2.33) โดยมีการอ่อนแรงของแขน ข้างขวาร้อยละ 60.30 ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเป็น Stroke มาก่อนร้อยละ 89.70 และผู้ดูแลเป็นคู่ สมรสมากที่สุดร้อยละ 58.60

2. คะแนนความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูพบว่า หลังพัฒนาระบบผู้ป่วยมี คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001, .001 และ .001 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟู ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	n	M	SD	Z	IQR	p (1-tailed)
ก่อน	58	9.28	2.89	-3.02	4.25	.001
หลัง 1 สัปดาห์	58	9.59	3.07		5.25	
ก่อน	58	9.28	2.89	-6.28	4.25	<.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	11.40	3.57		6.00	
ก่อน	58	9.28	2.89	-6.65	4.25	<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	13.03	3.82		5.25	
ก่อน	58	9.28	2.89	-6.64	4.25	<.001
หลัง 6 เดือน	58	14.86	3.78		6.00	

3. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พบว่าหลัง พัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพ ชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์,

4 สัปดาห์ และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01, .001, .001 และ .001 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

คุณภาพชีวิต	n	M	SD	Z	IQR	p (1-tailed)
ก่อน	58	0.32	0.30	4.08	0.66	<.001
หลัง 1 สัปดาห์	58	0.40	0.29		0.52	
ก่อน	58	0.32	0.30	6.38	0.66	<.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	0.53	0.27		0.44	
ก่อน	58	0.32	0.30	6.54	0.66	<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	0.64	0.25		0.30	
ก่อน	58	0.32	0.30	6.62	0.66	<.001
หลัง 6 เดือน	58	0.72	0.25		0.24	

4. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พบว่าหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะวิตกกังวล ลดลงเมื่อเทียบ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	n	M	SD	Z	IQR	p (1-tailed)
ภาวะวิตกกังวล						
ก่อน	58	6.74	3.21	-2.22		.013
หลัง 1 สัปดาห์	58	6.46	3.09			
ก่อน	58	6.74	3.21	-4.61		<.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	5.29	2.72			
ก่อน	58	6.74	3.21	-4.95		<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	4.72	2.69			
ก่อน	58	6.74	3.21	-5.69		<.001
หลัง 6 เดือน	58	3.86	2.68			
ซึมเศร้า						
ก่อน	58	7.79	3.93	2.15		.016
หลัง 1 สัปดาห์	58	7.28	3.74			
ก่อน	58	7.79	3.93	3.05		.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	6.91	3.75			
ก่อน	58	7.79	3.93	4.59		<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	6.10	3.63			
ก่อน	58	7.79	3.93	5.55		<.001
หลัง 6 เดือน	58	5.00	3.46			

5. ความพึงพอใจต่อระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูพบว่า หลังใช้ระบบผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80

อภิปรายผล

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 59.55 ปี บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยโรค Stroke ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมีอายุและประวัติป่วยมีความคล้ายกับการศึกษาของสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย⁵⁻⁷ แต่ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง⁵ ความดันโลหิตสูง⁶ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง^{2-3,9} จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วย Stroke เป็นความท้าทายในการดูแลเพราะว่าเป็นสาเหตุของความพิการ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) จึงเป็นจุดเชื่อมโยงในการดูแลเพื่อลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต⁸ เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางนั้นเป็นการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องและสร้างความเชื่อมโยงของการจัดบริการ จากการกำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ คือ ระบบบริการดูแลระยะกลาง¹¹ โดยการร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่เครือข่ายชุมชน จากการดำเนินเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลบางละมุงและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่างจากการศึกษาอื่นๆ เนื่องจากที่ผ่านมา

เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน^{10,12} ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ¹¹ จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁹ รวมถึงผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกการดูแลและเข้าใจสภาพของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นก่อนที่จะกลับไปดูแลที่บ้าน

ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทำให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านกับระยะผู้ป่วยนอก¹² จากระบบการดูแลผู้ป่วยที่ฟื้นฟูระยะวิกฤตและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางอย่างและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชนในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายก็จะเป็นการส่งเสริมให้กลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้³⁻⁴ ทั้งนี้จากระบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลยังส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต คะแนนภาวะวิตกกังวลและความพึงพอใจจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² ทั้งนี้การฟื้นฟูสภาพในลักษณะผู้ป่วยในจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐานการจัดบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลางต้องอาศัยสหสาขาวิชาชีพ ญาติและครอบครัว⁹ ที่ต้องให้การดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยมีความรู้ความเข้าใจในแผนการดูแล³⁻⁴ เพื่อส่งเสริม

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านร่างกายและจิตใจให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีกำลังใจในการเผชิญชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลนั้นเป็นที่ที่ควรได้รับการพัฒนาตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดความแออัดในการรับบริการทั้งในลักษณะผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อีกทั้งผู้รับบริการจัดได้รับการดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานต่อการจัดบริการ

2. ควรมีการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทันทั่วถึง ตลอดจนมีการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบเครือข่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั้งสองระดับ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต้นทุนและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการระหว่างโรงพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง

2. ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับญาติหรือผู้ดูแลแบบต่อเนื่องเป็นลักษณะชุดของการให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในลักษณะผู้ป่วยใน

References

1. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.

Lancet Neurol. 2021;20(10): 795-820. doi: 10.1016/S1474-4422 (21) 00252-0.

2. Ding Q, Liu S, Yao Y, Liu H, Cai T, Han L. Global, Regional, and national burden of ischemic stroke, 1990-2019. Neurology. 2022;98(3):e279-e290. Doi:10.1212/WNL.00000000000013115.

3. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Harvey RL, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery a guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. Stroke. 2016;47(6):e98-e169. Doi:10.1161/STR.0000000000000098.

4. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Nicholas C, Bambakidis, N.C., et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. Stroke. 2019; 50(12): e344-e481. Doi:org/10.1161/STR.00000000 000000211.

5. Tieamkao, S. Stroke situation. Thai Journal of Neurology. 2021;37(4):54-60. (in Thai).

6. Chantkran W, Chaisakul J, Rangsin R, Mungthin M, Sokboonyarat B. Prevalence of and factors associated with stroke in hypertensive patients in Thailand from 2014 to 2018: A nationwide cross-sectional study. Scientific reports. 2021;11(17614) : 1- 11. Doi.org.10.1038/s41598-021-96878-4.

7. Teamkaw S. Stroke situation. Thai Journal of Neurology. 2021;37(4): 54-60. (in Thai).
8. Grefkes C, Fink GR. Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. Neurol Res Pract. 2020;2(17):1-10. doi:10.1186/s42466-020-00060-6.
9. Pattapat W. Nursing care of elderly stroke patients in the recovery phase: a case study. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021;14(2): 37-49. (in Thai).
10. Sakulpipatana P. Outcome of subacute post- stroke rehabilitation in outpatient-based VS Home- based. Region 11 Medical Journal. 2021;35(5):1-9. (in Thai).
11. Rattanachairit W, Chahorm R, Siwina S. Development of intermediate care from hospital to community healthcare network, Roi-Et. Research and Development Health System Journal. 2022;15(2):119-32. (in Thai).
12. Moonthee W, Monkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharas S. Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' s routine activity performance, complication, and satisfaction. Thai Journal of Nursing Council. 2016;31(1)95-110. (in Thai).
13. Riedel M, Hausleiter J, Martinoff S. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: Systematic review of randomize trials. Lancet. 2004;363 (9406).352-6. Doi: 10.1016/S0140-6736 (04)15434-2.
14. Satirangkoon T, Wongsuwansiri S, Kladchompong P. Clinical practice guidelines for intermediate care. Nonthaburi: Nursing division; 2019. (in Thai).
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences second edition. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
17. National Health Security Office (NHSO). A guide to support the management of the public health long-term care service system for the dependent elderly in the National Health Security System. Bangkok: National Health Security office; 2019. (in Thai).
18. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Dissertation] . Bangkok: Mahidol University; 2014.
19. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. Journal of the Psychiatric association of Thailand. 1996; 41(1):18-30. (in Thai).

การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดพะเยา

ธานี กล่อมใจ* กาญจนา साใจ* อัมพร ยานะ*
พัชรบูรณ์ ศรีวิชัย* เฉลิมพล กำใจ* เอกพันธ์ คำภีระ*

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และรุนแรงถึงชีวิตได้ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายและความพิการ การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลจะทำให้สุขภาพที่ดีและเกิดความผาสุกในชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดพะเยา

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ แบบกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 90 คน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุล แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านร่างกาย ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย 2) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านจิตใจ ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจในตนเอง 3) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว และ 4) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อประเพณี และวัฒนธรรม ได้แก่ การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ข้อเสนอแนะ การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลโดยการรักษาสมาดุลระหว่างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสามารถนำไปสู่การเป็นผู้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีพลังในการปฏิบัติกิจกรรม และคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลสามารถสร้างให้เกิดสัมพันธที่ดีกับบุคคลรอบข้างและมีความสุข ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุล โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: กาญจนา สาใจ, E-mail: kanjana.s@bcnpy.ac.th

Received: March 21 , 2023

Revised: August 1, 2023

Accepted: August 30, 2023

Balanced health promotion to prevent complications in patients with hypertension in the community, Phayao province

Thanee Glomjai* Kanjana Sajai* Amphorn Yana*

Patcharaboon Srivichai* Chalempon Kajai* Aekkaphan Kampera*

Abstract

Background: Hypertension is a public health problem that affects physical and mental health and is a serious disease that can cause of death. Controlling blood pressure to a normal level can help prevent complications, reduce mortality, decrease disability, and foster health and well-being.

Objective: To study a balanced health promotion approach to prevent complications in hypertensive patients in the community of Phayao Province.

Methods: A qualitative case study approach was used as the research methodology. Data were collected from 90 informants in Phayao Province. Data were analyzed using thematic analysis.

Results: A balanced health promotion approach to prevent complications of hypertension in hypertensive patients was classified into four dimensions: 1) Physically balanced health promotion 2) Psychologically balanced health promotion; 3) Socially balanced health promotion, and 4) Spiritual health balanced promotion, beliefs, traditions, and cultures.

Conclusion: A balanced health promotion approach, including balanced health promotion of physical-mental and spiritual health, can empower patients to practice effectively and regularly to control and prevent the complications of hypertension. Moreover, balanced health promotion can create interpersonal relations, increase happiness, decrease complications, and increase quality of life.

Keywords: balance of health promotion, hypertension, patients, prevention of complications

* Boromarajonani College of Nursing, Phayao Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Kanjana Sajai, E-mail: kanjana.s@bcnpy.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ แต่กลับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น และสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก ปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน/ปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน¹ และสำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวน 13.2 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายถึง 50,000 คนต่อปี¹

สถานการณ์ในจังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 13,540 คน และเป็นสาเหตุการตายมากถึง 116 คน² จากข้อมูลทางสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ประจำปี 2564 พบอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 5,640 ราย จากจำนวนประชากรทั้งหมด 467,356 คน ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.35 อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 2.31 ทั้งนี้อำเภอที่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอันดับแรกคือ อำเภอเมืองจำนวน 1,309 ราย³ ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม คือ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงร้อยละ 40.70 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 5.61 และ การดื่มสุรา ร้อยละ 7.06 และยังพบภาวะน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ถึงร้อยละ 22.35⁴

ทั้งนี้ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ทำให้หัวใจทำงานหนักได้ ร้อยละ 55.00 เกิดภาวะ Stroke ร้อยละ 58.00⁵

และพบว่า การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมช่วยควบคุมหรือลดระดับความดันโลหิตสูงได้ อีกทั้งยังช่วยเสริมให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพมากขึ้น⁶ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติจะช่วยลดอัตราการตาย ลดอัตราความพิการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมสุขภาพคือการกระทำที่เน้นการสร้างและรักษาสภาวะที่ดีของร่างกายและจิตใจ และประสพความเป็นอยู่ที่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีการส่งเสริมสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม การควบคุมอาหาร รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา^{5,7} สามารถลดภาวะหัวใจวายได้มากกว่าร้อยละ 50.00 ลดการเกิดหลอดเลือดสมองแตกได้ร้อยละ 35.00-40.00 และลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 20.00-25.00⁶ การปรับวิถีชีวิตใหม่โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และช่วยยืดอายุให้ยืนนาน⁸ ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความสมดุลจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุล หมายถึง การดูแลและรักษาสุขภาพที่เน้นความสมดุลระหว่างด้านต่างๆของบุคคล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งรวมถึงความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงความเป็นสุขและความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ทั้งจากจากตัวบุคคลเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การจัดการความเครียด และการเจริญทางด้านจิตวิญญาณ^{9,11} การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลเป็นสิ่งจำเป็นใน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความมั่นใจ และมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต จนทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{6,11,12} พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสุดท้าย หรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้⁹

จังหวัดพะเยาซึ่งมีแนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จึงควรมีการเสนอให้มีการเฝ้าระวังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบบูรณาการ^{6,13} จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพแบบสมมูลกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการส่งเสริมสุขภาพแบบสมมูลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อการเสาะแสวงหาข้อเท็จจริง เกี่ยวกับผลกระทบของแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ต่างกันในบริบทของจังหวัดพะเยา ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลเชิงลึกที่นำไปสู่การหาแนวทางที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบสมมูลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ แบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบสมมูลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดพะเยา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในพื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกช่วงวัย จำนวน 90 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จาก 4 ตำบล คือ ตำบลบ้านต้า ตำบลบ้านต๋อน ตำบลท่าจำปี และตำบลบ้านสา ขณะทำการวิจัย

ตัวอย่าง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกประเภท กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกช่วงวัย จำนวน 90 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จาก 4 ตำบล รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และเกณฑ์ในการคัดออก คือ ไม่ได้อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จาก 4 ตำบล ขณะเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบสมมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและไม่สามารถเดินทางมาเข้ากลุ่มได้

ส่วนที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview Guideline) เป็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบสมดุลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีข้อจำกัดในการเดินทางมาเข้ากลุ่มสนทนา การสนทนากลุ่มจะดำเนินการแต่ละครั้ง 1.30 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน ๆ ละ 2 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ได้รับการอนุมัติการพิจารณาการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่ REC 015/63 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกเสียงสนทนา และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับโดยเข้ารหัสแทนชื่อจริง ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ตัดสินใจในการเข้าร่วมและลงนามยินยอมให้ข้อมูลและยินยอมเข้าร่วม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พื้นที่ของจังหวัดพะเยา ใน 4 ตำบล คือ ตำบลบ้านต้า ตำบลบ้านต๋อน ตำบลท่าจำปี และตำบลบ้านสาง

1. ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยส่งหนังสือราชการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุญาตค้นหาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยโทรศัพท์หาผู้ให้ข้อมูลเพื่อแนะนำตัวและอธิบายโครงการวิจัยพอสังเขป เพื่อขอความร่วมมือ และนัดหมายการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม

2. ช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล 2 วิธี คือการสัมภาษณ์เชิงลึกและขออนุญาตบันทึกเสียง ผู้วิจัยใช้วิธีการนี้สำหรับการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มสนทนาได้ ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที หลังจากผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มซึ่งนัดหมายการสนทนากลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้เวลาประมาณ 1.30 - 2 ชั่วโมง ก่อนเริ่มกิจกรรมจะมีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายหรือภาษาถิ่น เพื่อให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น จะดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Theme Analysis) และจัดหมวดหมู่กลุ่มความหมาย ประกอบ 6 ขั้นตอน ตามแนวทางของ Van¹⁵ ประกอบด้วย 1) ทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริงโดยธรรมชาติของผู้ให้ข้อมูลที่มีผลต่อการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และใส่เลขลำดับบรรทัดไว้ด้วยเพื่อความสะดวกในการอ้างอิง 2) ค้นหาประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา โดยสัมภาษณ์ประสบการณ์เชิงลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่ได้

วางไว้ 3) สะท้อนคิดคำหลักสำคัญ โดยวิเคราะห์คำหลักสำคัญที่แยกไว้ แล้วจัดหมวดหมู่ความหมาย 4) เขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา โดยนำองค์ประกอบหลักสำคัญ มาสรุปเป็นภาพรวมของประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา 5) ตรวจสอบความสอดคล้องของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และ 6) ตรวจสอบความสมดุลของประเด็นหลักและประเด็นรองที่นำเสนอ เพื่อให้สะท้อนถึงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของ Lincoln and Guba¹⁶ ดังนี้

1. ความ เชื่อ ถือ ได้ ข อง ข อ มู ล (Credibility) ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือ ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1.1 ความ น่า เชื่อ ถือ ของ ผู้ วิ จ ย (Researcher credibility) ผู้วิจัยได้พูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเกิดความไว้วางใจและยินดีให้ข้อมูลด้วยความจริงใจ เนื่องจากมีผลต่อความถูกต้องและความเป็นจริงของข้อมูล

1.2 กระบวนการสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่ม ขณะสัมภาษณ์มีการมีการบันทึกเสียงพร้อมทั้งการจดบันทึกภาคสนามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุม

1.3 การตรวจสอบข้อมูลรายวัน ตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลก่อนยุติการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นสำคัญให้ตรงและด้วยการถามย้อนกลับ

1.4 การตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลากหลาย เช่น การศึกษาจากเอกสารแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

2.การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายบริบทที่ศึกษาอย่างละเอียด (Thick description) เช่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Participant) และบริบทที่ศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่มีคล้ายคลึงกันหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ได้

3. การรับรองหรือยืนยันข้อเท็จจริง (Conformability) ผู้วิจัยมีหลักฐานข้อมูล (Audit trail) ยืนยันที่แน่ชัด ซึ่งได้นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก การสัมภาษณ์ และถอดเทปทุกครั้ง จัดพิมพ์ แปลความ ใส่รหัส วิเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล เป็นหมวดหมู่ในแต่ละราย ซึ่งสามารถตรวจสอบได้

4. ความไว้วางใจได้ (Dependability) ใช้ระเบียบวิจัย และอธิบายให้เห็นกระบวนการของการทำวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน ส่วนการได้มาของแนวคำถามในการวิจัยได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

1. บริบทพื้นที่ดำเนินการวิจัย ตำบลบ้านตู่ บ้านสาบ บ้านต้า และท่าจำปี ทั้ง 4 ตำบลจะมีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบเชิงเขาของอุทยานแห่งชาติดอยหลวงที่มีความอุดมสมบูรณ์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เพื่อจำหน่ายและบริโภค และทำอุตสาหกรรมในครัวเรือน ประชากรที่อาศัยในพื้นที่เป็นผู้สูงอายุ

มากกว่าร้อยละ 20.00 ซึ่งเริ่มเข้าสู่ชุมชนผู้สูงอายุ สมบูรณ์แบบ ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นต้น

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย 63.72 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.20 และเพศชาย ร้อยละ 19.80 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 41.40 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 44.10 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 1.80 ส่วนใหญ่รายได้ของผู้ให้ข้อมูลอยู่ในช่วง 0 - 5,000 บาท ร้อยละ 33.30 และผู้ให้ข้อมูลมีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานที่สุด คือ 20 ปี น้อยที่สุด คือ 1 ปี โดยเฉลี่ย จำนวน 7.52 ปี

3. ผู้ให้ข้อมูลให้นิยามการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุล คือ การดูแลและรักษาสุขภาพที่เน้นความสมดุลระหว่างด้านต่างๆของบุคคล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งรวมถึงความเชื่อประเพณีและวัฒนธรรม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านร่างกาย 2) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านจิตใจ 3) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านสังคม และ 4) การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ดังนี้

3.1 การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านร่างกาย จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง เพื่อให้มีชีวิตยืนยาวเพื่อยุกับลูกหลาน ไปนานๆ จากผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลได้แบ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ออกเป็น 2 ประเด็น คือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 การควบคุมอาหาร ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ต้องจำกัดการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม และอาหารไขมันสูง เนื่องจากการรับประทานอาหารรสเค็มจะทำให้ความดันโลหิตสูง แต่ผู้ให้ข้อมูลบางท่านให้ข้อมูลว่ายังลดอาหารรสเค็มไม่ได้เพราะไม่อร่อย ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง แต่จะใช้วิธีลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มลง นอกจากนี้มีปรับประเภทอาหารเป็นหนึ่ง ต้ม แทนการทอด โดยผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนด้านโภชนาการให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตามปกติ ดังข้อมูล

“เมื่อกินยาความดันแล้วเราต้องควบคุมอาหาร คุณไม่ให้เค็ม (ไม่เค็ม) ไม่ให้กินหวาน มันเค็ม ต้องลดหมดเลย หมอบอกว่าถ้าแค่ยาคุณไม่อยู่ เราต้องคุมตัวเองด้วย คุมอาหารด้วย ถ้าแค่ยาเอาไม่อยู่ เราต้องดูแลตัวเอง ไม่ให้เค็ม (ไม่เค็ม) มันถึงดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

“กับข้าวพื้นเมืองส่วนใหญ่จะใส่กะปิ น้ำปลา ปลาร้า ไม่ได้ควบคุมอะไรมากนัก แต่ก็ต้องรู้ตัวเอง ระวังตัวเองกินให้น้อยลง ควบคุมปริมาณให้น้อยลง จะรสชาติของตัวเอง ต้องลดปริมาณการใส่เครื่องปรุงต่างๆให้น้อยลงจากปริมาณเดิม ๆ ที่เคยใส่” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 34)

“กินเค็มอยู่ แต่ใส่น้อยลง โดยชิมเอาไม่ให้เกิดเกินไป พอกินได้ เอามอกจับ มอกพอดี (พอประมาณ พอดี) ซอส ซีอิ๊ว ใส่น้อยๆ จืดเกินไปก็กินไม่ลำบาก” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 71)

ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูงและอาหารไขมันสูง เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลควรรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญและสามารถนำไปปรับในการดูแลตัวเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเอง นอกจากนี้ข้อมูลของแต่ละบุคคลยังเป็น

ความรู้ที่จะให้ผู้ให้ข้อมูลนำไปสู่มีการปรับเปลี่ยนโภชนาการมากขึ้นแตกต่างกันออกไป

ประเด็นที่ 2 การออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายบอกว่า การมีกิจกรรมต่างๆ ระหว่างวัน การขยับร่างกาย การเดิน การทำงานบ้าน รวมถึงการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญต่อคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพราะช่วยให้เกิดความคล่องตัว ร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่การทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลจะทำตามขีดจำกัดของตนเอง ในแบบแผนชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าว

“เคยควบคุมความดันได้... โดยหา กิจกรรมทำ เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกายโดยเดินช่วงตอนเช้าและตอนเย็น ปั่นจักรยาน เล่นฮูล่าฮูป เป็นต้น” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 15)

“การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอทุกวัน ทำเป็นบางครั้ง ตามวิถีชีวิต เช่น ขุดดิน ปลูกผัก ปลูกไม้ ปั่นจักรยานตอนเช้า ผ่าฟัน ร่างกายแข็งแรง ทุกวันนี้ยังมีกำลังทำงานได้อยู่” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 18)

“ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น เดิน เต้นคนเดียว เดินประมาณ 40 นาที วิ่งบ้าง ปั่นจักรยานบ้าง ออกกำลังกายโดยมีเครื่องออกกำลังกายในบ้านแต่ไม่สม่ำเสมอ ยึดเหยียดทั่วไป” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 42)

การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมระหว่างวันเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญ แม้จะมีข้อจำกัดจากด้านสุขภาพ (ปวดเข่า) แต่ผู้ให้ข้อมูลก็มีแนวทางในการทำกิจกรรมระหว่างวัน ทั้งการออกกำลังกาย การเดิน การทำงานบ้าน เพื่อให้ร่างกายเกิดการคล่องตัว แข็งแรง ช่วยเสริมการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี

3.2 การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลด้านจิตใจ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลถึงการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อตนเอง แม้มีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงภูมิใจในตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความมีคุณค่าในตนเอง ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า แม้ว่าตนเองจะมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งก็ไม่ได้ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลง เพราะยังสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคม สามารถทำในสิ่งที่เด็กรุ่นใหม่ทำไม่ได้ และยังเป็นที่พักพิงให้กับครอบครัวสังคม ดังข้อมูลสนับสนุน

“ยังเป็นประโยชน์อยู่ในเรื่องไปการไปงานส่วนรวม เช่น งานवाद้า ไปทำกรวยไหว้พระไปทำขันบูชาพระ แต่งานในห้องครัว พวกเด็กๆ รุ่นใหม่ไม่ค่อยให้ทำละ ทำของบูชาพระเอง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 34)

“ไม่เคยคิดจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ได้ดูแลแม่อายุ 88 ปี เป็นผู้ป่วยติดบ้าน ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เลี้ยงลูกหลาน ช่วยเหลือชาวบ้านญาติพี่น้อง ดูแลครอบครัวให้มีกินมีอยู่ เป็นที่ปรึกษาของคนในชุมชน เมื่อแม่คนบ้านใกล้เรือนเคียง ไปช่วยงานในหมู่บ้าน เป็นอ.ส.ม ทำกับข้าวให้ลูกหลาน รู้สึกมีความสุข” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 74)

ประเด็นที่ 2 แรงภูมิใจในตนเอง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมไม่ให้โรคกำเริบได้ ด้วยการภูมิใจตนเองปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังข้อมูลสนับสนุน

“อยากหายแต่คงเป็นไปไม่ได้เพราะอายุมากแล้ว ฉันต้องการแค่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ก็ดีแล้ว และฉันจะต้องดูแลตัวเองให้ดีขึ้นเพื่อจะอยู่กับลูกหลาน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

“โรคเป็นแล้วมันไม่หาย เราต้องอยู่กับโรคนี้ให้ได้ จึงต้องทำตัวให้แข็งแรง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 44)

แรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถอยู่ในสังคมปกติ ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.3 การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลงานสังคม ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลงานสังคมเกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง รวมถึงตัวอย่างหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยคนอื่นๆ การเข้าถึงการบริการของสถานพยาบาล ทำให้มีกำลังใจในการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง และตระหนักถึงอันตรายของโรค ดังคำกล่าว

“คนในครอบครัว บอกอย่ากินเค็มเยอะนะ ลูกและสามีคอยบอก ถามเป็นห่วง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

“เข้าร่วมกิจกรรมเด่นในชุมชน ไปโรงเรียนผู้สูงอายุ มันดีได้กำลังใจ ได้ม่วน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 50)

“หมอนามัย เล่าสู่กันเอง ในหมู่เดียวกัน คนที่เคยเป็นความดันมาแล้วก่อนเรามีประสบการณ์ บอกว่าถ้าไม่ควบคุมความดันก็ล้มหมอนนอนเสื่อเดินไม่ได้ เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 80)

3.4 การส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ หรือการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้วนมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน

โรค รวมถึงวัฒนธรรมการสืบทอด การเรียกขวัญที่ทำให้หายยืนยาว การนับถือผีปู่ย่าช่วยรักษา ทำให้สบายใจ ไม่เกิดความเครียด ทำให้ความดันโลหิตไม่สูง ดังคำกล่าว

“ร้องขวัญ สืบทอด สุขมาขึ้นแก้ว เลี้ยงเจ้าที่ เลี้ยงผีปู่ย่า เมื่อไม่สบาย และเมื่อถึงเวลาเลี้ยงตามประเพณีประจำปี มันทำให้เราอายุยืนยาว หายเจ็บป่วยไม่สบาย ลดอาการเจ็บหัว เมารถ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

“ถ้ารักษาแผนปัจจุบันแล้วยังไม่หาย ไปถามหมอผีเพื่อทำพิธี ทำแล้วรู้สึกสบายใจ ไม่ลบหลู่เจ้าที่เจ้าทาง หรือว่าพ่อปู่แม่ย่า หรือมีเคราะห์ จะทำบัตเป่าเพื่อให้ชีวิตพ้นทุกข์หายเจ็บไข้” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 60)

อภิปรายผล

จากการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุล เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดพะเยา เป็นการดูแลสุขภาพที่เน้นความสมดุลระหว่างด้านด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของ Pender, Murdaugh and Parsons⁹ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายที่ต้องการสูงสุด การส่งเสริมสุขภาพจะประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการจัดการกับความเครียด โดยการบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี

การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลงานร่างกาย โดยการควบคุมหรือจำกัดการรับประทานอาหารที่มี

โซเดียมลดลง และการออกกำลังกายโดยเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตประจำวันของตนเอง⁹ เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีรูปแบบการออกกำลังกายในลักษณะการทำงานบ้าน หรือการประกอบอาชีพที่ใช้แรง เช่น ทำสวน ทำไร่ ทำนา เป็นต้น ส่วนการรับประทานอาหารมีการรับรู้ว่าการรับประทานเกลือโซเดียมมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่มีความเคยชินในการรับประทานอาหารรสเค็มและด้วยวัยสูงอายุการรับรู้รสชาติอาหารไม่ค่อยดี จึงมีการเติมเกลือเพิ่มขึ้นในอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นเมื่อได้รับความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหาร จึงรับประทานอาหารที่ส่งเสริมให้โรคลดลง¹⁴

การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลงานจิตใจ ด้วยวิธีการเห็นคุณค่าในตนเอง และการมีแรงจูงใจในตนเอง⁹ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในตนเองที่จะส่งเสริมสุขภาพ และจูงใจตนเองในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค จึงนำไปสู่การป้องกันโรคและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น¹⁴ การพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนการส่งเสริมแบบสมดุลงานสังคม การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้ให้ข้อมูลกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว⁹ หรือการรับฟังประสบการณ์ของบุคคลอื่น ทำให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะดูแลสุขภาพของตนเองโดยการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น¹⁷

การส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลงานจิตวิญญาณ ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลของผู้ให้ข้อมูล การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านมารวมกับการส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการลดความรุนแรงของโรคได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าแม้การดูแลสุขภาพของตนเองจะมีอุปสรรคหรือข้อจำกัดต่างๆ แต่การที่ผู้ให้ข้อมูลยังคงมีกิจกรรมทางสังคม มีส่วนร่วมในสังคมสามารถทำกิจกรรมที่คนรุ่นหลังทำไม่ได้ ก็ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นคุณค่าในตนเองและอยากมีชีวิตที่ยาวนานเพื่อจะได้อยู่กับลูกหลานต่อไป^{9,18}

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยการควบคุมอาหาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการสร้างเครือข่าย ทำให้มีเป้าหมายที่สำคัญในชีวิตรวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค และเกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้สุขภาพดีอย่างยั่งยืน⁶ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบสมดุลเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดพะเยา ที่ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรึกษาสุขภาพ 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ การหาวิธีแก้ไขปัญหา

การปล่อยวาง การผ่อนคลายความเครียด
3) ด้านสังคม ได้แก่ การร่วมกิจกรรมของ
ครอบครัว และเพื่อนบ้าน และ 4) ด้านจิต
วิญญาณ ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม
ได้แก่ ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ หรือการใช้
ภูมิปัญญาพื้นบ้าน การเข้าใจสัจธรรมชีวิตและ
นำมาประยุกต์ใช้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมและ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยผู้ป่วยต้องม
ีการทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นปกติสม่ำเสมอ จน
กลายเป็นนิสัย และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี¹⁹

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน
สามารถนำไปดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง โดยการทำงานแบบบูรณา
การเป็นภาคีเครือข่าย เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน
ปราชญ์ชาวบ้าน และครอบครัว เพื่อการส่งเสริม
สุขภาพแบบสมดุรอบด้าน

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษางานวิจัยเชิงลึกในประเด็นที่
หลากหลาย ทั้งประเด็นในเชิงบวกและเชิงลบเพื่อ
การศึกษาแบบรอบด้าน รวมถึงการศึกษารูปแบบ
การส่งเสริมสุขภาพในแง่มุมอื่นๆ เช่น การใช้
สมุนไพร การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และ
การศึกษาที่เป็นมุมมองในความแตกต่างทางเพศ
การศึกษาความแตกต่างของบริบทพื้นที่ เพื่อ
นำไปใช้ในการสร้างความตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ยังคงมีการดำเนินชีวิต
แบบวิถีชุมชนปกติที่ยังขาดความตระหนักเรื่องการ
ส่งเสริมสุขภาพที่ดี

Reference

1. World Health Organization. Hypertension care
in Thailand: best practices and challenges.

[Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 20]; Available
from: [https://www.who.int/publications-
detail-redirect/9789290227403](https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789290227403).

2. Division of Non-communicable Diseases.
2019 Report on situation NCDs, diabetes,
hypertension, and related risk factors.
Bangkok: Department of Graphic and
design; 2020. (in Thai).
3. Phayao Provincial Public Health Office.
Rate of new cases of hypertension.
[Internet]. 2021 [cited 2021 June 15];
Available from: [http://healthkpi.moph.go.
th/kpi/kpi-list/view/?id=759](http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=759).
4. Jai-Oun C. Health situation of the elderly
in Phayao Province. Lanna Journal of
Health Promotion & Environmental
Health. 2016;6(2):18-28. (in Thai).
5. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB,
Whelton PK. Prevention and control of
hypertension: JACC health promotion series.
J Am Coll Cardiol. 2018;72(11): 1278-93.
6. Thai Hypertension Society. 2019 Thai
guideline on the treatment of hypertension.
Chiang Mai: Trickthink; 2019. (in Thai).
7. Samngammee A, Sumpowthong K,
Homkham N. Factors related to preventive
behavior regarding diabetes and hypertension
among supporting staff in Lampang Rajabhat
university. Vajira Medical Journal: Journal of
Urban Medicine. 2020;64(2):97-108. (in Thai).
8. Thongtang P, Seesawang J. Lived
experience among hypertensive older people
living with hypertension. Journal of The Royal
Thai Army Nurses. 2014;15(3):288-95.(in Thai).

9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice seventh edition. Stamford Connecticut: A Simson & Schuster; 2011.
10. Songwatthanayuth P, Sirikunwiwat J. Storyline for health promoting in persons with hypertension. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019. 20(3),72-8. (in Thai).
11. Tudsri P, Nakkling . Health promotion behaviors of persons with hypertension: comparison between controlled and uncontrolled blood pressure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing .2018;29(2): 157-69. (in Thai).
12. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2018;38(4): 152–65. (in Thai).
13. Nateewattana J, Chankawikun R, Chaiwong S, Yongying P, Tienthavorn V. Vichai Model “7 colors” to surveillance for hypertension and diabetes of Phukamyao district population, Phayao province. Naresaun Phayao Journal. 2023;8(1): 25-9. (in Thai).
14. Lerdmongkhonterakool C, Bunyaphatkun P, Chitsomkasem A. The effects of low sodium, DASH dietary pattern education and applying theory of planned behavior on blood pressure reduction in hypertension patients. Vajira Nursing Journal. 2021;23(1):32-45. (in Thai).
15. Manen MV. Researching lived experience: human science for an action sensitive Pedagogy: Suny Press;1990.
16. Lincoln YS, Guba, EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publication; 1985.
17. Leksansern P, The development of a self-care motivation model to prevent hypertension in the elderly by family participation. Interdisciplinary Studies Jornal. 2022;22(2):10-22. (in Thai).
18. Sangsoy C, Chintanawat R, Pothiban L, Religious practices and spiritual well-being in older persons with uncontrolled Hypertension. Nursing Journal. 2021; 48 (4):81-92. (in Thai).
19. Kesornpikul K, Dilokwutthisit P, Waengnork W, A Development model to increase community participation and social support in the well-being promotion of hypertensive elderly population in Bangpakong District, Chachoengsao Province. NEU Academic and Research Jornal. 2021;11(2):181-96. (in Thai).

การพัฒนากระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน สำหรับแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

ภราดร ยิ่งยวด* นครินทร์ สุวรรณแสง** มยุรี อึ้งตระกูล***

บทคัดย่อ

บทนำ : เครือข่ายเด็กและเยาวชนสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนสำหรับสภาเด็กและเยาวชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนากระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน สำหรับแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนากระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ และกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน 2) ระยะประเมินผลการใช้กระบวนการ

ผลการวิจัย: พบว่า กระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมความพร้อม มี 2 กิจกรรม คือ บรรยายอย่างมีส่วนร่วม และฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ และ (2) ระยะปฏิบัติการ 6 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจปัญหา การตีความปัญหา การกำหนดปัญหา การระดมสมองหาทางแก้ไขปัญหา การสร้างแบบจำลองแนวทางการแก้ไขปัญหา และการยกร่างแบบจำลองแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่ากระบวนการมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .86 และผลการประเมินการใช้กระบวนการ พบว่า ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป : กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน สามารถนำไปใช้เสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนของเด็กและเยาวชนได้

คำสำคัญ: คัดวิเคราะห์ กระบวนการอนามัยชุมชน ปัญหาสุขภาพชุมชน การคิดเชิงออกแบบ นวัตกรรมสังคม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

***กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้พิมพ์ประสานงาน : ภราดร ยิ่งยวด, E-mail: paradorn@bcnnon.ac.th

The development of a social innovative process on community health to enhance analyzing, planning, and community health problems solving competencies for children and youth council district level

Paradorn Yingyoud* Nakarin Suwanaseang** Mayuree Auengtrakul***

Abstract

Background: The children and youth network is very important for driving the community health system. The process of developing competencies for children and youth is necessary.

Objectives: This study aimed to develop a social innovative process on community health to enhance analyzing, planning, and problem-solving competencies for children and youth council district level.

Methods: Developmental research was divided into 2 phases. The first phase was developing a process based on empirical evidence, design thinking, and community health nursing. The second phase was the evaluation of using the process.

Results: The developed procedure consisted of analyzing, planning, and community health problems using a design thinking process for 2 phases. The first phase consisted of 2 activities: interactive lecturing and practice situational analysis. The second phase consisted of 6 procedures, including empathizing with problems, defining problems, community diagnosis, brainstorming Ideas for solving problems, creating prototypes of guidelines for solving problems, and drafting prototypes. The result of the procedure's conformity to its concept framework, the content validity index was .86. The result of the procedure showed that analyzing and planning competencies to solve community health problems score after the experiment was higher than before the experiment were significantly different from a level of significance ($p = .001$).

Conclusions: A social Innovative process on community health to enhance analyzing, planning, and community health problem-solving competencies for children and youth council district Level.

Keywords: analytical thinking, community health nursing process, community health problem, design thinking, social innovation

*Boromrajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**Nursing Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health

***Department of Children and Youth, Ministry of Social Development and Human Security

Corresponding Author: Paradorn Yingyoud, E-mail: paradorn@bcnnon.ac.th

บทนำ

การพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชนเป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่า เพราะเด็กและเยาวชนในวันนี้ คือ ผู้ที่จะกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต และเนื่องจากจำนวนเด็กและเยาวชนไทยมีแนวโน้มลดลง¹ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างมากที่ประเทศไทยต้องเร่งหาแนวทางส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของเด็กและเยาวชนไทย จึงได้มีการปฏิรูปการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้เชิงสมรรถนะ ด้วยวิธีการเรียนรู้แบบ Active learning² แต่ปัจจุบันกลับพบว่าเด็กและเยาวชนไทยมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะต่ำกว่าหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะด้านการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหา³ การเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น สาเหตุมาจากขาดการคิดไตร่ตรองอย่างเข้าใจ ขาดการวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบคอบ ขาดการวางแผนที่ดี นำมาสู่การแก้ไขปัญหาที่ไม่ตรงจุด และทำให้ปัญหายาวเยียดกว้างไปจนถึงระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม⁴

ประเทศไทยจึงได้จัดทำพระราชบัญญัติการส่งเสริมเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2560 และกำหนดให้มีการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นโครงสร้างที่มีลักษณะเหมือนร่างแหที่เชื่อมโยงกัน โดยมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาหารือร่วมกัน ให้ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาสังคมร่วมให้การสนับสนุน⁵ สภาเด็กและเยาวชนจึงนับว่าเป็นนวัตกรรมสังคมที่สำคัญอย่างมากต่อ

กระบวนการจัดการปัญหาชุมชนที่มีผลกระทบกับเด็กและเยาวชนในพื้นที่ เพราะเป็นผู้ที่เข้าใจปัญหา ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญของการกำหนดแนวทางวางแผน และแก้ไขปัญหาชุมชน โดยเฉพาะในมิติสังคมและสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ การดำเนินงานเพื่อพัฒนาสมรรถนะของสภาเด็กและเยาวชนที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาความรู้ และสมรรถนะด้านจิตสาธารณะ โดยกิจกรรมจะเป็นการอบรมให้ความรู้ระยะสั้น หรือกิจกรรมตามวันสำคัญต่าง ๆ⁷ ยังขาดการพัฒนาสมรรถนะการทำงาน โดยเฉพาะด้านการวิเคราะห์ และการวางแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของสภาเด็กและเยาวชนที่จะช่วยแก้ไขปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบเชิงกระบวนการให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่ากระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน เพราะคนในชุมชนจะเข้าใจปัญหาของชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้สามารถวิเคราะห์หาแนวทางวางแผนและแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น^{8,9} กระบวนการดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking process) ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการหรือพัฒนาชุมชน เพราะเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนเรียนรู้ร่วมกันทุกขั้นตอน^{10,11} ที่จะช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาสังคมได้อย่างสร้างสรรค์^{7,12,13} ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบและกระบวนการพยาบาลชุมชนมาเป็นแนวทาง เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานของเด็กและเยาวชนให้สามารถวางแผนป้องกันหรือแก้ไขปัญหา

สุขภาพชุมชนที่มีผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน ร่วมกับคนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนสำหรับแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ซึ่งพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน โดยการบูรณาการองค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking process)¹⁴ และกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน¹⁵ โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนสำหรับแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ และ 2) ระยะประเมินผลการใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 1 พัฒนาระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. ขั้นศึกษาสถานการณ์การเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนสำหรับแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ

ตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 5 คน กรมเด็กและเยาวชน 5 คน และตัวแทนสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอจำนวน 14 คน

2. ขั้นสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ดำเนินการตามกระบวนการของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน การคิดวิเคราะห์ การวางแผนแก้ไขปัญหา การพัฒนาสมรรถนะเด็กและเยาวชนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ก่อนปี พ.ศ. 2565 ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี จากกระบวนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, Google Scholar, PubMed, CINAHL Database, Science Direct, Pro Quest และการสืบค้นด้วยมือจากห้องสมุด

2.2 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนากระบวนการครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจอันนาบริกส์¹⁶

3. ขั้นออกแบบกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน โดยนำองค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ และกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน

4. ขั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพ

ชุมชนที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนำกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการพัฒนาการคิด จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 5 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบของกระบวนการ เนื้อหา วัตถุประสงค์ กิจกรรม และระยะเวลา และผู้วิจัยนำกระบวนการ ฯ ไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การประเมินผลการใช้กระบวนการ

การประเมินผลการใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชนด้วยวิธีการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนของแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ โดยการทำแบบทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบ 1 กลุ่ม (One group pre-posttest design)

ตัวอย่าง จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง คือ 1) เป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ 2) มีประสบการณ์ทำงานสภาเด็กและเยาวชน อย่างน้อย 3 เดือน 3) สามารถอ่านออกเขียนได้เป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์กระบวนการ ประกอบด้วย สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ประเด็น

1) รูปแบบกระบวนการ 2) กิจกรรม 3) ผลลัพธ์ จำนวน 8 ข้อ และแบบวิเคราะห์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการพัฒนาการคิด จำนวน 1 ท่าน และผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินการใช้กระบวนการ ประกอบด้วย 2 ชุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลา ดำรงตำแหน่งสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

2.2 แบบทดสอบสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยออกแบบจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพชุมชน ลักษณะเป็นปรนัย 4 ตัวเลือก (Multiple choice question) แบ่งเป็นข้อคำถามสมรรถนะด้านการวิเคราะห์ จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามสมรรถนะด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า ความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีของ Kurder-Richarson- 20 ได้เท่ากับ 0.81

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราช

ชนนี้ จังหวัดนนทบุรี (เอกสารรับรองเลขที่ 005/64) ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงอุปนัย (Analytic induction) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และการวิเคราะห์คุณภาพของกระบวนการใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลการทดลองใช้กระบวนการด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนาการกระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน ผลการสัมภาษณ์ตัวอย่าง และการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การจัดกิจกรรมพัฒนาเด็กและเยาวชนจะเป็นการฝึกอบรม และการจัดกิจกรรมระยะสั้น ประกอบด้วย ทักษะความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม การกล้าแสดงออก การคิดเชิงสร้างสรรค์ และการมีจิตสาธารณะ นอกจากนี้ กิจกรรมในปัจจุบันขาดการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของสภาเด็กและเยาวชนที่จะช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การวางแผน และการแก้ไขปัญหาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

จากงานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมดเพื่อกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน ด้วยกระบวนการคิดเชิงออกแบบ และกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน ระบุได้จำนวน 18 เรื่อง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยจำนวน 12 เรื่องแบ่งเป็นหลักฐานระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง หลักฐานระดับ

2 จำนวน 8 เรื่อง และหลักฐานระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง สามารถสรุปได้ 2 ประเด็น คือ 1) รูปแบบของกระบวนการ ส่วนใหญ่เป็นกระบวนการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม รองลงมา คือ กระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือ และแบบอิสระ ตามลำดับ^{9,11,12,13} 2) ลักษณะของกิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการเรียนรู้แบบหลากหลาย (Multimodality)^{8,11,12,13} เพราะมีประสบการณ์ที่ผ่านมาที่แตกต่างกัน และช่วยกระตุ้นให้เกิดการกระบวนการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีข้อเสนอแนะว่า กระบวนการควรประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนกับประเด็นปัญหาก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้^{8,9,11}

ผลการพัฒนากระบวนการนวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากการสัมภาษณ์ตัวอย่าง และการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ การบรรยายอย่างมีส่วนร่วม และการฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ และ 2) ระยะปฏิบัติการ 6 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมความพร้อม มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การบรรยายอย่างมีส่วนร่วม (Interactive lecture) เรื่อง กระบวนการคิดเชิงออกแบบนวัตกรรม 5 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเชิงลึก (Empathize) 2) การตีความปัญหา (Define) 3) การระดมจินตนาการแบบไร้ขีดจำกัด (Ideate) 4) การสร้างต้นแบบ (Prototype) 5) การทดสอบต้นแบบ (Test) และนำเสนอวิธีดำเนินงานของการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ร่วมอภิปราย ถอดบทเรียนตามแนวคิดกระบวนการคิดเชิงออกแบบ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ (Case study) จากตัวอย่างกรณี ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพในชุมชนจากใบงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัญหา ปัจจัย สาเหตุผลกระทบ เชื่อมโยงและค้นหาปัญหาที่ แท้จริง หาวิธีการแก้ไขปัญหา และจัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของ ชุมชน และร่วมมืออภิปราย ถอดบทเรียนตามแนวคิด กระบวนการคิดเชิงออกแบบ

ระยะปฏิบัติการ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน คือ
 ขั้นตอนที่ 1 การทำความเข้าใจปัญหา สุขภาพชุมชนเชิงลึก (Empathize of community health problems) ตามการประเมินภาวะสุขภาพ ชุมชน (Community health assessment) โดย การทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพชุมชนของ อำเภอที่รับผิดชอบ รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น สัมภาษณ์ตัวแทนชุมชน บุคลากรทางด้าน สาธารณสุข และนักพัฒนาสังคม รวมถึงการ สืบค้นข้อมูลสารสนเทศ เพื่อค้นหาข้อมูลปัญหา สุขภาพชุมชน ตรวจสอบข้อมูล ทำความเข้าใจ ปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบ และ ความต้องการของคนในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การตีความปัญหาสุขภาพ ชุมชน (Define of community health problem) นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาจัดกลุ่มข้อมูลที่ สัมพันธ์กันเชิงปัญหา ปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบจาก กิจกรรมที่ผ่านมาเชิงลึก (Insight) รวมถึงความ ต้องการของคนในชุมชน (Needs) โดยภาพรวม และจากมุมมองของคนในชุมชน (Point-of-view) เอาไว้ด้วยกัน และตีความหมายจากข้อมูลที่จัด กลุ่มไว้ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเป็นประเด็นปัญหา สุขภาพชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดปัญหาสุขภาพ ชุมชน (Community diagnosis) นำปัญหาสุขภาพ ชุมชนทั้งหมดที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 มาเขียนเป็น ประเด็นปัญหา เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของ ปัญหา โดยดำเนินการทำประชาคมตามวิธีการของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล¹⁵ ซึ่ง พิจารณาจาก 1) ขนาดของปัญหา 2) ความรุนแรง ของปัญหา 3) ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา และ 4) ความตระหนักของชุมชนที่มีต่อปัญหานั้น ซึ่งแต่ ละด้านให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน รวมคะแนนแต่ ละปัญหา ปัญหาที่มีคะแนนรวมมากที่สุด จะถูก กำหนดปัญหาสุขภาพชุมชนที่ชุมชนต้องการแก้ไข มากที่สุด เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา (Planning)

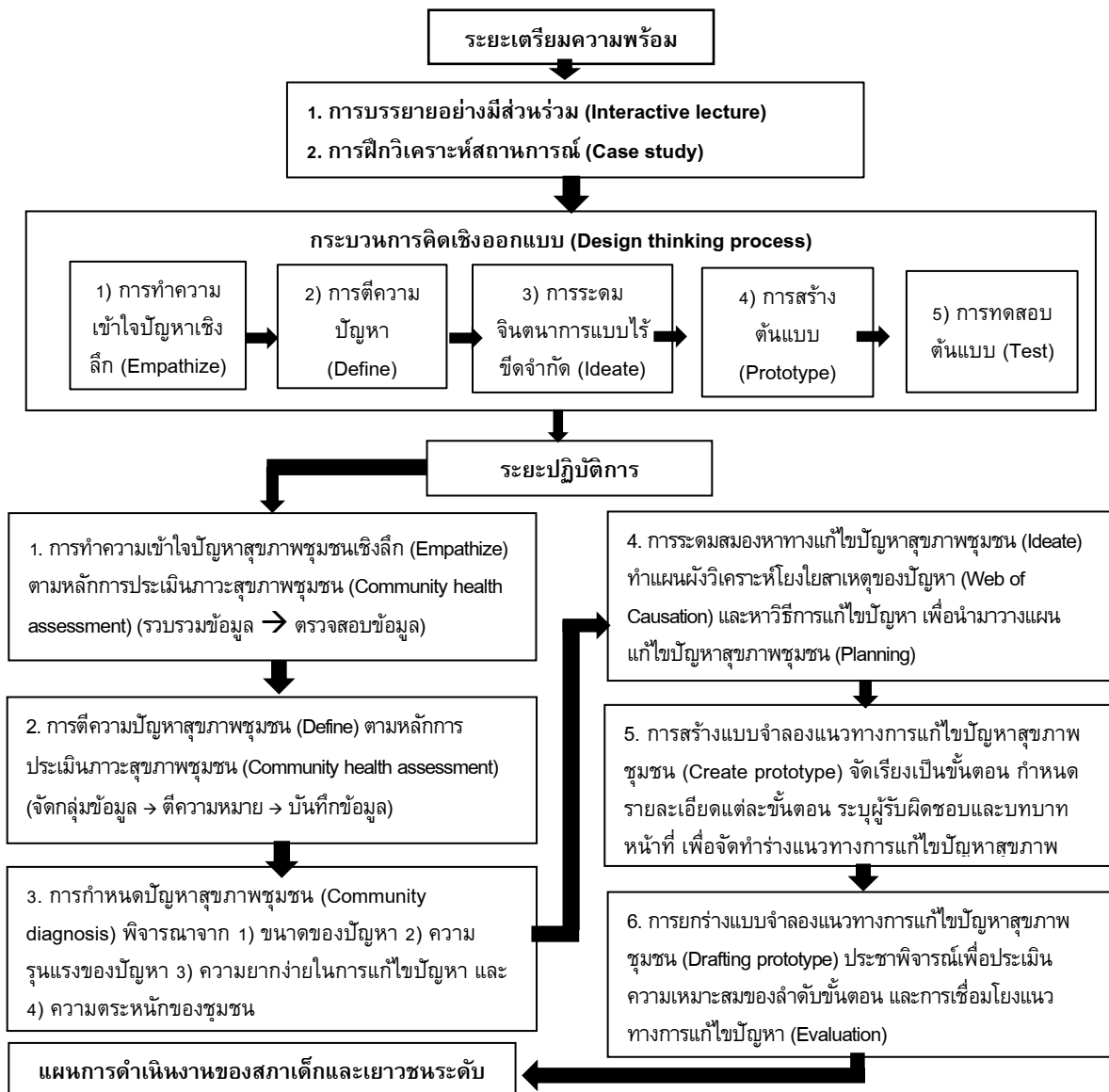
ขั้นตอนที่ 4 การระดมสมองหาทางแก้ไข ปัญหาสุขภาพชุมชน (Brain storming Idea of solving community health problems) ดำเนินการ เชื่อมโยงข้อมูลปัญหาสุขภาพชุมชนที่กำหนด ปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบ จัดทำเป็นแผนผังวิเคราะห์ โยงใยสาเหตุของปัญหา (Web of Causation) เพื่อให้เห็นปัญหาได้รอบด้าน พร้อมทั้งแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นเชิงสร้างสรรค์เกี่ยวกับวิธีการแก้ไข ปัญหาแต่ละประเด็นร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้อง ไม่ถูกจำกัดความคิด สามารถคิดนอกกรอบได้ เพื่อให้เห็นถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีความ หลากหลาย จะช่วยให้หาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ อย่างรอบคอบ และนำมาวางแผนหาแนวทางการ แก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน (Planning)

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างแบบจำลองแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน (Create prototype of guidelines for solving community health problems) เป็นการผสมผสานวิธีการ แก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนที่หลากหลาย จากขั้นตอนที่ 4 มาจัดเรียงเป็นขั้นตอนหรือ

กระบวนการ พร้อมทั้งกำหนดรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ระบุผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา เพื่อจัดทำเป็นร่างแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน (Implementation) ที่สอดคล้องปัญหา สาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ผลกระทบ ความต้องการต้นทุนชุมชน และบริบทของชุมชน

ขั้นตอนที่ 6 การยกร่างแบบจำลองแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน (Drafting of guidelines for solving community health problems) นำเสนอร่างแนวทางการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพชุมชน เพื่อประเมินความเหมาะสมของลำดับขั้นตอน และการเชื่อมโยงแนวทางการแก้ไขปัญหาผ่านการประชาพิจารณ์ของคนในชุมชน หน่วยงานเกี่ยวข้องพร้อมทั้งรวบรวมคำแนะนำที่ได้มาพัฒนาแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนให้มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และนำมาจัดทำเป็นแผนดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนที่มีผลต่อเด็กและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบของสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอต่อไป ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติ สุขภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณดัชนี ความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .86 ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ ข้อเสนอแนะว่า ควรจัดทำแผนกิจกรรมให้เป็น ลักษณะของค่ายผู้นำ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ของกระบวนการคิด วิเคราะห์ วางแผนและ แก้ไขปัญหา และควรมีการยกตัวอย่าง สถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจของแกนนำสภาเด็ก และเยาวชนระดับอำเภอ

ระยะที่ 2 การประเมินผลการใช้ กระบวนการ ตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 17.93 ปี (SD=1.79) อยู่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 85.17 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งสภาเด็กและเยาวชน ระดับอำเภอเฉลี่ย 1.92 ปี (SD=1.21) ผลการใช้ กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพ ชุมชนพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์ และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนของ แกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอหลังเข้าร่วมกระบวนการ กว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ของแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ (n=35)

สมรรถนะ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p
ก่อนเข้าร่วม	7.06	2.12	2.545	2.705	5.405	.000*
หลังเข้าร่วม	9.61	1.99				

* $p<.001$

อภิปรายผล

กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมใน มิติ สุขภาพ ชุมชน เป็นการบูรณาการ กระบวนการคิดเชิงออกแบบ และกระบวนการ พยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ การวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน สำหรับแกนนำสภาเด็กและ เยาวชนระดับอำเภอ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมความพร้อม โดยใช้การบรรยาย อย่างมีส่วนร่วม (Interactive lecture) และการฝึก วิเคราะห์สถานการณ์ (Case study) ผ่าน กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม ซึ่งยึดเด็กและ

เยาวชนเป็นศูนย์กลาง เป็นการสร้าง ประสบการณ์การเรียนรู้จากตัวอย่างแนว ทางการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย ทำให้แกนนำ เด็กและเยาวชนเข้าใจถึงวิธีการคิดวิเคราะห์ อย่างเป็นระบบ¹¹ และ 2) ระยะปฏิบัติการที่เน้น กระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง และ ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของ ชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ตามกระบวนการ ที่ได้มาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนได้ดี และมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁷

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ การวิเคราะห์ และสมรรถนะการแก้ไขปัญหา

สุขภาพชุมชน พบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะหลังการเข้าร่วมกระบวนการสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เพราะแกนนำเด็กและเยาวชนสามารถร่วมกันกำหนดปัญหาสุขภาพชุมชนที่เคยพบเจอได้เอง จึงมีความคุ้นเคยและเข้าใจปัญหาได้ง่าย ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มและผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{8,9,18} และเกิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติ ส่งผลให้สมองเกิดความตื่นตัวและกระตือรือร้น กระตุ้นให้แกนนำเด็กและเยาวชนเกิดสมรรถนะด้านการวิเคราะห์ เพราะต้องการแสวงหาความจริงเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาในมุมมองที่กว้างและหลากหลายมิติมากขึ้น เป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์เชื่อมโยงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างเป็นเหตุเป็นผลเพื่อหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงได้^{18,19} กิจกรรมแต่ละขั้นตอนมีการผสมผสานกระบวนการเรียนรู้หลายวิธีเข้าด้วยกัน เพื่อวางแผนคิดหาแนวทางการแก้ไขปัญหา เช่น พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจากผู้เกี่ยวข้องหรือภาคีเครือข่าย การระดมสมอง การพิจารณาด้านทุนชุมชน ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชนได้เป็นอย่างดี^{8,9} เพราะส่งเสริมทำให้เกิดประสบการณ์เรียนรู้ โดยการนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายนี้มาบูรณาการร่วมกัน เกิดเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาในรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่สุดและมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถนำมาแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน^{11,19,20,21}

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนของเด็กและเยาวชนได้จากการศึกษาผลการทดลองใช้ที่มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ เพราะเป็นการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ และมีผู้ที่เกี่ยวข้องมาช่วยขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสภาเด็กและเยาวชน ควรส่งเสริมและให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาศักยภาพสภาเด็กและเยาวชนให้มีสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการทำงานให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ช่วยจัดการปัญหาชุมชนที่มีผลกระทบกับเด็กและเยาวชนในพื้นที่ได้อย่างเต็มที่

2. พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชนไปประยุกต์ใช้พัฒนาสมรรถนะด้านการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพกับกลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น และคนในชุมชนเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสังคมในมิติสุขภาพชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน สำหรับแกนนำสภาเด็ก

และเยาวชนระดับอำเภอไปศึกษาประสิทธิภาพ
กับกลุ่มแกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับอื่น
ต่อไป

2. ควรศึกษาผลการดำเนินการแก้ไข
ปัญหาสุขภาพชุมชนที่เกิดจากการนำแนว
ทางการแก้ไขปัญหามาใช้จากกระบวนการไปใช้
ในพื้นที่จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่
ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ
วิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์
เพื่อนำกระบวนการไปใช้ได้จริงกับบริบท
ของกลุ่มเป้าหมาย และขอขอบคุณทุนสนับสนุน
งานวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุขในการสนับสนุนการทำวิจัยนี้

Reference

1. National statistical office, Thailand. Demography population and housing branch. [internet]. 2021 [cited 2022 January 23]; Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>. (in Thai).
2. Office of the permanent secretary, Ministry of Education. Annual report 2022 of office of the permanent secretary, Ministry of education. [internet]. 2022 [cited 2023 January 23]; Available from: https://ops.moe.go.th/wp-content/uploads/2023/03/MOE-annual-report-2022_final.pdf. (in Thai).
3. The Institute for the promotion of teaching science and technology. PISA Assessment Results 2018: What 15-year-old Thai students know and can do. [internet]. 2021 [cited 2022 January 23]; Available from: <https://pisathailand.ipst.ac.th/issue-2019-48/>. (in Thai).
4. Manyanon U, Sarayuthpitak J. Effects of analytical thinking process in sex education on the sexual behavior of eighth Grade male students. Journal of Education Studies. 2020;48(3):428-42. (in Thai).
5. Department of children and youth, Ministry of social development and human security. Guidelines for establishing a council for children and youth according to the national child and youth promotion enactment Second edited. [internet]. 2018 [cited 2022 January 23]; Available from: https://nongkaewssk.go.th/public/list_upload/backend/list_1943/files_4566_1.pdf. (in Thai).
6. Boontarikasawat T. Social innovation: style process and model [internet]. 2018 [cited 2022 January 23]; Available from: <https://www.youthinnovation.org/wp-content/uploads/2018/02/%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1.pdf>. (in Thai).
7. Komonmarn C, Chantajam A, Ungkleng S, Waeyusoh N. Studying and developing suggestions for supporting local governmental promotion of child and youth councils and groups to encourage creative activity for solving community and social problems. PSDS Journal of Development Studies, Thammasat University. 2019;2(2):62-101. (in Thai).

8. Hendricks S, Conrad N, Douglas TS, Mutsvangwa T. A modified stakeholder participation assessment framework for design thinking in health innovation. *Healthc.* 2018;6(3):191-6.
9. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS ONE.* 2019;14(5):e0216112.
10. Razzouk R, Shute V. What is design thinking and why is it important. *Review of Educational Research.* 2012;82(3),330-48. doi:10.3102/0034654312457429.
11. Piriyaamnon M, Chaowarat P, Sawangchaeng S. Building up a walking and cycling community with participatory and design thinking process. *Journal of the Faculty of Architecture King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang.* 2017;25(2):69-80. (in Thai).
12. Wongtapha P, Songkram N. Development of blended learning model with design thinking and TRIZ principles to enhance engineering problem solving skills of engineering undergraduate students. *Journal of Engineering, RMUTT.* 2019;17(2):37-47. (in Thai).
13. Phoowow S, Songserm U. The development of analytical thinking abilities on a human and the environment and natural resources of Prathomsuksa 3 students using design thinking. *Journal of Institute of Trainer Monk Development.* 2022;5(2):130-44. (in Thai).
14. Plattner H. An introduction to design thinking process guide. [internet]. 2010 [cited 2022 April 23]; Available from: <https://stanford.edu/~mshanks/MichaelShanks/files/509554.pdf>.
15. Danyuthasilpe C. Community health nursing process: concept and nursing practice. Phitsanulok: Trakoonthai Press; 2017.
16. The Joanna Briggs Institute. Joanna briggs institute reviewers' manual. 2014 edition, The Joanna Briggs Institute. [internet]. 2014 [cited 2022 April 23]; Available from: http://joanna-briggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-The-Systematic-Review-of-Economic-Evaluation-Evidence-2014_v2.pdf.
17. Petchtang S, Kimsungneon. The effect of preparation before practice in the subject of community health nursing on learning outcome of the students at the school of nursing, Rangsit university. *Thai Red Cross Nursing Journal.* 2020;13(2):181-190. (in Thai).
18. Dhammavaddhano P, Thongdee W. Management of problem-based learning. *Journal of MCU Ubon Review.* 2022;7(1): 967-76. (in Thai).
19. Phajan T. The development of instructional model using research based learning for enhancing, analyzing and planning competencies to solve health problems among undergraduate students in community public health program, Sirindhorn College of Public Health,

- KhonKaen Province. Thai Dental Nurse Journal. 2017;28(1):47-59. (in Thai).
- 20.Yingyoud P, Thangkratok P, Phianthanyakam N, Attham W, Palachai T, Sangkhaphong A. Effects of innovation-based learning on twenty-first century skills and learning experiences among nursing students. Journal of health science research. 2020;14(2):58-69. (in Thai).
- 21.Geissdoerfer M, Bocken NMP, Hultink EJ. Design thinking to enhance the sustainable business modelling process – A workshop based on a value mapping process. J Clean Prod. 2016;135(1):1218-32. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.07.020>.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด 2 จังหวัดนนทบุรี

ลักษมีพร หอมคำ* วินัย ไตรนาทถวัลย์** ศิริพร ครุฑทากาศ** ปราโมทย์ ถ่างกระโทก***

บทคัดย่อ

บทนำ : พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกเป็นทักษะที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพในระยะฉุกเฉิน และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างระดับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วิธีการวิจัย : เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด 2 จำนวน 186 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่มีความเที่ยง (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค) เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย : ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพบว่า พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 49.4

สรุปผล : พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชควรสนับสนุนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก การสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์

*แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : วินัย ไตรนาทถวัลย์, E-mail address; trainattawan@gmail.com

Factors Influencing positive health behaviors among older adults attending an emergency department at Pakkret hospital 2, Nonthaburi province

Luxameeporn Homkhom * Winai Trainattawan ** Siriporn Kruttakart** Pramote Thangkratok***

Abstract

Background: Positive health behaviors are necessary skills to foster appropriate health behavior, prevent health risk factors during emergency periods, and promote long-term quality of in older adults.

Objectives: This study aimed to investigate the level of positive health behavior and the causal factors influencing positive health behavior among the elderly who visited an emergency department.

Methods: 186 elderly individuals aged 60 years and over who visited the emergency department of Pakkret Hospital 2, Nonthaburi Province, were purposively sampled. Data was collected using a structured questionnaire with a reliability coefficient of .84. Descriptive statistics and multiple regression were used for data analyses.

Results: The findings showed that the positive health behavior of the elderly was at a moderate level. The results of multiple regression indicated that searching for health information via social media and health literacy could explain 49.4% of the elderly' positive health behaviors.

Conclusions: The findings suggest that nurses and healthcare teams should encourage health literacy and promote searching behavior for health information via social media to foster positive health behaviors among the elderly.

Keywords: family support, health literacy, positive health behaviors, searching behavior.

* Emergency Department, Pakkret Hospital, Nonthaburi Province

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

***Department of Community Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

Corresponding author: Winai Trainattawan, E-mail: trainattawan@gmail.com

บทนำ

ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในระหว่างปี 2558 ถึงปี 2593 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 12.00 เป็นร้อยละ 22.00 ซึ่งคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคนเป็น 2 พันล้านคน¹ ประชากรวัยสูงอายุเกิดโรคจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ตามวัย ก่อให้เกิดความผิดปกติ ความเจ็บป่วย ต้องการการดูแลรักษาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และอาจต้องใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น รวมถึงความต้องการในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแต่ละโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจากเหตุฉุกเฉิน รอดพ้นภาวะวิกฤติ ป้องกันไม่ให้เกิดการความพิการ ภาวะแทรกซ้อน และการสูญเสียชีวิต โดยการจัดการให้ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ได้รับการปฏิบัติอย่างทันท่วงทีจนพ้นภาวะฉุกเฉิน หรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่าง ทันเวลาและเหมาะสม ตั้งแต่การดูแลก่อนไปถึงโรงพยาบาล ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลระหว่างการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ² จากการศึกษาในต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าจำนวนการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ สูงกว่าวัยอื่น ๆ ในระหว่างปี ค.ศ.2005-2020 ประเทศออสเตรเลียมีผู้สูงอายุใช้บริการรถฉุกเฉินมากกว่าวัยอื่น ๆ สูงถึง 8 เท่า³ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการให้บริการ

การแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสูงเป็น 4 เท่าของกลุ่มวัยอื่น⁴ ซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีารับบริการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล มากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่วัยแรงงานหรือกลุ่มวัยอื่น ซึ่งผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงได้ หากไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันท่วงที

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก⁵ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและในระดับประชากร Nutbeam⁶ ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็น ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง และในปี 2008 Nutbeam⁷ อธิบายว่าเป็นสมรรถนะของบุคคลที่ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต นอกจากนี้ Nutbeam⁸ ยังให้ความหมายเพิ่มเติมว่าเป็น ทักษะทางสังคม และทักษะการคิดวิเคราะห์ ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง สมรรถนะของบุคคลที่เกิดจากความรู้

ความเข้าใจ ทักษะคิด แรงจูงใจ และทักษะทางสังคม ที่ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูล และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี จากผลการศึกษาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่มากเพียงพอ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องด้านสุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี⁹ ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยและดำเนินการให้เกิดรูปธรรมชัดเจนโดยเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอกคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพควบคู่กับสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต และการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลดำเนินการเพื่อการป้องกันโรค การรักษาโรค การคงไว้หรือการฟื้นฟูเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้¹⁰ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในระดับต่ำ อาจส่งผลให้การดำเนินของโรคทวีความรุนแรงจนต้องเข้าถึงการรับบริการในด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนั้น การ

สร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตอีกด้วย

โรงพยาบาลปากเกร็ด 2 จังหวัดนนทบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง เปิดให้บริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ ภายใต้ศักยภาพที่มีขีดจำกัด ส่งผลให้ผู้รับบริการส่วนใหญ่ในแผนกดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มการคัดกรองตามความเร่งด่วนในระดับ 3-5 (Emergency Severity Index) โดยมีผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 คิดเป็น ร้อยละ 16.40, 17.50, 19.10 และ 19.70 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงระดับการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบของโรคประจำตัว และการติดเชืของระบบต่าง ๆ¹¹ เนื่องจากผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยเปราะบางมีอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงร่วมกับการมีโรคประจำตัวหลายโรค และการได้รับยาหลายชนิด ทำให้มีอัตราการใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงกว่าช่วงวัยอื่น¹²

อย่างไรก็ตามการศึกษาศักยภาพสัมพันธของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในลักษณะของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ศึกษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาศักยภาพสัมพันธเชิงสาเหตุของแรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การลด

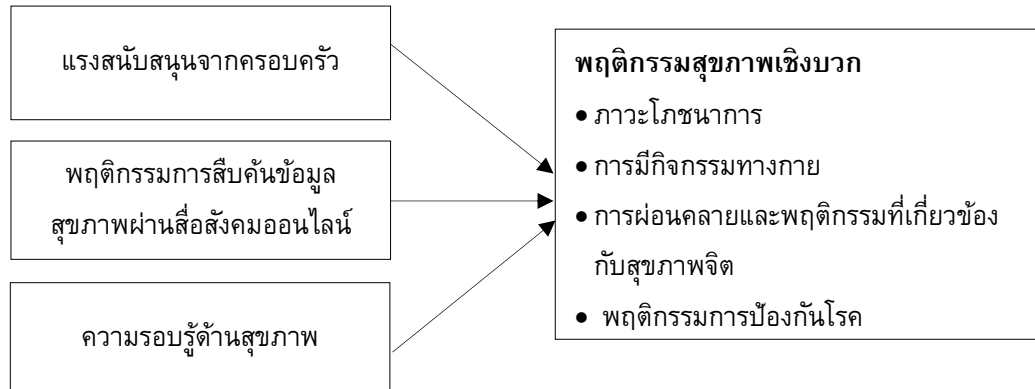
ความถี่ของการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินของผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจ
ทำนายของแรงสนับสนุนจากครอบครัว

พฤติกรรม การสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคม
ออนไลน์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุที่เข้ารับ
บริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลปากเกร็ด 2 จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) โดยมีตัวแปรต้นประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรม การสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

ประชากรและตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด 2 จังหวัดนนทบุรี คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ที่มารับบริการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2565 โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่กระทบต่อความการรักษา ความเจ็บป่วย

และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย มีการรับรู้เป็นปกติ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามการคัดแยกความรุนแรงในระดับ 3 ขึ้นไป (Emergency Severity Index 3-5) และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในขณะทำการเก็บข้อมูล หรือมีระดับความฉุกเฉินเปลี่ยนแปลง (Emergency Severity Index 1-2)

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร estimating the infinite population proportion กำหนดให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกระดับต่ำ Proportion (p) เท่ากับ 0.13 จากงานวิจัยของ Griffey et al.¹⁸ Error (d) เท่ากับ 0.05 Alpha (α) เท่ากับ 0.05 Z(0.975) เท่ากับ 1.96 ได้ขนาดตัวอย่าง (n) เท่ากับ 174 เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 186 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบ่งเนื้อหาเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา จำนวนโรคประจำตัว ระดับการช่วยเหลือของตนเอง

ส่วนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกสำหรับผู้สูงอายุ ประยุกต์จาก Positive health behaviours scale ของ Woynarowska-Soldan et al.¹³ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกทั้ง 4 มิติ จำนวน 28 ข้อ ได้แก่ ด้านภาวะโภชนาการ 9 ข้อ การมีกิจกรรมทางกาย 4 ข้อ การผ่อนคลายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต 7 ข้อ และพฤติกรรมป้องกันโรค 8 ข้อ มาตราวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่เคยจนถึง 3 หมายถึง เป็นประจำ มีช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 84 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 กำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก เป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ (0-28 คะแนน) ระดับปานกลาง (29-56 คะแนน) และระดับสูง (57-84 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 2) วิธีการพูดคุย การแก้ปัญหา ร่วมกัน 3) การยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ๆ 4) การแสดงความรักและเอาใจใส่และ 5) การใช้เวลาอยู่ร่วมกันสร้างโดย Smilkstein et al.¹⁴ และ Malathum¹⁵ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ

(back translation) มีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (alpha coefficient reliability) แบบสอบถามมี 5 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 (0=ไม่เคยพอใจ 4=พอใจเสมอ) คะแนนรวม 0-20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-13 คะแนน) และระดับสูง (14-20 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม ดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทักษะสุขภาพของโครงการ Health Information National Trends Survey (HINTS) แปลโดยกฤษฎาพรทิพย์กาญจนเรชา และคณะ¹⁶ จำนวน 8 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ไม่เคย (0 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และบ่อยครั้ง (3 คะแนน) เกณฑ์การแปลผล พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และระดับมาก (17-24 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์จาก The Functional Communicative Critical Health Literacy Scale ของ Ishikawa et al.¹⁷ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 มิติ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจรรณญาณ ประกอบด้วย ขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และขั้นวิจรรณญาณ จำนวน 4 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เคย

จนถึง 4 หมายถึง บ่อยครั้ง มีช่วงคะแนนระหว่าง 14 - 56 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแต่ละด้านเท่ากับ .84, .77, และ .65 ตามลำดับ

โดยการจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มระดับพื้นฐาน คือ ผู้ที่ได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานน้อยกว่าร้อยละ 80

กลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับปฏิสัมพันธ์น้อยกว่าร้อยละ 80

กลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และระดับปฏิสัมพันธ์ และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับวิจารณ์ญาณมากกว่าร้อยละ 80

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ IRB 2/2564 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564 ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับอนุญาตจากแพทย์ประจำแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด 2 จังหวัดนนทบุรี ในเวลาราชการ ตั้งแต่ 8.30-16.30 น. โดยมีพยาบาลประจำหน่วยบริการเป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาส

ให้ซักถามข้อสงสัย และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดกรองการรับรู้เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson's Product Moment (r) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบ Enter

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 67.09 ปี (SD=5.61) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 74.19 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.80 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 32.80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 34.40 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 78.49 โดยมีสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันเฉลี่ย 2.49 คน (SD=1.56) อาศัยอยู่กับบุตรจำนวนเท่ากับ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 28.49 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.18 มีรายได้พอเพียงในระดับพอใช้เท่ากับมีรายได้เหลือเก็บ ร้อยละ 34.41 ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 95.70 รับทราบข้อมูลสุขภาพจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 30.11 และมีความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.80

การไต่ถาม การพูด การอ่าน และการเขียนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.18, 51.08, 39.78, และ 37.10 ตามลำดับ

ระดับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=42.83$, $SD=15.14$) เช่นเดียวกับพฤติกรรมเชิงบวกรายด้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว

และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.59$, $p<.001$, $r=.67$, $p<.001$, $r=.51$, $p<.001$) ตามลำดับ พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.47$, $p<.001$) และแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ($r=.68$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ (N = 186)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. แรงสนับสนุนจากครอบครัว	1			
2. พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์/สื่อสังคม	.66**	1		
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.53**	.47**	1	
4. พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก	.59**	.67**	.51**	1

* $p < .05$; ** $p < .001$

ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ($\beta=.45$, $p<.001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta=.20$, $p<.05$) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แรงสนับสนุนจาก

ครอบครัวไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ($\beta=.18$, $p>.05$) โดยพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกได้ร้อยละ 49.4 ($p<.001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ (N = 186)

ตัวแปร	B	Std. Error	β	t	p-value
ค่าคงที่	.33	.23	-	1.43	.15
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	.19	.13	.18	1.47	.14
พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์	.43	.11	.45	3.87	.00
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.03	.01	.20	1.99	.05

$R=.71$, $R^2=.51$, Adjust $R^2=.494$, Over all $F=23.49$, $p=.00$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้จากข้อค้นพบเกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กล่าวคือระดับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกจะแปรผันตามระดับการศึกษา¹⁸ สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการวางแผนสุขภาพที่สะท้อนถึงความสามารถในการคาดการณ์ปัญหาตอบสนองต่อปัญหา และการรับมือต่อปัญหาด้านสุขภาพในระยะฉุกเฉิน¹⁹ และผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำรงพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกที่พบว่า การมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลต่อการรักษาระดับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก²⁰

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ แต่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุได้ อธิบายเหตุผลได้จากข้อค้นพบเกี่ยวกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนความรู้น้อยลง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกไม่มากพอที่จะส่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมอาการออกกำลังกายที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น²¹

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์สามารถ

ร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ อธิบายเหตุผลได้ว่าสื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพได้มากขึ้น เนื่องจากสามารถสืบค้นได้ทุกที่ทุกเวลา ส่งผลให้ได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่พบว่า การมีพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม²²

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุสามารถอธิบายได้จากข้อค้นพบเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานความสามารถส่วนบุคคลในการได้ยิน การพูด การอ่าน และการเขียนอยู่ในระดับดีจำนวนมากที่สุด ยกเว้นการมองเห็นที่อยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือระดับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกจะแปรผันตามพื้นฐานความสามารถส่วนบุคคลเนื่องจากเป็นพื้นฐานความสามารถในการเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ รับรู้ เข้าถึง ค้นคว้า และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ นำมาซึ่งการตัดสินใจที่เหมาะสมในการจัดการสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ²³

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ โดยสามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกได้ร้อยละ 49.4 ในขณะที่ปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้โดยการส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลในการหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อพัฒนาระดับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุในหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อใช้เป็นสารสนเทศสำหรับการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการสาธารณสุข

Reference

1. World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Tanuchit S, Chinnacom D, Malathong N, Douthipsirikul S, Tantivess S. The situations of emergency medical services associated with elderly falls in Thailand: policy recommendation. Journal of Professional Routine to Research. 2019;6:57-68. (in Thai).
3. Aboagye-Sarfo, P., Mai, Q., Sanfilippo, F. M., & Fatovich, D. M. Impact of population ageing on growing demand for emergency transportation to emergency departments in Western Australia, 2005–2020. Emergency Medicine Australasia. 2016;28(5):551-557.
4. Vincent, A., Jomard, N., Haesebaert, J., Comte, B., Gilbert, T., & Schott, A. M. (2019). Referral pathway of patients aged 75 years and older after a telephone triage by the French emergency medical communication center (SAMU). Archives of Gerontology and Geriatrics. 2019;84: 103893.
5. World Health Organization Regional Office for Europe. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15:259-67.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-78.
8. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies. Int J Public Health. 2009;54(5):303-5.
9. Cho YI, Lee SD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization

- amongst the elderly. Soc Sci Med. 2008;66(8):1809-16.
10. Sararuk M, Nganchamung T, Krasuaythong N. Health status and health behaviors among elderly in Kham Kwang sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Srinagarind Medical Journal. 2020;35(3):304-310. (in Thai).
11. Medical Records Pakkret Hospital. Statistics of access to emergency department of older adults 2018 - 2021. Nonthaburi: Medical records Pakkret hospital; 2022. (in Thai).
12. Huang YL, McGonagle M, Shaw R, Eastham J, Alsaba N, Lin CC, et al. Models of care for frail older persons who present to the emergency department: a scoping review of the literature. Int Emerg Nurs. 2023;66:1-12. doi: 10.1016/j.ienj. 2022.101250.
13. Woynarowska-Soldan M, Panczyk M, Kwiecowska L, Zarzeka A, Gotlib J. Validation of the positive health behaviours scale: a nationwide survey of nurses in Poland. Int J Occup Saf Ergon. 2019;25 (1):76-85.
14. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract. 1982;15(2): 303-11. PMID: 7097168.
15. Malathum, P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. [Thesis]. USA: University of Texas at Austin; 2001.
16. Tipkanjanaraykha K, Yingrengreung S, Kheokao J, Ubolwan K, Jaemtim N, Promsuan W. Health information seeking behaviors of elderly through online media According to perceived health status. Journal of Health Science Research. 2017;11(Supplement):12-22. (in Thai).
17. Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes care. 2008;31(5):874-879.
18. Raghupathi, V., & Raghupathi, W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. Archives of Public Health. 2020;78(1):1-18.
19. Griffey RT, Kennedy SK, Mc Gowan L, Goodman DM, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism. Acad Emerg Med. 2014;21(10):1109-15.
20. Chia, F., Huang, W. Y., Huang, H., & Wu, C. E. Promoting healthy behaviors in older adults to optimize health-promoting lifestyle: An intervention study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(2):1628.
21. Muenya S. Effectiveness of family supports on exercise behaviors of elderly. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017;25(1):74-81. (in Thai).
22. Tipkanjanaraykha K, Yingrengreung S, Kheokao J, Ubolwan K, Jaemtim N, Promsuan

- W. Health information seeking behaviors of elderly through online media According to perceived health status. Journal of health science research. 2017;11:12-22. (in Thai).
23. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Wanwacha C. Health literacy of older persons participating in Senior Clubs and Learning Centers in the Bangkok Metropolitan Region. Journal of Demography. 2020;36(2):40-57. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

เยาวภา สีดอกบวบ* พะเยา พรหมดี* ขวัญจิต คงพุดิคุณ* ธนาภา ฤทธิวงษ์**

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลให้มีความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง มีความสำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของผลโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 93 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบประเมินความรู้ ทักษะ และ ทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการ ทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. ทั้งนี้คะแนนทัศนคติไม่แตกต่างกัน

สรุปผล : โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนา ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ : ผู้ดูแล โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

*ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองทัพบก คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ธนาภา ฤทธิวงษ์, E-mail: tanapa.r@bcn.ac.th

Received: March 30, 2023

Revised: July 10, 2023

Accepted: August 29, 2023

The Effectiveness of a competency development program of caregivers for the care of dependent older adults, Muang District, Nong Bua Lamphu province

Yaowapha Seedokbaub* Phayao Promdee* Kwanjit Kongputtikul*

Tanapa Rittiwong**

Abstract

Background: The number of dependent older adults is increasing. Therefore, a competency development program is crucial to maximize caregiver's knowledge, attitudes, and skills to promote quality of life in older adults.

Objective: The study aimed to examine the effectiveness of a competency development program for caregivers in taking care of older adults with dependency, Muang District, Nong Bua Lamphu Province.

Methods: This study was a quasi-experimental study. The participants included 93 caregivers who were selected using the purposive sampling method. Participants has their knowledge, attitudes, and skills assessed at baseline and one month after the program. Descriptive statistics were used and data were analyzed using dependent samples *t*-tests to compare the baseline scores and those of one month after the program.

Results: The Knowledge and skill of caregivers significantly improved after the implementation of the program ($p=0.05$). There were no significant differences between pre-post intervention for caregiver's attitudes in older adults with dependency.

Conclusion: The competency development program can significantly improve the knowledge and skills of caregivers caring for older adults with dependency.

Keywords: caregiver, competency development program, older adults with dependency

*Department of Community Nursing, Nongbualumphu Hospital

** Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Tanapa Rittiwong, E-mail: tanapa.r@bcn.ac.th

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย ในปี 2568 คาดว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คือ มีผู้สูงอายุ 14.4 ล้านคน หรือเกินร้อยละ 20¹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85 สามารถดูแลตนเองได้ อีก ร้อยละ 15 เป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ติดบ้าน และต้องพึ่งพิงคนอื่น และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง เบาหวาน ข้อเสื่อม สายตาไม่ดี และมองเห็นไม่ชัดเจน² ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแล

บุคคลในครอบครัวถือเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง³ ที่รับภาระในการดูแล ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living) เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย เป็นต้น⁴ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การบริหารค่าใช้จ่ายในการดูแล การจัดการงานบ้าน และการดูแลเป็นระยะ (Sporadic care) เช่น การพาผู้ป่วยตรวจตามนัด การประสานงานกับทีมสุขภาพ³ จากภาระการดูแลข้างต้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจ (Psychological distress) เช่น วิตกกังวล และเครียด พบว่า หากความเครียดของผู้ดูแลสะสมมากจะทำให้เกิดภาวะหมดไฟ (Burnout syndromes)⁵ เพิ่มอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันลดลง ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ⁶

รัฐบาลจึงมีนโยบายการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559 โดยมีหลักการสำคัญคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลหลักจากครอบครัว และระบบเข้าไปสนับสนุนการดูแลระยะยาว โดยมีผู้จัดการระบบการดูแล (Care manager: CM) ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด พยาบาล และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) ที่ผ่านการฝึกอบรม⁷ ซึ่งผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จะทำหน้าที่ในการดูแลความสุขสบายทางกาย การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนย้าย การประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุ ญาติ และทีมผู้จัดการระบบถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกัน ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในระบบการดูแลระยะยาว ที่ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุและปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ⁸ ดังนั้นศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลหนองบัวลำภูในบทบาทผู้ประสานหลักทีมหมอครอบครัว/ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง

หนองบัวลำภู เล็งเห็นถึงความสำคัญในการจัดโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกำลังสำคัญในทีมให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับทีมหมอครอบครัว ให้คำแนะนำให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน เข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนถึงระดับครัวเรือน และชุมชน หากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ส่งผลดีต่อคุณภาพการบริการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาโปรแกรม และดำเนินการหาประสิทธิผลของโปรแกรกดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom⁹ ที่ได้กล่าวว่าการเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะ และทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor) ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยความรู้ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และความทุ่มเทในการดูแล ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 และ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ตามหัวข้อความรู้ทักษะ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง หนองบัวลำภู พร้อมทั้งติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลต่อในชุมชน

- ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
- ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
- ทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมของกรมอนามัยในปี 2558-2565 รวม 238 คน

ตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์แพทย์ชุมชน 21 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 93 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ t-test ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม โดยขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ 0.95 ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 45 คน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 93 คน ซึ่งมีจำนวนมากกว่าตัวอย่างที่คำนวณได้ เนื่องจากผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากผู้บริหารและมีทีมพยาบาลพี่เลี้ยงเพียงพอ ที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าได้รับการพัฒนา โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกรมอนามัยจำนวน 70 ชั่วโมง โดยผ่านการอบรมมาแล้วมากกว่า 2 ปี 2) ยังคงปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ที่ต้องการการดูแล ดังนี้ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนไหวกาย การดูดเสมหะในช่องปาก การดูดเสมหะจากช่องเจาะคอ สายสวนปัสสาวะ แผลกดทับหรือแผลเรื้อรัง การป้องกันแผลกดทับ และสุขภาพจิต 3) มี

ทักษะการใช้เครื่องมือ smart phone และ 4) ความสนใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้สูงอายุในการดูแลขณะนั้น และเกณฑ์ถอนตัว คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถร่วมดำเนินการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ด้าน โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 และ 2 กิจกรรมให้ความรู้และการส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ และครั้งที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และติดตามอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดเนื้อหาแต่ละด้านดังนี้

1. อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและชุมชน สถานการณ์ผู้สูงอายุ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมใช้เวลา 1 วันครึ่ง วิทยากรประกอบด้วยแพทย์เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข

2. อบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ โดยทำกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 7 - 8 คน ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมใช้เวลาครึ่งวัน

3. ฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ใน เรื่องการฝึกทักษะการดูแลช่องปาก การดูด เสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การดูแล ออกซิเจน การดูแลคาสายสวนปัสสาวะ การทำ แผลกดทับ และการบริหารข้อและกล้ามเนื้อ และการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กิจกรรมใช้ เวลา 1 วัน วิทยากรประกอบด้วยพยาบาลและ นักกายภาพบำบัด และมีการกำกับติดตามอย่าง ต่อเนื่องในระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา ระยะเวลาการผ่านการอบรม และระยะเวลาใน การทำงานในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการ ดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาจากผู้วิจัยและสหสาขา วิชาชีพ ได้แก่ เกษัชกร พยาบาล นัก กิจกรรมบำบัด นักวิชาการสุขศึกษา และนัก กายภาพบำบัด โดยมีเนื้อหาการวัดครอบคลุม หัวข้อความรู้ ในคู่มือผู้ดูแลผู้ที่ไม่สามารถดูแล สุขภาพพื้นฐานด้วยตนเองได้ ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร¹⁰ มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลโภชนาการ การดูแลสุขภาพจิต และ การดูแลผู้ที่มีอุปกรณ์การแพทย์และการใช้ยา แบบประเมินความรู้ชนิดสองตัวเลือก คือ ถูก เท่ากับ 1 คะแนน ผิด เท่ากับ 0 คะแนน คะแนน เต็ม 20 คะแนน ใช้ประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 เดือน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนน เต็ม 50 คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผลทัศนคติ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก 4.51 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 8 ทักษะ ประกอบด้วย ทักษะการดูแลผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง การ ดูแลช่วยเหลือเคลื่อนไหวข้อต่างๆ การดูแลดูดเสมหะ โดยใช้เครื่องช่องปาก การดูแลดูดเสมหะโดยใช้ เครื่องช่องเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะ การดูแลแผลกดทับหรือแผลเรื้อรัง การดูแลป้องกันแผลกดทับ และการดูแล สุขภาพจิต ตามคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินนี้วัดทักษะ การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประเมินทักษะขณะ ผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้า ร่วมโปรแกรมฯ 1 เดือน โดยเกณฑ์การให้ คะแนน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง ในทุกขั้นตอนของแต่ละทักษะจึงจะสามารถผ่าน เกณฑ์การประเมินทักษะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 คน เกษัชกร 1 คน

พยาบาล 4 คน นักกายภาพ 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักวิชาการสุขศึกษา 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า .80 ความเหมาะสมและความครบถ้วนของเนื้อหา จากนั้นได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ .78 และแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมินทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 และ .80 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 06/2564 ลงวันที่รับรอง 24 มีนาคม 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2564 รายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ผู้วิจัยประสานกับผู้จัดการระบบการดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/ศูนย์แพทย์ชุมชน 21 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ขอความอนุเคราะห์เข้าพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นสอบถามความสมัครใจผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ

2. ขั้นตอนการทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างก่อนการทดลอง จะดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์การแพทย์ชุมชน 21 แห่ง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ และแบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 8 ทักษะ ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลคือคณะผู้วิจัยและพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ตัวอย่างเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนาศักยภาพสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ปรับปรุงพัฒนาขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยง และผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/ศูนย์แพทย์ชุมชน จำนวน 21 แห่ง ในอำเภอเมืองหนองบัวลำภู กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมอบรมทั้งหมด 93 คน แบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 จำนวน 48 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 45 คน ระยะเวลาอบรม 3 วันต่อรุ่น และติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1) ครั้งที่ 1 และ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ โดยทีมสหวิชาชีพที่ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2) ครั้งที่ 3 กิจกรรมฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพยาบาลพี่เลี้ยง และผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/ศูนย์การแพทย์ชุมชน 21 แห่งในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม 3 วัน ตัวอย่างกลับไปปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน เพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟังฟัง 8 ทักษะ ภายใต้การกำกับติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องของพยาบาลพี่เลี้ยงประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ติดตามหลังเสร็จสิ้นการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินเดียวกับก่อนการทดลอง เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง 8 ทักษะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วย Pair t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48.70 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 81.70 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.20 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.60 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เคยผ่านการอบรมฟื้นฟู เพียงร้อยละ 40.90 ได้รับมอบหมายดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังโดยเฉลี่ย ร้อยละ 5.40 ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 2 ชั่วโมงต่อวัน และ 1.70 วันต่อสัปดาห์ และได้รับค่าสนับสนุนการปฏิบัติงานเป็นรายเดือน ร้อยละ 90.30

คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 13.40 เป็น 15.00 คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะที่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p=.806$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง (n=93)

ตัวแปร	ก่อนโปรแกรม (n=93)		หลังโปรแกรม (n=93)		p
	M	SD	M	SD	
ความรู้	13.40	1.80	15.00	2.00	<.001*
ทักษะ	41.20	4.00	41.40	6.00	.806

* $p<.001$

คะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติในภาพรวมเพิ่มขึ้นทั้ง 8 ทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติทั้งหมด 8 ทักษะ เปรียบเทียบก่อน – หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 93)

ทักษะ	ก่อนโปรแกรม (n=93)		หลังโปรแกรม (n=93)		p
	mean	SD	mean	SD	
1.การดูแลผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง	.71	.46	.99	.10	<0.001*
2.การดูแลช่วยเหลือเคลื่อนไหวข้อต่างๆ	.88	.32	1.00	.00	0.001*
3.การดูแลดูดเสมหะโดยใช้เครื่องช่องปาก	.55	.83	1.94	.36	<0.001*
4.การดูแลดูดเสมหะโดยใช้เครื่องช่องเจาะคอ	.74	.44	1.00	.00	<0.001*
5.การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	.88	.33	1.00	.00	0.001*
6.การดูแลแผลกดทับหรือแผลเรื้อรัง	.72	.45	1.00	.00	0.001*
7.การดูแลป้องกันแผลกดทับ	.92	.27	1.00	.00	0.007*
8.การดูแลสุขภาพจิต	.91	.28	1.00	.00	0.004*
ทักษะในภาพรวม	6.32	2.43	8.92	.37	<0.001*

*p<.05

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นก่อนได้รับโปรแกรม อธิบายได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้ในเนื้อหาที่มีความสำคัญใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁷ โดยวิทยากรจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาเรื่องนั้นๆ รวมทั้งเข้าใจบริบทปัญหาในพื้นที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ก่อนเริ่มการบรรยายในหัวข้อใหม่จะมีการสรุปเนื้อหาที่ได้เรียนผ่านมาก่อนเสมอ การฟังซ้ำๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการจดจำและเข้าใจในเนื้อหา ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ซึ่งมีส่วนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความรู้และความเข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุถือเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุควรมี เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหาร การขับถ่าย เป็นต้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ ให้สูงขึ้นก่อนเป็นอันดับแรก ซึ่งจะทำให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุต่อไป¹¹

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อทักษะปฏิบัติ พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นก่อนได้รับโปรแกรม⁷ อธิบายได้ว่ากิจกรรมของโปรแกรมภายหลังผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้ในหัวข้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะฝึกทักษะการปฏิบัติกับทีมวิทยากรเป็นกลุ่มย่อย และภายหลังสิ้นสุดการอบรมครั้งที่ 3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่รับผิดชอบก่อนวัดผลหลังการทดลอง 1 เดือน จึงมีส่วนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการฝึกฝนการปฏิบัติทั้ง 8 ทักษะอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ ภายใต้การดูแลและได้รับคำแนะนำที่

ถูกต้องจากทีมพยาบาลที่เลี้ยงจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเกิดความปลอดภัยและได้รับการตอบสนองการดูแลที่จำเป็นในการดำรงชีวิต¹²

แต่ในทางตรงกันข้ามประสิทธิผลของโปรแกรมต่อทัศนคติ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยทัศนคติไม่แตกต่างจากภายหลังได้รับโปรแกรม อธิบายได้ว่ากิจกรรมของโปรแกรมในการสร้างทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมใช้เวลาครึ่งวัน ด้วยระยะเวลาที่จำกัดและกิจกรรมในโปรแกรมอาจยังไม่เพียงพอในการส่งเสริมทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติในเชิงบวกจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงลบ¹³ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ คือ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจะเกิดทัศนคติในเชิงลบต่อผู้สูงอายุได้มากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้¹⁴ และจากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ที่ 6 คะแนน อยู่ในระดับพึ่งพิงรุนแรงบ่งบอกถึงความต้องการการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จึงส่งผลต่อทัศนคติของผู้ดูแลได้⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องและทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภูในครั้งนี้ ประกอบด้วย นโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุทุกระดับที่ชัดเจน และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทุกด้าน มีผู้รับผิดชอบหลักเป็นผู้เชื่อมประสาน มีทีมผู้เกี่ยวข้องที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เฉพาะด้าน ที่พร้อมให้ความร่วมมือ การทำงานระยะยาวที่ต้องร่วมมือหลายภาคส่วน โดยผู้ที่มีจิตอาสาในพื้นที่เป็นหลัก ภายใต้ต้นทุนหรือทรัพยากรทุกด้านในชุมชน และได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานจากหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เกิดการจัดบริการในชุมชนโดยบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ ร่วมกับกระตุ้นให้เกิดการดูแลให้กำลังใจอย่างใกล้ชิดในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. ควรมีการวัดผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว ตลอดจนอาจเห็นการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง เครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ทีมกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ทีมหมอครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ กลุ่มงานวิจัย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผู้บริหารทุกระดับ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่สนับสนุนให้ทำการศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

Reference

1. Office of the National Economic and Social Development Council. The twelfth national economic and social development plan (2017-2021). [Internet]. 2023; Available from: [https://www.nesdc.go.th/ewtnews.php?nid=7240#:~:text=The%20Twelfth%20National%20Economic%20and,Development%20Plan%20\(2017%2D2021\).](https://www.nesdc.go.th/ewtnews.php?nid=7240#:~:text=The%20Twelfth%20National%20Economic%20and,Development%20Plan%20(2017%2D2021).) (in Thai).
2. Department of health. Longevity older adults. [Internet]. 2023; Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/elderly/>. (in Thai).
3. Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JK. Family caregiving for older adults. *Annu Rev Psychol.* 2020;4(71):635-59. doi: 10.1146/annurev-psych-010419-050754.
4. Rattanapant R. Long term care service system development for dependent elders in community. *Regional Health Promotion Center 9 Journal.* 2021;15(37):250-61. (in Thai).
5. Yildizhan E, Oren N, Erdogan A, Bal F. The burden of care and burnout in individuals caring for patients with Alzheimer's disease. *Community Ment Health J.* 2019;55(2):304-10. doi:10.1007/s10597-018-0276-2.
6. Alves LCS, Monteiro DQ, Bento SR, Hayashi VD, Pelegrini LNC, Vale FAC. Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dement Neuropsychol.* 2019;13(4):415-21. doi: 10.1590/1980-57642018dn13-040008.
7. National Health Security office. Summary of long-term care system in Thailand. [Internet]. 2023; Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc03.pdf. (in Thai).
8. Mahamad P. Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwat. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine.* 2018;17(1):1-9. (in Thai).
9. Bloom BS. Taxonomy of education objective: the classification of educational

- goals: Handbook II: Affective domain. New York: David McKay; 1964.
10. Sirisonthi C. Handbook for caregivers who care for dependent people. Bangkok: National Office of Buddhism Printing; 2014. (in Thai).
 11. Harvath T, Mongovon J, Sexson K, & Bettega K. Development of competencies to strengthen support for caregivers and enhance their capacity to provide care. *Gerontol Geriatr Educ.* 2022;7(1):1-5. doi:10.1080/02701960.2022.2083117.
 12. Wuthikorn K, Suwannabon I, Virunraj B. Competency development patient for elderly caregivers. *Sripatum Journal.* 2016;16(2): 51-9. (in Thai).
 13. Diehl M, Wahl W, Brothers A, & Miche M. Subjective aging and awareness of aging: Toward a new understanding of the aging self. New York: Springer; 2015.
 14. Rush L, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: An integrative review. *J Clinical Nursing.* 2017;26(23-24):4105-16. doi: 10.1111/jocn.13939. Epub 2017 Sep 14. PMID: 28639384.

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

พัชรินทร์ วรรณโพธิ์ สารนิตินิ บุญประสพ* สนิษฐา เสนิงวงศ์ ณ อยุธยา* นิตยา โพธิ์สาราช**
ชนิกานต์ คณาเดิม** อัมพร บัวสัน**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ที่ทำให้เสียชีวิตทั่วโลก ปัจจุบันมีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจรวมกับการให้ยาช่วยลดอัตราการเกิดการอุดตันของเส้นเลือด การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยลดการเกิดเป็นซ้ำได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด จำนวน 79 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัย : พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยมีผลกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่า 2 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมานานกว่า 2 ปี อยู่ 2.85 เท่า (OR adj=2.85, 95%CI: 1.10-7.38)

สรุปผล : ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ทางสุขภาพลดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคนานกว่า 2 ปี ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับการขยายหลอดเลือดเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การขยายหลอดเลือดหัวใจ

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**สถาบันโรคทรวงอก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : พัชรินทร์ วรรณโพธิ์, E-mail: wannapo.pat@gmail.com

Factors related to health literacy among patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention

Patcharin Wannapo* Saranit Boonprasop* Sineenut Senivong Na Ayudhaya*
Nittaya Phosarach** Chanikarn Kanaderm** Amporn Busan**

Abstract

Background: Acute myocardial infarction (AMI) caused by thrombosis is one of the leading causes of death worldwide. The treatments for the disease are percutaneous coronary intervention (PCI) and thrombolytic agents. Promoting health literacy may decrease the recurring thrombosis of patients.

Objectives: This study aimed to identify factors related to health literacy in patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention.

Methods: A cross-sectional study was conducted at the Central Chest Institute of Thailand. Stratified random sampling was used to enroll 79 patients who visited the PCI Clinic. The research questionnaires consisted of demographic data and health literacy. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic multiple regression.

Results: The results showed that the diagnosis period of AMI had an impact on the health literacy of patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention at a significance level of .05. The patients diagnosed less than two years were likely to gain health literacy more than those diagnosed over two years at 2.85 times (OR adj=2.85, 95%CI: 1.10–7.38).

Conclusions: The diagnosis period of AMI has an impact on health literacy. Health literacy decreased when the patients were diagnosed over two years. Then, the patient should be promoted health literacy about receiving percutaneous coronary intervention.

Keywords: acute myocardial infarction, health literacy, percutaneous coronary intervention

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

**Central Chest Institute of Thailand

Corresponding Author: Patcharin Wannapo, E-mail: wannapo.pat@gmail.com

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Acute Myocardial Infarction) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพ โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2016¹ พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถึง 56.9 ล้านคน ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของการตายด้วยสาเหตุอื่น ๆ ในประเทศไทยมีการเก็บข้อมูลจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ² พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2556, 2557, 2558, และ 2559 คิดเป็นร้อยละ 26.90, 27.80, 29.90 และ 32.30 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) ภายใน 30 นาที และหรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) ภายใน 90 นาที หลังการวินิจฉัยโรค และการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ³ อย่างไรก็ตามยังคงพบว่าการตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำภายหลังการใส่ขดลวดค้ำยัน ร้อยละ 45.50⁴ และพบอัตราการตีบของหลอดเลือดหัวใจในหลอดเลือดเส้นเดิม ร้อยละ 19.90⁵ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 43.70⁶ ทำให้ละเลยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ พบว่าตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($M= 2.70$, $SD=0.30$) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงสุด คือ การเลิกสูบบุหรี่และไม่อยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่อยู่ในระดับดี ($M=3.60$, $SD=0.80$) ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ จิตสังคมและการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี ($M= 1.50$, $SD=1.00$)⁴

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นระดับความสามารถในการใช้ทักษะด้านการคิดทางปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะตัดสินใจเลือกวิถีในการดูแลสุขภาพตนเองและจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ⁷ จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน เป็นทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ระดับการปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะการสื่อสาร การจำแนกข้อมูลข่าวสาร และระดับวิจรรณญาณ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคม⁸ ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จะทำให้สามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการศึกษาเชิงปริมาณเป็นส่วนใหญ่ สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁹ ความดันโลหิตสูงและเอ็ดส์¹⁰ และการศึกษาจะมุ่งไปที่การรับประทานยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความ

รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาความรอบรู้สุขภาพ ด้านการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป

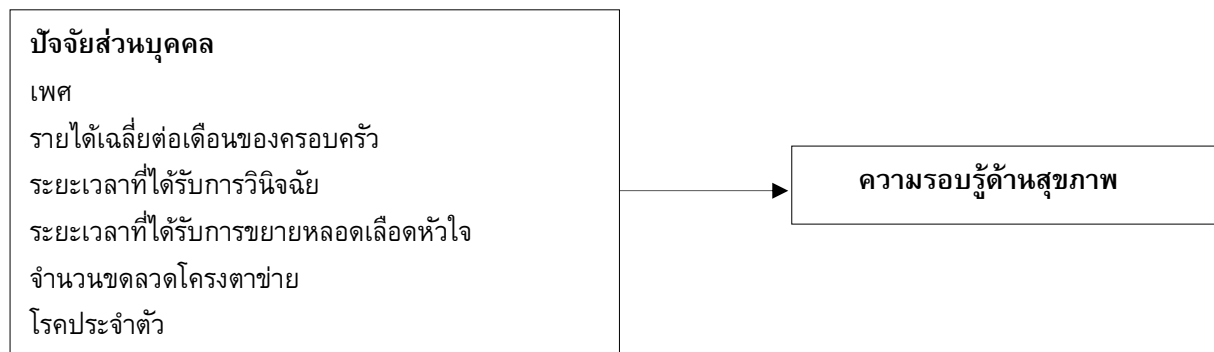
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำจากการอุดตันของ

เส้นเลือดหัวใจของหลอดเลือดหัวใจ จึงต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam⁸ เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล การเจ็บป่วย การรักษา กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน คือทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน มีความจำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ คือความสามารถในการเลือกใช้ข้อมูล แยกแยะ และประยุกต์ใช้ข้อมูล ข่าวสารเพื่อนำมาดูแลสุขภาพ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ คือความสามารถคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมาจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 ปีที่ PCI clinic สถาบันโรคทรวงอก

ตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด

หัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่มารักษาที่ PCI clinic ของสถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง มกราคม พ.ศ. 2564 โดยคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาการได้ยินและการอ่าน และเกณฑ์การคัดยุดิ คือ มีอาการทางโรคหัวใจในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นหรือเสียชีวิตขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

การคำนวณตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike¹¹ โดย $n = 10k + 50$ จากตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้ตัวอย่างจำนวน 110 คน แต่เนื่องจากในช่วงการเก็บข้อมูลมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้ตัวอย่างไม่สามารถมารับการรักษาได้ จึงได้ตัวอย่างจำนวน 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิสวัสดิการด้านการรักษา และบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การนอนรักษาตัวในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ตำแหน่งของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาด้วยขดลวดโคโรนารี ขนืดของขดลวดโคโรนารี จำนวนขดลวดโคโรนารี ระดับความรุนแรงของโรค และโรคประจำตัวอื่น ๆ

2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง⁷ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ

ข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ ประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็น rating scale 5 ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 47–235 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 47-178 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ และ 179-235 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์อายุรกรรม ได้ค่าระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก เลขที่ สธ 0315/วจ.9 ลงวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2563 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันโรคทรวงอก ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง มกราคม พ.ศ. 2564 จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการให้ตัวอย่างทำแบบสอบถาม

ผู้วิจัยสวมหน้ากากอนามัย ใช้แอลกอฮอล์ล้างมือก่อนและหลังการเก็บข้อมูล เว้นระยะห่างในการสัมภาษณ์หรือพบปะพูดคุย ระยะ 1-2 เมตร ตลอดจนใช้เวลาในการเก็บข้อมูลให้เร็วที่สุด เพื่อพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ หลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นพบว่า ข้อมูลได้รับกลับคืนมา 79 ชุด มีความสมบูรณ์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 72 เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขอรับยาทางไปรษณีย์ส่งผลให้ได้ตัวอย่างไม่ครบตามที่กำหนดได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.05 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression

Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีอายุเฉลี่ย 63.54 โดยมีอายุสูงสุด 95 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี ค่าพิสัย 65 ปี รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 21,545.57 บาท/เดือน โดยมีรายได้สูงสุด 150,000 บาท/เดือน และรายได้ต่ำสุด 600 บาท/เดือน ค่าพิสัย 149,400 บาท/เดือน ระยะเวลาที่ได้รับการการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเฉลี่ย 3.80 ปี น้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุดนาน 11.25 ปี ค่าพิสัย 7.45 ปี จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.37 และมัธยมศึกษาตอนปลายน้อยที่สุด ร้อยละ 11.39

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 178.06 (SD=31.04) เมื่อแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 50.60 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 49.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่จำแนกตามระดับ (n=79)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	40	50.60
ระดับสูง	39	49.40
(M 178.06, SD 31.04)		

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด จากการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยมี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	OR	95% CI	p-value
เพศ							
หญิง	30	48.40	32	51.60	Ref	0.22-1.95	.447
ชาย	10	58.80	7	41.20			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว							
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	10	58.80	7	41.20	Ref	0.51-4.52	.447
เพียงพอกับรายจ่าย	30	48.40	32	51.60	1.52		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย							
น้อยกว่า 2 ปี	10	34.50	19	65.50	2.85	1.10-7.38	.031*
มากกว่า 2 ปี	30	60.00	20	40.00	Ref		
ระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ							
1 ปี	8	33.30	16	66.70	2.78	1.02-7.59	.046*
มากกว่า 1 ปี	32	58.20	23	41.80	Ref		
จำนวนหลอดเลือดโคโรนารี							
1 เส้น	28	50.00	28	50.00	Ref	0.35-2.42	.861
มากกว่า 1 เส้น	12	52.20	11	47.80	.92		
โรคประจำตัว							
มีโรคร่วมน้อยกว่า 2 โรค	31	53.40	27	46.60	.65	0.24-1.79	.407
มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค	9	42.90	12	57.1	Ref		

*p<.05

เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยโรค น้อยกว่า 2 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับสูงมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค มากกว่า 2 ปี อยู่ 2.85 เท่า ($OR_{adj}=2.85$, 95%CI: 1.10-7.38) ดังแสดงในตารางที่ 3 อย่างไรก็ตามพบว่า ตัวแปร เพศ สถานะทางการเงิน จำนวนขดหลอดโคโรนารี และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย			
น้อยกว่า 2 ปี	Ref	Ref	.031*
มากกว่า 2 ปี	2.85 (1.10-7.38)	2.85 (1.10-7.38)	

*p<.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยโรค น้อยกว่า 2 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค มากกว่า 2 ปี อยู่ 2.85 เท่า ($OR_{adj}=2.85$, 95%CI: 1.10-7.38) อันเนื่องจากตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลจึงทำให้ไม่ได้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพต่ำกว่าผู้ดูแลตนเอง¹² และการสำรวจความรอบรู้ด้าน

สุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะการอ่านและการเขียน อีกทั้งมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ($M=34.66$, $SD=9.25$) จากการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง ร่วมกับการเรียนรู้ซ้ำจึงทำให้ใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้น้อย¹³

อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนเพศ จำนวนขดหลอดโคโรนารี และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.015$, $p>.05$)¹⁴ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โดยไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจโดยผู้ที่มียุทธศาสตร์มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่พอมียุทธศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹⁵

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากในขณะเก็บข้อมูลอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด ส่งผลให้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนานเกินที่กำหนดไว้ และต้องมีการปรับลดขนาดของตัวอย่างเพื่อให้เป็นตัวแทนประชากร

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด เมื่อรับการวินิจฉัยโรคมากกว่า 2 ปี จะมีระดับความรู้ทางสุขภาพลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ด้วยตนเองลดลง จึงส่งผลต่อความสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการจัดโปรแกรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพในช่วงหลังจากการได้รับการวินิจฉัยโรคไปแล้วมากกว่า 2 ปี

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. การศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันโรคทรวงอกที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

References

1. World Health Organization. Health in 2015 from MDGs, millennium development goals to SDGs sustainable development goals. Switzerland: World Health Organization press; 2015.
2. International Health Policy Program. NCDs “kick off to the goals” [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 24]; Available from: <https://www.ihppthaigov.net/publication/ncds-situation-report-no-2-kick-off-to-the-goals-2016>. (in Thai).
3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Guideline for ischemic heart disease 2014. Bangkok: Srimuang-printing; 2014. (in Thai).
4. Damrongsin S, Putwatana P, Khuwatsamrit K. Self-care behaviors among patients with coronary in-stent restenosis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2):220-7. (in Thai).
5. Wongcharoenkiat N, Tresukosol D, Laksanabunsong P, Udompunturak S. A comparison of outcomes between

- percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass surgery in octogenarian patients. *Journal of The Medical association of Thailand*. 2012;95(Suppl2):154-64. (in Thai).
6. Ritpetch N, Jitpanya C, Chimluang J. Relationships among symptom clusters, self-management, health value, sense of coherence, and health-related quality of life in patients with percutaneous coronary intervention. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2013;5(1): 1-15. (in Thai).
 7. Intarakamhang U. Health literacy: measurement and development. Bangkok: Sukhumvitprint; 2017. (in Thai).
 8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-78.
 9. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabete mellitus and hypertension of UthaiThani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*. 2016;3(6):67-85. (in Thai).
 10. Kumkrong C, Maneesriwongul W, Janpanish P. Relationships of health literacy and knowledge about antiretroviral therapy to medication adherence among people living with HIV. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2014;2(2) : 211-28. (in Thai).
 11. Thorndike R. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press; 1978.
 12. Photihung P. Relationship of health literacy to health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A systematic review. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;29(3):115-30. (in Thai).
 13. Saeloo J, Samdaengsarn D, Kaewkrachok T. Relationships between selected factors and health literacy among elderly, Mueang district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Buddhistic Anthropology*. 2021;6(12):1-14. (in Thai).
 14. Thangkratok P, Boonpradit P, Palacheewa N. Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseasesin community. *Thai Journal of Cardio- Thoracic Nursing*. 2022;33(1): 215-30. (in Thai).
 15. Ruangkiatkul N. Factors associated with health literacy among Thai older adults. *Journal of the Department of Medical Services*. 2022;47(1):80-6. (in Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองต่อความสามารถของผู้ดูแลใน การล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง

รัชณี แก้วไสล*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะน้ำมูกคั่งค้างพบมากในเด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบน ส่วนใหญ่รักษาด้วยการรับประทานยา ร่วมกับการล้างจมูก ปัญหาคือผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการล้างจมูกและไม่มีประสบการณ์ล้างจมูกมาก่อน ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการล้างจมูกเด็กมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองต่อความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างที่มารับบริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กป่วย แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความสามารถในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้างสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองสามารถนำไปใช้กับผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถล้างจมูกเด็กป่วยได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ : ผู้ดูแล เด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง การล้างจมูก การรับรู้ตนเอง

*สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : รัชณี แก้วไสล, Email: kaewsalai08@gmail.com

Received: February 15, 2023

Revised: July 17, 2023

Accepted: August 18, 2023

The effect of a perceived self-efficacy promotion program on caregivers' skills in nasal irrigation for sick children with retained Nasal Secretion

Raschanee Kaewsalai^{*}

Abstract

Background: Nasal secretion is found among sick children of young age suffering from upper respiratory tract infection. Most of the patients are treated with oral medications together with nasal irrigation. The problem is that caregivers lack confidence and experience in nasal irrigation. Therefore, promoting caregivers' confidence in nasal irrigation for sick children with retained nasal secretion may foster caregivers' confidence in the nasal irrigation of their children.

Objectives: To study the effect of a perceived self-efficacy promotion program on the caregivers' skills in nasal irrigation for sick children with retained nasal secretion

Methods: A quasi-experimental research study was designed using one sample group. The sample consisted of 35 caregivers of sick children suffering from nasal secretion who were outpatients at a Pediatric department. The research instrument was the program to promote perceived self-efficacy of the caregivers' skills in nasal irrigation for sick children with retained nasal secretion, and general data records from caregivers and children in their care. The collected data were analyzed by descriptive statistics and t-tests.

Results: The results showed that caregivers' skills improved significantly compared to before participation in the program, with a statistical level of .05.

Conclusions: Self-efficacy promotion programs should be used to encourage caregivers to be more confident and able to perform nasal irrigation on their own children.

Keywords: caregivers of sick children, nasal irrigation, self-efficacy

^{*}Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Corresponding Author: Raschanee Kaewsalai, Email: kaewsalai08@gmail.com

บทนำ

น้ำมูกเกิดจากต่อมผลิตน้ำมูกภายในเยื่อทางเดินหายใจ ช่วยให้เกิดความชุ่มชื้นในโพรงจมูก น้ำมูกจะมีการหลั่งตลอดเวลาเฉลี่ยประมาณ 10-100 ซีซี/วัน¹ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำมูกในเด็ก ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ไซนัสอักเสบ โรคหวัด คออักเสบ ช่องหูชั้นกลางอักเสบ ต่อมทอลซินอักเสบ เยื่อบุจมูกอักเสบที่เกิดจากภูมิแพ้ต่างๆ เมื่อมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปเกาะที่ผิวเยื่อบุจมูกนาน ๆ ต่อมสร้างน้ำมูกจะทำงานมากขึ้น ส่งผลให้เยื่อบุจมูกเกิดการบวมอักเสบ และมีผลต่อระบบการกำจัดสารคัดหลั่ง และการทำหน้าที่ของขนกวัดลดลง ทำให้มีคัดจมูกและหลังน้ำมูกมากเป็นเหตุให้น้ำมูกคั่งค้างเกิดการอุดตันในโพรงจมูก สิ่งที่จะช่วยให้เด็กป่วยมีอาการดีขึ้น คือ การล้างจมูก ซึ่งเป็นการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นแก้ไขตามอาการ และช่วยส่งเสริมให้การรักษาที่ได้รับตามมาตรฐานมีประสิทธิภาพ² ถ้าเด็กไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้เกิดการบวมและอุดตันของรูเปิดไซนัสมากขึ้น และเป็นวงจรการอักเสบอย่างต่อเนื่อง โดยเด็กจะมาด้วยอาการน้ำมูกข้นเขียวเหนียว ไอแบบมีเสมหะในลำคอ มีกลิ่นในช่องจมูก คัดจมูก มีไข้ต่ำ ๆ และปวดบริเวณใบหน้าร่วมกับ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นหลังจากเด็กป่วยเป็นไข้หวัดเกิน 1 สัปดาห์แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ตรวจพบน้ำมูกข้นเหลืองในช่องจมูกหรือไหลลงในคอ มีเยื่อจมูกบวมแดง และกดเจ็บบริเวณโหนกแก้มและหัวคิ้ว เชื้อแบคทีเรียที่พบส่วนมากเป็นเชื้อ *Haemophilus* และ *Streptococcus pneumoniae* ที่ก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ร้อยละ 8-10 ของเด็กป่วยที่ติดเชื้อเฉียบพลันใน

ระบบหายใจ และนับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี³

การล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ มี 2 ชนิดได้แก่ น้ำเกลือชนิด isotonic (น้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.90) และน้ำเกลือชนิด Hypertonic (น้ำเกลือความเข้มข้นมากกว่าร้อยละ 0.90) ประโยชน์ของน้ำเกลือ ลดสารคัดหลั่งที่คั่งอยู่ในโพรงจมูกและช่วยทำให้ลดการอักเสบและลดการบวมของเยื่อบุโพรงจมูก⁴ น้ำเกลือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของซิเลียในโพรงจมูก ซึ่งทำหน้าที่ในการโบกพัดกำจัดของเสียในโพรงจมูก ช่วยให้รูเปิดของไซนัสโล่งขึ้น⁵ ส่งเสริมให้อาการป่วยของเด็กหายเร็วขึ้นได้ ดังนั้นหากปล่อยให้เด็กป่วยมีภาวะน้ำมูกคั่งค้างเรื้อรังนาน ๆ โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือทำให้จมูกโล่ง ส่งผลให้เด็กมีความไม่สุขสบายตัวจากอาการหายใจลำบากดูดนมได้น้อยลงและงอแงมากขึ้นรวมถึงมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสภาพร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและพัฒนาศักยภาพของเด็กจากการเจ็บป่วยได้เช่นกัน⁶

จากสถิติรายงานเด็กป่วยที่มารับบริการสถาบันบำราศนราดูร แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ช่วงปี พ.ศ 2563 -พ.ศ 2565 โรคที่พบมากอันดับแรก คือ โรคเยื่อบุจมูกและคออักเสบเฉียบพลันหรือไข้หวัด จำนวน 1,058, 648, 622 คน ส่วนโรคโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ จำนวน 570, 247, 452 คน และโรคไซนัสอักเสบ จำนวน 238, 91, 140 คน ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้างมีความสำคัญอย่างยิ่ง และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กป่วยที่มารับบริการด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้างหลังจาก

พบแพทย์มีคำสั่งให้ล้างจมูกร่วมด้วย พบว่า ผู้ดูแลเด็กป่วยยังไม่มี ความมั่นใจในการล้างจมูก ไม่กล้าล้างจมูกกลัวเด็กสำลัก กลัวเด็กร้องไห้ และเด็กไม่ยอมให้ล้างจมูก ที่สำคัญตัวผู้ดูแลยัง ไม่มีประสบการณ์การล้างจมูกทั้งตนเองและเด็ก มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สนใจจะส่งเสริมให้ ผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้างให้มีความ มั่นใจและสามารถล้างจมูกที่บ้านได้ จากการ ปฏิบัติงานที่ผ่านมาได้สอนการล้างจมูกให้กับ ผู้ดูแลเด็กโดยเปิดผ่านวิดีโอให้ดูและเปิดโอกาส ให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย แต่ยังขาดการประเมิน ความรู้ความสามารถผู้ดูแล หรือฝึกล้างจมูก ก่อนกลับบ้าน และขาดการกำกับติดตาม ความก้าวหน้าในการล้างจมูกอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้โปรแกรม ภายใตกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)⁷ พบงานวิจัยของ รัตนรัตน์ ธนเจริญ ชื่นชัย และคณะ⁸ มี ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลเด็ก ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนไปใช้กับมารดาของเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่มี น้ำมูกคั่งค้าง เพื่อให้มารดามีความสามารถในการ ล้างจมูกบุตรที่มีน้ำมูกคั่งค้างได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ตนเองต่อความสามารถของผู้ดูแลในการล้าง จมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง เพื่อส่งเสริม

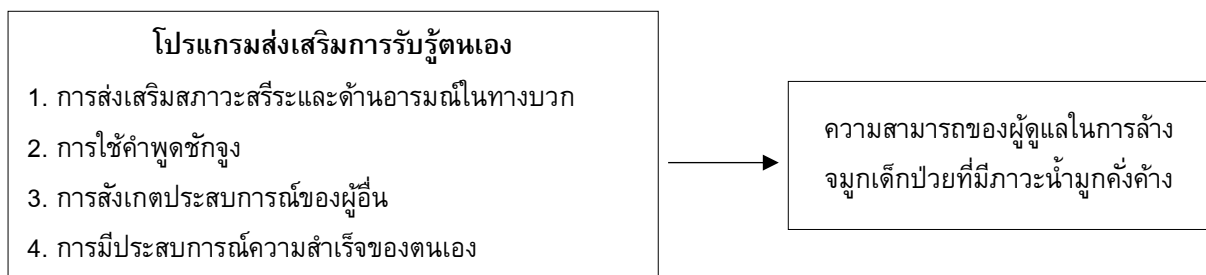
ให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถล้างจมูกเด็ก ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้ตนเองต่อความสามารถของ ผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูก คั่งค้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁷ อธิบายไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ตนเอง หมายถึงการตัดสินใจตามความสามารถตนเอง การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ตนเองต่อความสามารถของผู้ดูแลในการ ล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง เน้นการ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์และ ขาดความมั่นใจในการล้างจมูกได้เห็น ความสำคัญและประโยชน์ของการล้างจมูกเด็ก และสามารถปฏิบัติการล้างจมูกได้สำเร็จนั้น ต้องพัฒนามาจากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ 1) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ 2) การใช้คำพูดชักจูง เพื่อก่อให้เกิดความ เชื่อมั่นในความสามารถตนเอง 3) การสังเกต ประสิทธิภาพของผู้อื่น โดยผ่านการนำเสนอ ตัวแบบของผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จ และ 4) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยสาธิตขั้นตอนการล้างจมูกและให้สาธิต ย้อนกลับมา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (One group pre-posttest design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีภาวะ น้ำมูกคั่งค้างทุกราย ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันปาราศนราดรุร ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีภาวะ น้ำมูกคั่งค้าง กำหนดขนาดตัวอย่างตาม Polit and Beck⁹ โดยใช้ power analysis ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัย กึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยสุดควรมี 30 ราย และเพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันความคลาดคลาดเคลื่อนระหว่างดำเนินการวิจัย จึง กำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 35 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีอายุ 1-6 ปีที่มีแผนการรักษาให้ล้างจมูก 2) มีอายุมากกว่า 20 ปี แต่ไม่เกิน 50 ปี 3) ไม่เคยมีประสบการณ์ล้างจมูกมาก่อน 4) มีการรับรู้ปกติ สื่อความหมายเข้าใจ สามารถอ่าน เขียน พูดภาษาไทยได้ และ 5) สามารถใช้ สมาร์ทโฟนและ Application Line ได้ กำหนด เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่ ติดเชื้อโควิด 19 กักตัวไม่ครบตามเกณฑ์ มาตรฐาน และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ต้อง เข้ารับการนอนโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเอง ผู้วิจัยสร้าง

ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹⁰ โดยมีสื่อการเรียนรู้ คือ E-book เรื่องการล้างจมูกในเด็กป่วยที่มี น้ำมูกคั่งค้างที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน ลักษณะสีของน้ำมูก ประโยชน์ ของการล้างจมูก การเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอน การล้างจมูก การทำความสะอาดอุปกรณ์หลัง ล้างจมูก ข้อห้ามในการล้างจมูก การสังเกต อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และสื่อ วิดีโอผู้ดูแลที่มีความมั่นใจสามารถล้างจมูกเด็ก ป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างได้ประสบความสำเร็จ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ ผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์ของ ท่านกับเด็กป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของ ผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของรัตนรัตน์ ธนเจริญชนันชัย⁸ แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านการ สังเกตและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดน้ำมูกคั่ง ค้าง จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการล้างจมูกเด็กและ บรรเทาอาการน้ำมูกคั่งค้าง จำนวน 14 ข้อ และ 3) ด้านตรวจตามนัดและมาพบแพทย์ เมื่อมี อาการผิดปกติ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่สามารถปฏิบัติได้ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติได้น้อย เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติได้ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติ ได้ดีมาก เท่ากับ 4 คะแนน และปฏิบัติได้มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองต่อความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง และแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาเด็ก 1 ท่าน พยาบาลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางแผนกหู คอ จมูก 1 ท่าน เมื่อผ่านการตรวจสอบคุณภาพ จึงนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะน้ำมูกคั่งค้าง ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยมีภาวะน้ำมูกคั่งค้างที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 20 รายได้แบบประเมินรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง ด้านการสังเกตและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดน้ำมูกคั่งค้าง ค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .74 ด้านการล้างจมูกเด็กและบรรเทาอาการน้ำมูกคั่งค้าง ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .80 ด้านการพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .73 นำไปหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .79 โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ .70 ขึ้นไป¹¹

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สถาบันบำราศนราดูร เลขรหัสโครงการวิจัย N010h/65 รับรองวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. คัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกำหนด ณ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันหรืออนาคต ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล

3. ส่งหนังสือยินยอมเข้าร่วมมือในการวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) เพื่อให้ผู้ดูแลอ่าน และเมื่อผู้ดูแลมีความประสงค์เข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและส่งคืนให้ผู้วิจัย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าและหลังร่วมโปรแกรม โดยดำเนินตามขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

4.1 ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ ขออนุญาตเพิ่มเพื่อนใน Application Line และอธิบายตัวอย่างการถ่ายรูปแบบสอบถามส่งทาง Application Line ส่วนตัวผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง จำนวน 2 ฉบับ โดยฉบับที่ 1 ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้ตนเอง จำนวน 26 ข้อ ใช้เวลา 20-30 นาทีและฉบับที่ 2 ให้นำกลับบ้านและตอบแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม

4.2 ขั้นตอนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมสภาวะด้านอารมณ์ในทางบวก สร้างบรรยากาศให้เยียบสงบ ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม และมีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือเด็กขณะผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ชักจูงด้วยวาจาให้เห็นความสำคัญของการล้างจมูก โดยอธิบายสาเหตุการเกิดน้ำมูก การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ อาการแทรกซ้อนของภาวะน้ำมูกคั่งค้าง บอกประโยชน์ของการล้างจมูก แนะนำอุปกรณ์ในการล้างจมูก ขั้นตอนการล้างจมูก และการทำความสะอาดอุปกรณ์ ข้อควรระวังในการล้างจมูก นำเสนอภาพนิ่ง (Power Point) และมอบ e-book เพื่อทบทวนความรู้เมื่อกลับบ้าน ใช้เวลา 10-15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 นำเสนอสื่อวิดีโอ (VDO) ผ่านตัวแบบผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการล้างจมูก ใช้เวลา 10 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ปฏิบัติจริงและเกิดความสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสาธิตขั้นตอนการล้างจมูกและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลา 30 - 45 นาที

4.3 ขั้นตอนหลังการทดลอง

ครั้งที่ 1 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมวันที่ 1 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นและติดตาม ชักถามปัญหาและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการล้างจมูกเด็ก พุดให้กำลังใจผู้ดูแลเด็ก กล่าวชมเชย และนัดหมายวันเวลาในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 2 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมวันที่ 5 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อซักถามอาการป่วยของเด็ก และข้อสงสัยเกี่ยวกับการล้างจมูก และนัดหมายวันเวลาในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 3 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมวันที่ 7 ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามความสามารถ

ของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและถ่ายรูปส่งผ่านทาง Application Line ส่วนตัวผู้วิจัย สิ้นสุดการดำเนินทดลองแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กป่วยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเอง ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.10 มีอายุระหว่าง 25 – 35 ปี ร้อยละ 51.40 และมีอายุเฉลี่ย 31.31 ปี (SD=0.51) ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.10 มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 77.10 และเป็นมารดา ร้อยละ 97.10

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างก่อนเข้าโปรแกรมผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง 64.66 คะแนน (SD=11.92) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง 107.14 คะแนน (SD=9.93) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย

ความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วย
ที่มีน้ำมูกคั่งค้างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทีของความสามารถของผู้ดูแลในการ
ล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=35)

	M	SD	ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง	เบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	p
ก่อนการทดลอง	64.66	11.92	42.48	10.99	22.87	.000*
หลังการทดลอง	107.14	9.93				

*p< .05

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการ
รับรู้ตนเองต่อความสามารถของผู้ดูแลในการ
ล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างในแผนกผู้ป่วย
นอกกุมารเวชกรรม สถาบันบาราศนราดรุ
ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมครบ 1 สัปดาห์ พบว่า
หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถ
ตนเองในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง
สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านการ
สังเกตและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดน้ำมูกคั่ง
ค้าง 2) ด้านการล้างจมูกเด็กและช่วยบรรเทา
น้ำมูกคั่งค้าง และ 3) ด้านการพาเด็กป่วยที่มี
น้ำมูกคั่งค้างมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมี
อาการผิดปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้
อภิปรายได้ว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการล้าง
จมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้างเพิ่มขึ้นเกิดจาก
การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเอง
ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁸
โดยอาศัยแหล่งข้อมูลสนับสนุน 4 แหล่ง คือ
1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์
ในทางบวก 2) ใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงให้เห็น
ความสำคัญของการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีภาวะ
น้ำมูกคั่งค้าง จากการนำเสนอภาพนิ่งที่อธิบาย

สาเหตุการเกิดน้ำมูกและมอบ e-book ไป
ทบทวนต่อที่บ้าน 3) ให้ผู้ดูแลดูผู้ที่ประสบ
ความสำเร็จในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูก
คั่งค้างสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้เกิดความสนใจที่จะ
เลียนแบบพฤติกรรมและเป็นแหล่งสนับสนุนที่มี
อิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด
และ 4) ลงมือปฏิบัติล้างจมูกด้วยตนเอง ส่งผล
ให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของ
ตนเองเพิ่มขึ้นและสามารถล้างจมูกเด็กป่วยที่มี
ภาวะน้ำมูกคั่งค้างได้สำเร็จ สอดคล้องกับ
งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนต่อความสามารถของมารดาในการ
ล้างจมูกบุตรป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง ประกอบด้วย
แผนการสอนให้ความรู้ เรื่องการล้างจมูกเมื่อลูก
รักมีน้ำมูก สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลล้าง
จมูก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน
เฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถภายหลัง
สิ้นสุดการทดลองทันทีที่สูงกว่าก่อนทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ
สูงกว่าภายหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และจากการศึกษา
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูก
เด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง โรงพยาบาลฝาง

จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ภายหลังจากทดลอง 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในวันที่จำหน่ายกลับบ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹² เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ภายหลังจากทดลองทันทีและระยะติดตามหลังการทดลอง 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹³ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมและพัฒนาความสามารถผู้ปกครองในการล้างจมูกเด็กต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁴

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองต่อความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถล้างจมูกได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองต่อความสามารถในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

กับผู้ป่วยที่มารับบริการ คลินิกระบบทางเดินหายใจ (ARI) หรือผู้ป่วยนอกแผนก หู คอ จมูก ที่ได้รับคำสั่งจากแพทย์ให้ล้างจมูกครั้งแรก โดยไม่เคยมีประสบการณ์ในการล้างจมูกหรือไม่กล้างจมูกมาก่อน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการล้างจมูกได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีการติดตามประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกค้างเป็นระยะสั้นๆ (1 สัปดาห์) เพื่อประเมินผลและความคงทนของพฤติกรรมการดูแลหรือการปฏิบัติของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกค้าง จึงควรเพิ่มระยะเวลาที่มากขึ้นและการเพิ่มการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

References

1. Sonthimuang S, Santat S, Orathai P, DaramasT. The Efficacy of oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning by using MU-TIP on premature infants receiving nasal continuous positive airway pressure ventilatory support. Journal Ramathibodi Nursing. 2011;17(2):203-17. (in Thai).
2. Tanajaroenchananchai R. (2014) .Nasal Irrigation in Children. Royal Thai Navy Medical Journal, 41 (2), 33-43 .(in Thai).
3. World Health Organization. Pneumonia in children. [Internet]. 2022. [cited 2022 Nov 11]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail /pneumonia>.
4. Principi N, Esposito S. Nasal irrigation: An imprecisely defined medical procedure. Int J Environ Res Public Health. 2017;14 (5) :1-13

5. Abdullah B, Periasamy C, Ismail R. Nasal irrigation as treatment in sinonasal symptoms relief: a review of its efficacy and clinical applications. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;71(Suppl 3):e1718-26.
6. Ward LS, Hisley MS, Kennedy MA. *Maternal-child nursing care* second edition. Philadelphia: Davis Company; 2016.
7. 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.
8. Tanajaroenchananchai R, Pongjaturawit Y, Chaimongkol N. Effects of the perceived self-Efficacy promotion program on maternal confidence to perform nasal irrigation for children with retained nasal secretion. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* (2014). 22.(2) 28-38 (in Thai).
9. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods* seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
10. Bandura A. *The exercise of control in a self-efficacy.* New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
11. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Quality inspection of research tools nursing. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2018;19(1): 9-15. (in Thai).
12. Kanseub A. The effects of a self-efficacy promotion program on caregiver confidence to perform nasal irrigation for sick children with retained nasal secretion in Fang Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Nakhonping Hospital.* 2020; 11(2): 112-31. (in Thai).
13. Piengjai C. Effects of self – efficacy enhancement program on caring behaviors among caregivers of children with acute respiratory infectious. [Dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai).
14. Keebang J. The Effect of Parents Participation Program and Capacity Building Parents in Nasal Irrigate on The Child Caring Behaviors Among Parents of Pre-school Children with Allergic Respiratory Diseases. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2019 ;20 (1) : 236-44. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น

ชลดา กิ่งมาลา* เอื้อจิต สุขพล* ภาวิณี แพงสุข** ศุภวรรณ ชิมทอง***

บทคัดย่อ

บทนำ : ความรอบรู้สุขภาพทางเพศเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน ตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะสุขภาพทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน หลัง และติดตามผล ตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 64 ราย สุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น แบบวัดความรอบรู้สุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบความแปรปรวนที่มีการวัดซ้ำ

ผลการวิจัย : เมื่อสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

สรุปผล : การสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น ช่วยเพิ่มความรอบรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ การป้องกัน สุขภาพทางเพศ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ชลดา กิ่งมาลา, E-mail: chonladanu@gmail.com

Received: April 3, 2023

Revised: June 27, 2023

Accepted: August 18, 2023

Effectiveness of sexual health literacy promotion program among adolescents

Chonlada Kingmala* Aurjit Sookpool* Pavinee Pangsook** Supawan Kimthong***

Abstract

Background: Health literacy is the ability and skill of a person to screen, evaluate, and make decisions in order to change behavior that leads to more appropriate behavior. Especially in adolescent sexual health and pregnancy prevention, appropriate sexual behavior is important to reduce the problem of adolescent pregnancy.

Objective: The aim of this study was to examine the effectiveness of a sexual health literacy promotion program among adolescents.

Methods: A quasi-experimental study that utilized a two-group pre-post test design was conducted with 64 adolescents selected by simple random sampling. The sample was randomly divided equally into experimental and comparison groups. The research instruments included the sexual health literacy promotion program, health literacy of sexual questionnaire and pregnancy prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistic and repeated measured ANOVA tests.

Results: The results showed that there were significant differences between sexual health literacy mean scores of the pre-test, post-test and follow up in the experimental group ($p < .05$). The mean scores between the experimental group and comparison group of the sexual health literacy were significantly different ($p < .05$). The mean scores of the pre-test, post-test and follow up in the experimental group and between the comparison group on adolescent pregnancy prevention behavior were not significantly different ($p > .05$).

Conclusions: The sexual health literacy promotion program could improve sexual health literacy in order to change behavior leading to appropriate pregnancy prevention behavior.

Keywords: adolescent pregnancy, health literacy, prevention, sexual health

*Boromarajonani college of nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Corresponding Author: Chonlada Kingmala. E-mail: chonladanu@gmail.com

บทนำ

สุขภาพทางเพศ (Sexual Health) คือ การมีสุขภาพทางเพศที่ดีทั้งกาย จิต และสังคม ซึ่งไม่ได้มองเพียงการไม่มีโรค หรือปราศจากความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัย และมีความพึงพอใจ ปราศจากการบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง¹ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นมีความรอบรู้สุขภาพทางเพศอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง²⁻³ ความรอบรู้สุขภาพทางเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจ และการสื่อสาร^{2,4} นอกจากนี้ความรอบรู้สุขภาพทางเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์กับวัยรุ่นหญิง⁵

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทย จากข้อมูลการคลอดของมารดาอายุ 15 - 19 ปี ในระหว่างปี 2560 - 2564 พบว่า มีอัตราการคลอดของหญิงวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 39.6, 35.0, 31.3, 28.7 และ 24.4 ต่อ 1,000 ประชากร ตามลำดับ⁶⁻⁸ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 25 ต่อ 1,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2569 แม้อัตราการคลอดของหญิงวัยรุ่นจะเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด แต่หากตั้งครรภ์ไม่พร้อม ย่อมส่งผลต่อแม่วัยรุ่น และลูกจากการศึกษาด้านปัจจัย พบว่า การคุมกำเนิดทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ลักษณะของครอบครัว การทำงานกลางคืน ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น⁹ และการเข้าถึงสื่อที่สนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์ การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การมีทัศนคติในทางบวกในการคุมกำเนิด การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การไม่เคยมี

เพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹⁰

ความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) Nutbeam¹¹ ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้สุขภาพไว้ว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ รวมถึงความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อทำให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมถึงการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครอง ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹²⁻¹³ และผลของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม¹⁴⁻¹⁶ ส่วนใหญ่เน้นที่กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยที่ควรได้รับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเช่นกัน

อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ของจังหวัดสุรินทร์ในระหว่างปี 2560 - 2564 เท่ากับ 39.2, 33.5, 30.6, 26.9 และ 24.1 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2564 มีอัตราการคลอดเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้⁶⁻⁸ แต่ทางจังหวัดยังให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพราะหากตั้งครรภ์ไม่

พร้อม ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กได้ในอนาคต จากข้อมูลที่ผ่านมาและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้สนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ นำไปสู่มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่นต่อ

ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สมมติฐานงานวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกับก่อนการทดลอง

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น

- เรียนรู้ เข้าใจห่วงไกลตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- จัดการตนเองให้ห่างไกลจากตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- สื่อสารให้ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- ฝึกทักษะ เพิ่มความมั่นใจ ห่วงไกลตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

- ความรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นชาย-หญิง มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ คัดเลือกตัวอย่างโดยเลือกพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้ 2 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จากนั้นกำหนดขนาดตัวอย่าง¹⁷

โดยคำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้ 1.62 ซึ่งมีขนาดอิทธิพลมากกว่า 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) วัยรุ่นชาย-หญิงสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ให้เข้าร่วมในการวิจัย และ 2) ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ หรืออยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่นหญิง เกณฑ์คัดออก วัยรุ่นชาย-หญิงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น ประกอบด้วย 1) เรียนรู้ เข้าใจ ห่วงไกลตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) จัดการตนเอง ให้ห่างไกลจากตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3) สื่อสารให้ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และ 4) ฝึกทักษะเพิ่มความมั่นใจห่างไกลตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่า Content Validity Index เท่ากับ .90

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่วัยรุ่นอาศัยอยู่รวม บุคคลที่วัยรุ่นขอคำปรึกษา พฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ การมีแฟน

2. แบบวัดความรอบรู้สุขภาพทางเพศ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พัฒนาและปรับปรุงจากแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁸ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .91 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .82

2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .84 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .86

2.3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย การพูดคุย สื่อสาร ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .93 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .88

2.4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การจัดการตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สิ่งแวดล้อมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .84 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .91

2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย การวิเคราะห์ พิจารณา แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับข้อมูล สื่อและสารสนเทศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบ

มาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .92 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .81

2.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย การตัดสินใจ การสื่อสารในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .91 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .81

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พัฒนาและปรับปรุงจากแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁸ เป็นแบบวัดพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 15 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .89 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .85

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ เลขที่ P-EC 01-01-65 ลงวันที่ 11 มกราคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 6 และดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยให้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 จำนวน 4 กิจกรรมๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “เรียนรู้ เข้าใจ ห่างไกลตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร” ในกลุ่มทดลองโดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ร่างกายของฉันเปลี่ยนแปลงอย่างไร 2) อภิปรายกลุ่มประเด็นสุขภาพทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3) ให้ข้อมูลประเด็นแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แหล่งให้บริการด้านสุขภาพทางเพศ และ 4) ใ้ไปงานการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางเพศ (การบ้าน)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “จัดการตนเองให้ห่างไกลจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร” โดยฝึกทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) อภิปรายกลุ่มประเด็นการจัดการตนเอง และการตัดสินใจ 2) ให้ข้อเสนอแนะประเด็นการจัดการตนเองและการตัดสินใจในประเด็นการป้องกันมีเพศสัมพันธ์และการ

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) ไปงานการจัดการตนเอง และการตัดสินใจ (การบ้าน)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “สื่อสารอย่างไรให้ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร” ให้เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธ การตัดสินใจ เพื่อให้ปลอดภัยจากการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กิจกรรม ได้แก่ 1) ฝึกทักษะการสื่อสาร ตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ 2) ฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ตามสื่อที่กำหนดให้ และ 4) ไปงานการสื่อสารเรื่องเพศ การปฏิเสธ และการตัดสินใจ (การบ้าน)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “ฝึกทักษะเพิ่มความมั่นใจทางไกลตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม การฝึกทักษะการเลือกใช้ และใช้อุปกรณ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กิจกรรม ได้แก่ 1) การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ 2) การฝึกทักษะการเลือกใช้อุปกรณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ และ 3) สรุปความรู้ความเข้าใจในภาพรวม

เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยได้ดำเนินการสรุปความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ในสัปดาห์ที่ 4

เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบวัดความรอบรู้สุขภาพทางเพศ

ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน อายุเฉลี่ยคือ 16.72 (SD = 0.52) และ 16.81 (SD = 0.69) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา เป็นเพื่อนเป็นบุคคลที่วัยรุ่นขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ส่วนใหญ่ไม่มีแฟน ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง

2.1 ความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพ

ทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความแตกต่างกันกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($F = 89.91, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาที่มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มทดลองตามช่วงเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามช่วงเวลาทำการวัด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p
ความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2310.19	1	2310.19	8.19	.006*
ความคลาดเคลื่อน	17469.73	62	281.77		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	12499.63	2	6249.81	89.91	<.001*
ช่วงเวลาxกลุ่ม	8282.63	2	4141.31	59.58	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	8619.08	124	69.51		
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	45.05	1	45.65	.50	.482
ความคลาดเคลื่อน	5579.62	62	89.99		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	11.76	2	5.88	.25	.776
ช่วงเวลาxกลุ่ม	51.78	2	25.89	1.12	.330
ความคลาดเคลื่อน	2871.79	124	23.16		

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวันรุ่งภายในกลุ่มทดลอง จำแนกตามช่วงเวลาของการวัด โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาของการวัด	T2-T1	T3-T1	T3-T2
	Mean Difference	Mean Difference	Mean Difference
ภายในกลุ่ม			
กลุ่มทดลอง	31.25*	30.250*	1.080

* $p < .05$ T1= ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม T2 = หลังเข้าร่วมโปรแกรม T=ระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 2

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังการทดลองและระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.1 ความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($F = 8.199$, $p = .006$) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ตามช่วงเวลาพบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความแตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD=2.969$, $MD=15.438$; ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

3.2 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ตามช่วงเวลา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .501$, $p = .482$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามช่วงเวลาของการวัด โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาของการวัด	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
	Mean Difference	Mean Difference	Mean Difference
ระหว่างกลุ่ม			
กลุ่มทดลอง-กลุ่มเปรียบเทียบ	-18.406*	2.969*	15.438*

* $p < .05$

อภิปรายผล

ความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแตกต่างกับก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบาย

ได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ สุขภาพทางเพศ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ สุขภาพทางเพศ ของ Nutbeam¹¹ มาเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การเข้าถึงสื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ ผักหักชะการสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง ผ่านสถานการณ์ที่กำหนด ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม เพื่อฝึกการวิเคราะห์ สถานการณ์การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดี และป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้สุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น^{14,15} เนื่องจากการออกแบบกิจกรรมโดยประยุกต์แนวคิดความรู้ สุขภาพ ผ่านกิจกรรมหลายครั้ง ทำให้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แตกต่างกับ ก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่า ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศสามารถทำให้กลุ่ม

ทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เล็กน้อย¹¹ ทั้งนี้อาจเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์กับระยะเวลา¹⁹ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีการวัดในระยะติดตามผลหลังจากการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ อาจเป็นช่วงที่กลุ่มทดลองกำลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น สามารถช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ดีขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ดังนั้นควรนำไปพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

หน่วยงานด้านสุขภาพ และสถานศึกษาสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นในพื้นที่มีพฤติกรรมดูแลตนเอง และป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดโปรแกรมโดยแยกกลุ่มตามเพศ จะช่วยให้การเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองของตนเองมาก

ยิ่งขึ้น และควรมีการพัฒนาความรู้ พฤติกรรม และมีการติดตามผลเป็นระยะเช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เพื่อให้ความคงทนของโปรแกรม หรือ การเห็นความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณวิทยุรุ่นในพื้นที่ ของตำบล 2 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัด สุรินทร์ รวมถึงกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ที่สนับสนุนงบประมาณใน โครงการวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Sexual health. [Internet]. n.d. [cite 2021 Jan 10]; Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
2. Tangnorakul P, Sananreangsak S, Teerarungsikul N. The relationship between sexual health literacy and sexual behavior among middle school female Students. Royal Thai Navy Medical Journal. 2019;46(3):607-20. (in Thai).
3. Phuwasuwan N, Kittipichai W, Chamroonsawasdi K, Taechaboonsersak P. Sexual health literacy among Mathayom Suksa students in Chonburi province. Public Health Policy & Law Journal. 2023; 9(1):85-95. (in Thai).
4. Somjaipeng W. The relationship between sexual health literacy and sexual behaviors of teenage in a district of Suphanburi province. Journal of Prachomklaw College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022;5(2):101-16. (in Thai).
5. Panyapin J, Inpiban K, Rattanabuapa A, Jitjak J, Kunjina S. Factors predicting unwanted pregnancy prevention behavior among female adolescent students. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(3): 57-72. (in Thai).
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Statistics on Adolescent Births, Thailand 2019 [internet]. n.d. [Cited 2022 May 10]; Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202203/m_magazine/35430/2499/file_download/b367d816b7a6fbbad244c570a71cc47e.pdf. (in Thai).
7. Department of Health, Ministry of Public Health. Live birth rate among women aged 15-19 years in 2020 [internet]. n.d. [Cited 2022 May 10]; Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/207030#>.
8. Department of Health, Ministry of Public Health. Situation of reproductive health among adolescents and youth in 2021 [internet]. n.d. [Cited 2022 May 10]; Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/download/?did=211184&id=97083&reload=>.
9. Lertsakornsiri M. Factors associated with unwanted adolescent women pregnancy in the perceived of the first year students at Saint Louis college. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(1):90-8. (in Thai).

10. Sangwalee W, Norkaew J, Photipim M, Ketbumroong V, Prathumyo J, Udomporn T, et al. Factors associate preventive behaviors of unplanned pregnancy among the female vocational students in Nakhon Ratchasima province. *Journal of Vongchavalitkul University*. 2021;34(1):34-46. (in Thai).
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67(12):2072-78.
12. Seedaket S, Chotchai T. Health literacy of school-Age pregnancy prevention and sexual intercourse among high school students in Khon Kaen province. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021;37(1): 99-111. (in Thai).
13. Ngomsangad Y, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors influencing health literacy related pregnancy prevention among female adolescent student in Si Sa Ket province. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2019;14(2):37-51. (in Thai).
14. Anee C, Boonchuaythanasi K, Kainakha P. Effectiveness of health education program on health literacy development by questioning method for sexual relations prevention behaviors among junior high School Students, Nonthaburi Province. *Kasetsart Educational Review*, 2017; 32(2):137-43. (in Thai).
15. Prayochmee V, Sikaow O, Prasertsong C. The effects of health literacy and sexual prevention behaviors among junior high school student. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(2):150-57. (in Thai).
16. Srimuang S, Powwattana A, Lagampan S. The effects of health literacy promotion program on teenage pregnancy prevention among early adolescent girls in school under Bangkok metropolitan administration. *Journal of Health and Nursing Research*. 2019;35(3):74-85. (in Thai).
17. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* second edition. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Health Education Division. Health literacy scale for unwanted pregnancy prevention of Thai female adolescents [Internet]. 2014 [cited 2020 May 2]; Available from : <http://hed.go.th/linkHed/362>.
19. Jandaeng B, Kosolkittiampon S, Kenaphoom S. Factors that affecting behavior change. *Dhammathas Academic Journal*. 2019;19 (4):235-44. (in Thai).

Social support and other factors on resilience among older adults

Mali Photipim* Pas-pisit Pholsripradist ** Suchat Bonyaphagorn*** Jeerapa Bunyaphagorn***
Valanchaya Ketbumroong* Jun Norkaew* Wararat Sungwalee* Wasugree Chavengkun****

Abstract

Background: Resilience among older adults is the human capacity to adapt to adverse life situations. The most important are social support and various protective factors.

Objective: To examine the social support and factors affected by resilience among older adults.

Methods: 440 older adults eligible for this study completed questionnaires on demographics, perceived social support, health behaviors, depression, health perceptions, and resilience scale from November 2021 to January 2022. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression analysis.

Results: The levels of resilience ($M=112.58$, $SD=12.04$), social support ($M=3.92$, $SD=0.75$), health behaviors ($M=3.15$, $SD=0.87$), and health perceptions ($M=3.75$, $SD=1.36$) were high. Regression analyses showed that social support ($p<.001$) and health perceptions ($p<.001$) were significantly and positively associated with resilience levels.

Conclusions: Social support and health perception were important in older adults' perceived resilience. More research is required, particularly those involving longitudinal studies, to determine the relationship between social support, health behavior, and resilience.

Keywords: health perceptions, older adults, resilience, social support

*Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, Thailand

**Health Promotion Department, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, Thailand

***Nong Kham Health Promotion Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand

****Faculty of Science and Technology, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Thailand.

Corresponding Author: Mali Photipim, E-mail: malipho6@gmail.com

Received: December 4, 2022

Revised: July 1, 2023

Accepted: August 8, 2023

การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ต่อพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

มะลิ โพธิพิมพ์* ภัษภิญญ์ พลศรีประดิษฐ์** สุชาติ บุญยภากร*** จีรภา บุญยภากร***
วลัญช์ชยา เขตบำรุง* จุน หน่อแก้ว* วรรัตน์ สักกะลี* วาสกรี เสงวนกุล****

บทคัดย่อ

บทนำ : พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้ผ่านพ้นสถานการณ์ที่มีความยากลำบาก ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ต่อพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 440 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ด้านสุขภาพ และพลังสุขภาพจิต ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย : ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ($M=112.58$, $SD=12.04$) การสนับสนุนทางสังคม ($M=3.92$, $SD=.75$) พฤติกรรมสุขภาพ ($M=3.15$, $SD=0.87$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($M=3.75$, $SD=1.36$) อยู่ในระดับสูง ส่วนภาวะซึมเศร้า พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M=5.11$, $SD=3.03$) ปัจจัยที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ประกอบด้วย ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ด้านสุขภาพ

สรุปผล : การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตที่ดี จึงควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อการยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ด้านสุขภาพ และพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

**กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม อ.พิมาย จ.นครราชสีมา

****คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : มะลิ โพธิพิมพ์, E-mail: malipho6@gmail.com

Background

The older adult population in the world has increased rapidly. The number of older adults worldwide was predicted to have risen more than three times between 2015 and 2050, from 126.5 million to 446.6 million worldwide.^{1,2} In Thailand, the proportion of people aging was estimated to have risen by more than two times, from 11 million to 20 million between 2018 and 2038. Older adults were normally involved in aging-related changes and losses, such as decreased health and functioning, deaths of spouses or friends, and the failure of social networks.^{3,4}

Older adults encountered natural decreases in their physical function, which affected their mental health. The older adults' ability to care for themselves was impacted by these health issues, which also deteriorated their mental health and decreased their resilience. Resilience had been generally described as an individual's ability to cope with and recover from crises and sustain a sense of purpose and vitality,^{5,6} which varied with the context or different life surroundings, age, and gender.⁷⁻¹⁰ Recent studies identified factors that potentially influenced the resilience of older adults, including 1) demographic characteristics of participants,¹¹⁻¹³ such as gender, age, disease duration, lower household income, and education; 2) physical and mental health status factors,^{11,13,-15} including mental illness, congenital disease, greater cerebrovascular risk, more significant

medical comorbidity, and physical dysfunction; and 3) social and other factors,^{11,13,14} such as social support, family networks, quality of life, perceptions of general health, and the relationship of family and friends.

Social support was the most highly associated factors with resilience in older adults.^{11,14} Resilience can assist older adults in overcoming adversity and adapting positively, especially in rural areas where strong social networks exist. Other factors associated with resilience were depression, health behaviors, and health perceptions.^{11,13-15} Other studies revealed that social support could not be shown to be associated with resilience.¹⁶ This inconsistency emphasized the need to examine the effect of social support and other factors, such as health behaviors, health perceptions, and depression, on resilience among older adults.

Objective

This study aimed to examine the social support and other factors on resilience among older adults in Thailand.

Conceptual Framework of the Study

The conceptual framework of this study was adapted from literature reviews. Several studies found that social support, health behaviors, health perceptions, and depression were associated with resilience among older adults.^{11,14,17-19} Both independent and dependent variables in this study were shown in this conceptual framework. (Figure 1)

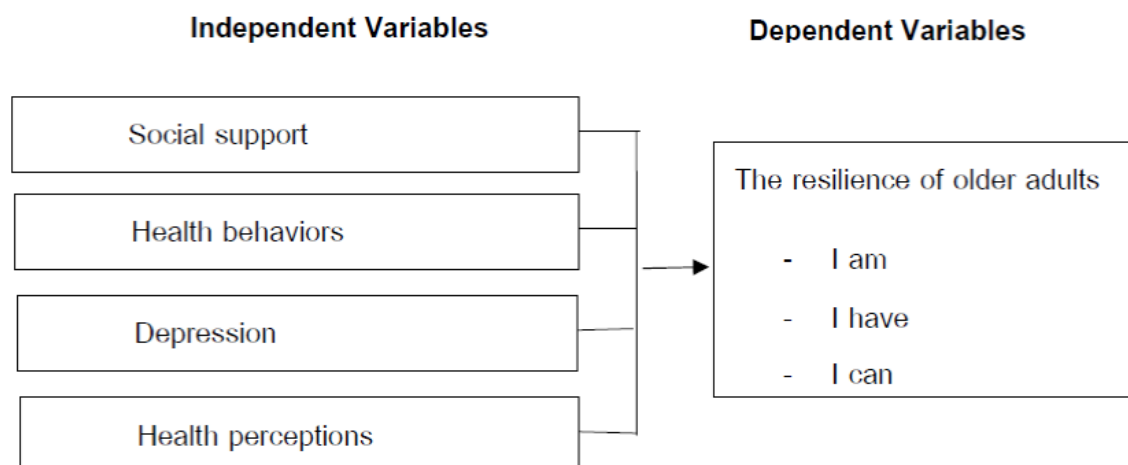


Figure 1 Conceptual framework

Methods

Research Design

A cross-sectional analytical study was conducted in Nakhon Ratchasima province, in the northeast region of Thailand, between November 2021 and January 2022.

Samples

The samples consisted of 440 older adults aged 60 years and older. Samples were calculated using Krejcie and Morgan's formula.²⁰ The researchers managed to obtain sufficient samples in dropout cases, thus adding 10% to 40 people selected from 5 districts using stratified random sampling. The following inclusion criteria were assumed: 1) 60 years of age and over; 2) being able to understand and communicate in Thai. Older adults who were unable to give informed consent were excluded.

Measurement and Data Collection

A structured questionnaire included sociodemographic conditions: gender, age, marital status, education, economic factors

(sufficiency of monthly income), alcohol consumption, and smoking.

The dimension of the social support variable questionnaire was defined as the perception of those regarding the quality, frequency, and suitability of the support provided, considering their needs. This instrument includes 20 items and has a reliability of .92. This questionnaire is responded to by a five-point Likert-type scale ranging from 1 (absolutely disagree) to 5 (absolutely agree). The minimum score is 20 points, and the maximum is 100 points. High scores are a sign of more social support.

The health behaviors variable comprises ten items measured by a four-point Likert scale ranging from 1 (never) to 4 (Practice regularly).

The depression variable questionnaire was developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand.²¹ This questionnaire included nine questions measured on a four-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 3 (nearly every day).

The health perceptions variable questionnaire consisted of 20 items. The reliability was .92. This questionnaire was responded to on a five-point Likert scale ranging from 1 (absolutely disagree) to 5 (absolutely agree).

The resilience variable questionnaire was developed after a literature review by the researcher based on Grotberg²². The three components of resilience included "I AM," "I HAVE," and "I CAN," which were used as the initial concept. The elements were described as follows: "I AM" refers to belief in one's inner strength to get through difficult times physically and mentally. "I HAVE" refers to an elderly person's view of having social support. "I CAN" refers to the capacity to sustain social connections and problem-solve in adversity. This resilience scale measures levels of individual resilience, consisting of 30 items that were measured on a five-point Likert scale ranging from 1 (absolutely disagree) to 5 (absolutely agree). The minimum resilience score for this scale was 30 points, and the maximum resilience score was 150 points, which evaluates to 3 levels: low level (5-76), moderate level (77-119), and high level (120-150). Scores above 120 reveal more resilience. Cronbach's Alpha Coefficient was used to evaluate the internal consistency of the social support scale, health behaviors scale, depression scale, health perceptions scale, and resilience scale before analyses. The reliability was .92.

Ethical Considerations

The research project was submitted for evaluation and approval by the Research Ethics Committee of Vongchavalitkul University and received support under number 003/2564. The dates covered in the study ranged from January 29, 2021, to January 29, 2022.

Data Analysis

The data were inspected for outliers, skewness, and homogeneity of variance to ensure the appropriateness of parametric statistical tests. Both dependent and independent variables were examined for their distribution, outliers, and missing data before analysis. Potential outliers were removed if values were $\geq$ three standard deviations from the group mean. Descriptive statistics were used to examine the characteristics of the subject and the measured variables. In addition, Pearson correlations and analysis of variance (ANOVA) described a bivariate relationship between social support, health perceptions, depression, resilience, and health behaviors. Here, resilience was the outcome. Multivariate linear regression analysis was used to evaluate the effects of each variable on the resilience scale. A p-value of $<.05$ was considered statistically significant.

Results

The demographics variable of older adults showed the most sample were male (67.30%), aged 60-69 years old (60.70%), married (66.10%), completed primary education (86.1%), sufficient income (51.60%), older adults with underlying diseases (62.30%), not drinking alcohol (82.50%) and no smoking (89.30%).

Descriptive statistics of variables found that health behaviors was high level ($M = 3.15$, $SD = 0.87$). Social support was high level ($M=3.92$, $SD=0.75$). Health perceptions was high level ($M=3.75$; $SD=1.36$). Depression was very low level ($M=5.11$, $SD=3.03$). Resilience was high level ($M=112.58$, $SD=12.04$). (Table 1)

Table 1 Distribution of means, standard deviation, min, max, and Level of health behaviors, social support, health perceptions, depression, and resilience level (n=440)

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	MIN, MAX	Level
Health behaviors	3.15	0.87	1, 4	High
Social support	3.92	0.75	1, 5	High
Health perceptions	3.75	1.36	1, 5	High
Depression	5.11	3.03	0, 15	very low
Resilience	112.58	12.04	30, 150	High

The correlation between social support, other variables, and resilience found that social support and health perceptions were significantly positively correlated with

resilience ($r=0.23$, $p<.001$; $r=0.71$, $p<.001$; $r=0.33$, $p<.001$, respectively). Meanwhile, depression was negatively correlated with resilience ($r=-0.15$, $p<.001$). (Table 2)

Table 2 Correlation coefficient between health behaviors, social support, health perceptions, depression, and resilience in older adults. (n=440)

Variable	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5
Health behaviors (X_1)	1				
Social support (X_2)	0.32**	1			
Health perceptions (X_3)	-0.01	0.23**	1		
Depression (X_4)	-0.07	-0.18**	-0.12**	1	
Resilience (X_5)	0.23**	0.71**	0.33**	-0.15**	1

** $p<.001$

Multiple linear regression analysis was conducted on the significant variables from the univariate analysis in Table 3. The results revealed that both social support and health perceptions could predict resilience

with 54.0% ($R^2=0.54$, $p<.001$). The social support could predict resilience ($Beta=0.67$), followed by health perceptions ($Beta=0.18$). (Table 3)

Table 3 Linear regression of Social Support, health perceptions, and Resilience in older adults. (n=440)

Variable	b	SE	Beta	t	p
Social support (X_2)	17.89	0.89	0.67	20.04	<.001
Health perceptions (X_3)	4.79	0.92	0.18	5.23	<.001
(Constant)	24.88	4.27		5.83	<.001

$R = .73$, $R^2 = .54$, $R^2 \text{ adj} = .53$, $F = 253.02$, $\text{Sig of } F < .001$

Constant $24.89 + 17.89 (X_2) + 4.79 (X_3)$

$Z(y) = 0.67 (X_2) + 0.18 (X_3)$

The results showed that the health perceptions were stable, and the social support score increased by 1 point, making the resilience in older adults score 17.89 points higher. Meanwhile, the social support was stable, and the health perceptions score increased by 1 point, making the resilience in older adults score 4.79 points higher when controlling other variables.

Discussion

The results found that levels of resilience in older adults were high. Social support and health perceptions could predict the resilience of older adults in Thailand. However, health behaviors and depression were not associated with resilience.

Older adults aged between 60 and 69 and married had high levels of resilience,

similar to other countries.^{3,16,23} Resilience levels may remain stable or even increase based on their experience in overcoming challenges; thus, further research is required to support this assertion¹¹.

Factors Affect Resilience

This study found that in regression analysis, health perceptions and social support were significantly associated with resilience among older adults. However, other factors, including health behaviors and depression, did not affect the resilience of the older adults. The results of the study can be described as follows:

Social support was the decisive factor associated with resilience among older adults living in rural areas with strong social networks.^{11,14,17,18} Positive interactions with network members help an older adult remain

safe and cope with adversity. Several studies have recognized social support as an interpersonal process that promotes thriving in the face of adversity.³ Emotional support, information, advice, and tangible assistance are all available forms of support. Support comes from social support, including family, friends, colleagues, and others, play a significant role in relationships that enable older adults to deal with their problems effectively.¹³ Conversely, Silva Júnior et al.¹⁶ argued that social support was not associated with resilience.

The second factor relating to resilience was health perceptions. The study found that this factor could significantly predict resilience in older adults.^{11,14,19} The health perceptions of older adults may be an internal factor used to evaluate their health condition. Therefore, the degenerative nature, health, and illness may become crucial concerns for older adults.

Conclusion and suggestion

Conclusion

These findings indicated that social support and health perceptions can predict the likelihood of resilience in older adults. The study suggests that health team personnel should promote social support and improve health perceptions among older adults to enhance their resilience.

Suggestion

Future research should confirm the findings on a broader scale by collecting data covering the entire country to enhance the generalizability of the results.

Secondly, longitudinal studies should be conducted to confirm and be beneficial for establishing causal relationships more definitively.

Finally, future studies should consider the theoretical framework's diversity and may explore various resilience measurement scales for a comprehensive understanding of the construct.

Acknowledgments

The authors sincerely thank Vongchavalitkul University for the financial support provided for this research.

References

1. Akatsuka E, Tadaka E. Development of a resilience scale for oldest-old age (RSO). *BMC Geriatr.* 2021;21(174):1-9. doi.10.1186/s12877-021-02036-w.
2. National Institutes of Health. An aging world: 2015. [Internet]. 2016 [cited 24 Jun 2020]. Available from: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/worlds-older-population-grows-dramatically>.
3. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of

- resilience among older adults. *Geriatr Nurs.* 2016;37(4):266–72. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.014. SE.2016.02.014.
4. Aldwin C, Igarashi H. An ecological model of resilience in late life. *Annu Rev Gerontol Geriatr.* 2012;32(1):115–30. doi: 10.1891/0198-8794.32.115.
5. Merchant RA, Aprahamian I, Woo J, Vellas B, Morley JE. Editorial: resilience and successful aging. *J Nutr Health Aging.* 2022;26(7):652-56.
6. Callegari C, Bertu L, Caselli I, Isella C, Ielmin M, Bonalumi C, et al. Resilience in older adults: influence of the admission in nursing home and psychopathology. *Neuropsychiatry.* 2016;6(4):117-23.
7. Fernandez AC, Fehon DC, Treloar H, Ng R, Sledge WH. Resilience in organ transplantation: an application of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC) with liver transplant candidates. *J Pers Assess.* 2015;97(5):487–93. doi: 10.1080/00223891.2015.1029620.
8. Tecson KM, Wilkinson LR, Smith B, Ko JM. Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2019;32(4): 520-24. doi:10.1080/08998280.2019.162 5660.
9. Laird KT, Lavretsky H, Paholpak P, Vlasova RM, Roman M, St Cyr N, et al. Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *Int Psychogeriatr.* 2019;31(2):193-202.
10. Gao Y, Yuan L, Pan B, Wang L. Resilience and associated factors among Chinese patients diagnosed with oral cancer. *BMC Cancer.* 2019;19(1):1-9. doi: 10.1186/s12885-019-5679-0.
11. Timalisina R, Songwathana P, Sae-Sia W. Resilience and its associated factors among older disaster survivors. *Geriatr Nurs.* 2021;(42):1264-274.
12. Dullius AAS, Fava SMCL, Ribeiro PM, Terra FS. Alcohol consumption/dependence and resilience in older adults with high blood pressure. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;9(26): e3024. doi: 10.1590/1518-8345.2466.3024.
13. Laird KT, Lavretsky H, Paholpak P, Vlasova RM, Roman M, St. Cyr N, et al. Correlates of resilience factors in geriatric depression. *Int Psychogeriatr.* 2019;31(2):193-202. doi: 10.1017/ S1041610217002873.
14. Parayat C, Kangchai W, Somanusorn S. Predictive factors of resilience among elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2016;24(2): 97-106. (in Thai).
15. Chunsorn N, Kangchai W, Rattanajarana S. Predictive factors of resilience among nursing elderly with diabetes. *Journal of nursing and Health Sciences.* 2018;12(2): 12-23. (in Thai).
16. Junior EGS, Eulalio MC, Souto RQ, Santos KL, Melo RLP, Lacerda AR. The capacity for resilience and social support in the urban elderly. *Cien Saude Cole.*

- 2019;24(1):7-16. doi: 10.1590/1413-81232018241.32722016.
17. McClain J, Gullatt K, Lee G. Resilience and protective factors in older adults. [Internet]. 2018 [cited 2022 May 18]; Available from: <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2018.OT.11>.
18. Toonsiri C, Hengudomsub P, Chaimongkol N, Photihung P. Factors influencing resilience among community-dwelling older adults with chronic illness: A Causal Model Testing. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2019;27(1):78-88. (in Thai).
19. Jermthaisong S, Chaisena Dallas J, Hengudomsub P. Predictive factors on resilience among older adults with depression Bang Nam Piao district, Chachoengsao province. Vajira Nursing Journal. 2019;21(2):51-66. (in Thai).
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
21. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Depression assessment (9Q). [Internet]. 2021 [cited 2022 May 18]; Available from: <https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>. (in Thai).
22. Grotberg EH. Resilience for today: gaining strength from adversity. Santa Barbara: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group; 2003.
23. Mohan M, Deb R. Factors associated with resilience among people with spinal cord injury in the community setting. Iranian Rehabilitation Journal. 2023; 21(1):157-66.
24. Feeney BC, Collins NL. A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. Pers Soc Psychol Rev. 2015;19(2):113-47. doi:10.1177/1088868314544222.
25. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resiliency Scale. Journal of Nursing Measurement. 1993;1(2):165-78.

การฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติด และรูปแบบการดูแล: บทเรียนจากสถานการณ์โควิด 19

กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล* นันทวรรณ ตีระวงศา** อรุณี โสติกวินิชย์วงศ์*** ทิพย์รัตน์ อุดเมืองเพีย****

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ใช้ยาเสพติดมีอายุน้อยลง รูปแบบการใช้ยากลับมีความรุนแรงขึ้น และการเข้าถึงการบำบัดยาเสพติดทำได้ยากขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่มุ่งเน้นในการบำบัดรักษาแบบองค์รวม และบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้บำบัดในจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยทบทวนแนวคิดการฟื้นฟูสภาพ (resilience) ของผู้ใช้ยาและสารเสพติด รูปแบบการดูแล และบทบาทของพยาบาลในการบำบัด โดยให้มุมมองเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติดบนพื้นฐานการบูรณาการ การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีการดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติดอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงนำเสนอแนวคิดการฟื้นฟูสภาพร่วมกับรูปแบบการดูแลแบบทางไกลซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ที่การดูแลผู้ป่วยมีข้อจำกัด รูปแบบการดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติดในสถานการณ์โควิด 19 ที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพ 2) ปรับการให้บริการเป็นรูปแบบการให้บริการทางไกล และ 3) บทบาทพยาบาล ด้านการปรึกษา บำบัด ติดตาม สร้างเครือข่าย การให้ความรู้ และการพัฒนานวัตกรรม อย่างไรก็ตามการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพด้วยระบบให้บริการทางไกลยังมีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึงบริการ เนื่องจากความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้ใช้ยาและสารเสพติด ดังนั้นการบำบัดรักษาแบบกลุ่มต้องมีการพัฒนาเพื่อรองรับสถานการณ์การวิกฤตสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : สารเสพติด สถานการณ์โควิด 19 ผู้ใช้ยา การฟื้นฟูสภาพ

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสาน: นันทวรรณ ตีระวงศา, E-mail: nanthawan_t@bcnnon.ac.th

Received: March 23, 2023

Revised: August 22, 2023

Accepted: August 30, 2023

Resilience of drug and substance users and care model: Lessons from the COVID-19 pandemic

Kulnaree Hanpatchaiyakul* Nanthawan Teerawongsa** Arunee Soattivanitwong***
Tipparat Udmuangpia****

Abstract

The COVID-19 pandemic has significantly impacted the number and ratio of drug use and addictive substances worldwide. The age of drug and addictive substance use has increased. The pattern of drug use has risen dramatically, and access to treatment has become difficult. This article presents the impact of drug use and addictive substances during the COVID-19 pandemic, a resilience concept for drug use and addictive substances, care models for drug use and addictive substances, and nursing care for drug use and addictive substances during the COVID-19 pandemic. The model of care during the COVID-19 pandemic should incorporate all healthcare service sectors and multidisciplinary teams to provide effective care using a resilience approach and telehealth for drug use and addictive substances. The concept of drug use and addictive substances during the COVID-19 pandemic included 1) the drug use and addictive substances aspect using the resilience concept, 2) the treatment aspect using telehealth, and 3) the nursing aspect using continuous care. In addition, research and development to integrate a resilience concept and telehealth for addictive substances to respond to pandemics in the future. However, tele-nursing has limited reach to patients because of the ability of drug use and addictive substances. Therefore, the care model for the group should be developed for drug use and addictive substances to respond to pandemics in the future.

Keywords: addictive substance, COVID-19 Pandemic, drug user, resilience

* Nursing Faculty Kasem Bundit University

**Boromarajonani College of Nursing Changwat Nontaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***Nursing Faculty Kasem Bundit University

****Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Nanthawan Teerawongsa, E-mail: nanthawan_t@bcnnon.ac.th

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจในระดับโลก อาจนำมาซึ่งปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสังคม และปัญหาความมั่นคง ปัญหานี้ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่า สถานการณ์การใช้ยาเสพติดทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นและมีรูปแบบที่รุนแรงขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพจิต เช่น ยาซึมเศร้า วิตกกังวลในกลุ่มผู้หญิงมากขึ้น วัยรุ่นสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้นจากการขายผ่านออนไลน์ และมีการสนับสนุนการใช้กัญชาและกระท่อมมากขึ้นในหลายประเทศ¹ การระบาดของโรคโควิด 19 ยังทำให้เกิดการจำกัดการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลและแนวทางที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติด รูปแบบใหม่ได้ผลดีในการเข้าถึงผู้ใช้ยาและสารเสพติด ให้ได้รับการบำบัดรักษาได้ รวมทั้งจากรายงานของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของไทยในปีพ.ศ. 2565 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเนื่องจากการติดยาบ้ามากที่สุดร้อยละ 78 รองลงมา คือ เฮโรอีนร้อยละ 5.52 ผีน้อยร้อยละ 5.20 และไอซ์ร้อยละ 4.26² และพบการแพร่หลายของการใช้ยาและสารเสพติดในสถานบันเทิง (club drug) จำนวนมากโดยเฉพาะยาอีกับยาเค จากข้อมูลการใช้ยาและสารเสพติดดังกล่าวนี้วัยรุ่นเข้าใจผิดว่าสารเสพติดบางอย่างไม่เป็นอันตราย เพียงทำให้ผู้เสพมีความรู้สึกสนุกมีความสุข เช่น

แอปเปิ้ลวอเตอร์ (happy water) ซึ่งมีส่วนผสมของกาแฟซองผสมยาอี อิริมีน คีตามีน แอลเอสดี เป็นต้น^{2,3} ในขณะที่เดียวกันประเทศไทยพบประชาชนในประเทศใช้ยาและสารเสพติดในการลดความเครียด ปัญหาทางด้านจิตใจ ความวิตกกังวล และความกลัว และมีการใช้ยานอนหลับมากขึ้น^{2,3}

ความหมายและสถานการณ์การใช้ยาและสารเสพติด

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน¹¹ กล่าวถึงความหมายของการติดยาเสพติดคือ โรคติดยาทางสมอง ซึ่งผู้ใช้จะมีพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดทั้งที่รู้ว่ามีอันตราย ผู้ติดยาเสพติดอย่างรุนแรงจะมีความหมกมุ่นในการเสพยาเสพติดในชีวิตประจำวันและยังคงใช้อย่างต่อเนื่องถึงแม้จะรู้ว่าสารเสพติดเป็นปัญหา และสามารถกลับเป็นซ้ำได้แม้ว่าจะหยุดใช้สารหรือหยุดการกระทำนั้นๆ มาได้ระยะหนึ่ง สมองของผู้ใช้ในภาวะที่ติดยาเสพติดนั้นจะมีเมตาบอลิซึมเปลี่ยนแปลงไป โดยมีอาการและอาการแสดงของภาวะการติดยาเสพติด เช่น อาการอยากสาร อาการถอน และความผิดปกติของการทำงานของสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามปัญหาการติดยาเสพติดนี้จัดเป็นปัญหาทางสุขภาพชนิดหนึ่งที่สามารถให้การดูแลรักษาได้^{4,5}

ผู้ใช้ยาและสารเสพติดในปัจจุบันมีอายุน้อยลงและเข้าถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ยากขึ้น ในปี ค.ศ. 2020 UNODC รายงานว่ามีประชากรในกลุ่มอายุ 15-64 ปี มีการใช้ยาและสารเสพติดทั่วโลกถึง 284 ล้านคน และพบว่า ประชากรทุก 18 คนจะมีผู้ติดยาเสพติด 1 คน กัญชาเป็นสารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุดมีผู้เสพถึง 209 ล้านคน รองลงมาเป็น

สารที่สกัดจากฝิ่น 61 ล้านคน แอมเฟตามีน 34 ล้านคน โคเคน 21 ล้านคน และยาอี 20 ล้านคน รูปแบบการใช้ยาและสารเสพติดมากที่สุดคือ การใช้สารเสพติดชนิดฉีด มากถึงจำนวน 11 ล้านคน ผู้หญิงมีการใช้ยาและสารเสพติดมากขึ้นกว่าเดิม และมีอัตราการตายสูงกว่าเพศชาย¹ นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิด (drug misuse) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น เยาวชนมีการใช้ยาในทางที่ผิด เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวดทรมานอล ยาโปรโคดิล ยาไดอะซีแพม ยาอัลปราโซแลม ยาโรอีนอลหรือยาลิ้นฟ้า ที่รู้จักกันในลักษณะ "ยาเสียว" เป็นต้น นำมาผสมกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์^{2,3} จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่สำคัญคือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อในกระแสเลือด และการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด นอกจากนี้พบว่าจำนวนนักโทษคดียาเสพติดของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก จากข้อมูลล่าสุดในเดือนมีนาคม 2566 พบว่านักโทษคดียาเสพติดมีจำนวนสูงถึงประมาณ 205,323 คน เป็นชาย 181,995 คน เป็นหญิง 19,890 คน สัดส่วนร้อยละของคดียาเสพติดเมื่อเทียบกับจำนวนนักโทษทั่วประเทศ หรือประมาณร้อยละ 77.89% จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงมาก⁶

ผลกระทบต่อผู้ใช้ยาและสารเสพติดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19

การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั่วโลก รวมถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ติดยาเสพติด จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ใช้ยาเสพติดที่ได้รับการรักษาในช่วงของการระบาดของโควิด 19 ของ

ประเทศคิวบา พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาเสพติด ดังนี้ 1) ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมด้วยตนเอง ซึ่งในสถานการณ์ปกตินักกิจกรรมบำบัดจะเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการฟื้นฟูสภาพ เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายจนถึงกำหนดแนวทางในการฟื้นฟูสภาพ แต่เมื่ออยู่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือกับผู้บำบัดได้อย่างเต็มที่ทำให้ความมุ่งมั่นในการเลิกยาเสพติดของผู้ใช้ยาและสารเสพติดลดลง 2) ความยากลำบากในการเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ใช้สารเสพติดกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้ เช่น ความสงสัย ความไม่แน่นอน ความโดดเดี่ยว เป็นต้น 3) การคิดถึงประโยชน์ของสารเสพติดที่ตนเคยมีประสบการณ์ และการหมกมุ่นกับการใช้โซเชียลเน็ตเวิร์คมากเกินไป ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดมีโอกาสกลับไปเสพยาซ้ำได้ และ 4) ผู้ใช้ยาและสารเสพติดขาดเหตุผลและขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีความกลัว ความเศร้า ความโกรธ และความกังวลจากสถานการณ์ของโควิด 19 ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสูญเสียความต้องการในการบังคับตนเองอาจทำให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดไม่สามารถควบคุมตนเองและกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้¹³

ในขณะประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาทั้งปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุขจากสถานการณ์โควิดเช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก ผลกระทบที่เห็นได้ชัด ได้แก่ มาตรการของภาครัฐในการลดการแพร่กระจายของโควิด 19 ทำให้การจำกัดกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้ตลาดยาเสพติดเปลี่ยนรูปแบบจากการขายตรง

มาขายในรูปแบบออนไลน์ เช่น มีเว็บไซต์พิเศษที่รับรู้กันในกลุ่มผู้ขายและสารเสพติด หรือการสั่งซื้อและส่งโดยช่องทางพิเศษ เช่น ส่งทางเรือมอเตอร์ไซค์ ทำให้ปริมาณผู้เสพเพิ่มมากขึ้น³ ผลการสำรวจของศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (Social and Business Research Center: SAB) พบว่า ยาเสพติดหาได้ง่ายขึ้นในช่วงโควิด 19 32.6% มีการพบเห็นการซื้อขายยาและสารเสพติดในชุมชนหรือหมู่บ้าน 7.6% และมีรายงานเกี่ยวกับชนิดของสารเสพติดที่ระบาดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ดังนี้ น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารอื่นๆ 55.6% ยาบ้า 52.6% ใบกระท่อมแบบเคี้ยวสด 49.6% กัญชา 23.1% และยาไอซ์ 12.4%⁷ จะเห็นได้ว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 ยังคงมีการใช้สารเสพติดกันอย่างแพร่หลาย ยาเสพติดหาง่าย และราคาถูกลง นอกจากนี้ประชาชนมีการใช้กระท่อมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นทางเลือกในการลดภาวะวิตกกังวล เครียดหรือซึมเศร้า นอกไม่หลับ ซึ่งจะมีผลทำให้มีพิษต่อตับได้^{8,9}

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการขาย จากการขายตรงเป็นการขายออนไลน์ทำให้เข้าถึงยาและสารเสพติดได้ง่ายยิ่งขึ้น จึงเป็นความท้าทายของการกำหนดนโยบายที่ครอบคลุมถึงผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด รวมทั้งการหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ดังนั้นบทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่มุ่งเน้นในการบำบัดรักษาแบบองค์รวม และบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้

บำบัดในจากสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างหนักของโควิด 19 โดยทบทวนแนวคิดการฟื้นฟูสภาพ (resilience) ของผู้ใช้ยาและสารเสพติด รูปแบบการดูแล และบทบาทของพยาบาลในการบำบัด จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่จะสามารถประยุกต์ใช้ในประเทศไทยต่อไป^{10,11}

แนวคิดการฟื้นฟูสภาพ (Resilience) ของผู้ใช้ยาและสารเสพติด

ตามแนวคิดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน⁴ ให้ความหมายของการติดสารเสพติด หมายถึง ภาวะที่มีการพึ่งพิงทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติดอื่นๆ คำนี้มักใช้เป็นคำที่เทียบเท่ากับการพึ่งพาสารเสพติด และบางครั้งใช้กับความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น การเสพติดทางเพศ อินเทอร์เน็ต และการพนัน ผู้ใช้ยาและสารเสพติด จะมีพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดทั้งที่รู้ว่ามียันตราย ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่มีอาการรุนแรงจะมีความหมกมุ่นในการเสพยาเสพติดในชีวิตประจำวันและยังคงใช้อย่างต่อเนื่อง และสามารถกลับเป็นซ้ำได้แม้ว่าสามารถหยุดใช้ยาและสารเสพติดมาระยะหนึ่ง ผู้ใช้ยาและสารเสพติดจะที่มีอาการทางสมองจะทำให้เมตะบอลิซึมเปลี่ยนแปลงไป ผู้ใช้ยาและสารเสพติดจะมีอาการและอาการแสดง เช่น อาการอยากสาร อาการถอน ความผิดปกติของการทำงานของสมอง ซึ่งจัดเป็นปัญหาทางสุขภาพชนิดหนึ่งที่สามารถเข้ารับการดูแลรักษาได้ อย่างไรก็ตามความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา การปรับตัว การจัดการกับอารมณ์ และการป้องกันการเสพยาและสารเสพติดซ้ำนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อติดสารเสพติดแล้วการฟื้นฟู

สภาพมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะทำให้ผู้ติดยาและสารเสพติดหยุดการติดยาและสารเสพติดได้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ได้⁵

แนวคิดการฟื้นสภาพ (Resilience) เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการบูรณาการปัญหา ยาเสพติดกับการบำบัดรักษาฟื้นสภาพผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาและสารเสพติดสามารถเผชิญปัญหา ปรับตัว และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ รวมทั้งเป็นแนวคิดที่สำคัญและกำลังได้รับความนิยมในการนำมาใช้เป็นเป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีความหมายในเชิงบวก คือความสามารถของบุคคลในการหยุดการติดยาหรือสารเสพติด ไม่กลับไปติดซ้ำ หรือเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลสามารถที่จะใช้ยาหรือสารเสพติดได้อย่างปลอดภัย สามารถเรียนรู้ที่จะจัดการกับความเครียดและอารมณ์เชิงลบได้โดยไม่ต้องพึ่งสารเสพติด¹¹ การฟื้นตัวไม่ได้หมายถึงการเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพยาโดยสิ้นเชิง แต่เป็นการเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตที่มีความสุขและมีสุขภาพดี ซึ่งแนวคิดนี้มีกระบวนการที่ซับซ้อน สิ่งสำคัญคือผู้บำบัดต้องเข้าใจว่าผู้ติดยาและสารเสพติดมีเส้นทางการฟื้นตัวที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้การฟื้นตัวยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นสภาพอีกหลายปัจจัย เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ ตลอดจนจนถึงการได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่ทำหน้าที่บำบัดรักษา การสร้างเครือข่ายสนับสนุน และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการฟื้นสภาพมีความเกี่ยวข้องกับการหยุดการติดยาและสารเสพติด

การลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด (Harm reduction) และการมีสุขภาวะที่ดี (Well-being)¹⁰ การที่ผู้ติดยาและสารเสพติดจะสามารถฟื้นสภาพได้นั้น ผู้ติดยาและสารเสพติดจะต้องได้รับการพัฒนาในทักษะการป้องกันตนเอง (Protective factors) เช่น ทักษะการดูแลตนเอง (Self-care) ทักษะในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (Coping skill) ทักษะในการตัดสินใจ (Decision making skill) ทักษะทางปัญญา (Cognitive flexibility) ความเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น (Empathy), และอารมณ์ขัน (Sense of humor) เป็นต้น ซึ่งการฟื้นสภาพจากการติดยาและสารเสพติดเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง แต่หากผู้ติดยาและสารเสพติดมีแรงจูงใจและได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง ก็สามารถฟื้นตัวได้และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข^{10,12}

การบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดตามแนวทางการฟื้นสภาพในประเทศไทย

การฟื้นสภาพผู้ติดยาและสารเสพติดในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ท้าทายมานานหลายปี กฎหมายยาเสพติดของไทยมุ่งเน้นไปที่การจับกุมและลงโทษผู้เสพยาเสพติดมากกว่าการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดจำนวนมากต้องถูกจำคุกเป็นเวลานาน^{14,15,16} สิ่งนี้ทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีโอกาสน้อยที่จะฟื้นตัวจากการใช้สารเสพติดและกลับสู่สังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดที่เน้นการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน และหลักจริยธรรม ในการตัดสินใจ และให้ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย และสนับสนุนให้ได้รับการฟื้นสภาพ มีความผ่อนคลายมากขึ้น

ต่อผู้เสียสละโดยเน้นการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจแทนการบังคับใช้กฎหมาย การบำบัดรักษาจะมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสียสละ รวมถึงการช่วยให้พวกเขาพัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ¹⁶ การฟื้นฟูสภาพผู้โช้ยาและสารเสพติดเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยภาครัฐมีหน้าที่ในการออกกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการบำบัดรักษาผู้เสียสละ¹⁵ ภาคเอกชนมีหน้าที่ในการจัดหาบริการบำบัดรักษาและสนับสนุนการฟื้นฟูของผู้โช้ยาและสารเสพติด¹⁵ และภาคประชาสังคมมีหน้าที่ในการรณรงค์สร้างความตระหนักถึงปัญหา ยาเสพติดและสนับสนุนการฟื้นฟูของผู้โช้ยาและสารเสพติด¹⁵ ในช่วงการระบาดของโควิด 19 นั้นสถานบำบัดรักษาในประเทศไทยบางแห่งต้องปรับเปลี่ยนภาระกิจมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 และทำหน้าที่ฉีดวัคซีนให้กับประชาชนเพื่อป้องกันไวรัส และมีข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยไว้ในสถานบริการ ประกอบกับในช่วง 2564 มีการเปลี่ยนแปลงระบบการรักษาจากระบบบังคับบำบัดเป็นระบบสมัครใจ จึงทำให้สถานบำบัดชะลอตัวในการรับผู้ป่วย การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้โช้ยาและสารเสพติดในช่วงของการระบาดของโควิด 19 ในประเทศไทยค่อนข้างมีจำกัด จึงไม่พบรูปแบบการบำบัดรักษา ยาเสพติด และการฟื้นฟูสภาพของผู้โช้ยาและสารเสพติดที่ชัดเจนมากนัก กฎหมายยาเสพติดปี 2564 ได้บูรณาการการช่วยเหลือผู้โช้ยาและสารเสพติดให้สามารถฟื้นฟูสภาพ และสามารถกลับมาเป็นบุคคลที่มี

ศักยภาพได้ โดยเน้นสร้างความร่วมมือระหว่างกระบวนการทางกฎหมายของศาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ และสาธารณสุข ในการกระตุ้นและส่งเสริมให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพ^{14,15}

รูปแบบการบำบัดรักษา ยาเสพติดแบบทางไกล (Telehealth) ในสถานการณ์โควิด 19

การบำบัดรักษาของสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 การศึกษารูปแบบการบำบัดในกลุ่มผู้รับบริการที่ใช้เมทแอมเฟตามีนของรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด 19 ผู้โช้ยาและสารเสพติดถูกจำกัดการเข้าถึงการรักษาในการจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพทางสังคม เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดอื่นๆ จึงเป็นอุปสรรคต่อการการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือในขณะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้หรือขณะที่มีความต้องการยาเสพติด¹⁹ จากการศึกษาในกลุ่มทหารผ่านศึกที่เป็นสมาชิกในกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศสหรัฐอเมริกามีการเสนอแนะการสนับสนุนให้สถานบำบัดหรือสถานบริการติดต่อสื่อสารกับผู้บำบัด และเสนอวิธีการในการส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งสนับสนุนให้มีกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพของผู้โช้ยาและสารเสพติด เพื่อป้องกันการแยกตนเองออกจากสังคมของผู้ป่วยซึ่งอาจจะนำมาซึ่งการใช้สารเสพติดที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลได้ฟังและทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการจากมุมมองของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริม

ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง²⁰

ดังนั้นรูปแบบการบำบัดรักษาเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในสถานบริการจึงถูกเปลี่ยนมาเป็นรูปแบบการรักษาทางไกล และกลายเป็นรูปแบบหนึ่งในการบำบัดรักษาที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด 19 รูปแบบการรักษาทางไกล หรือ Telehealth คือ การบำบัดรักษาโดยใช้เทคโนโลยี เช่น วิดีโอคอล ออดิโอคอล และการโต้ตอบด้วยข้อความ²⁰ รูปแบบการรักษาทางไกลมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ 1) สะดวกและเข้าถึงได้ง่าย ผู้เข้ารับการรักษาสามารถเข้ารับการรักษาจากที่บ้านหรือจากสถานที่ใดก็ได้ 2) ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้เข้ารับการรักษาไม่ต้องเสียค่าเดินทางและค่าที่พัก และ 3) ผู้เข้ารับการรักษาสามารถกำหนดเวลาเข้ารับการรักษาได้ตามสะดวก ในปัจจุบันมีรูปแบบของการให้บริการสุขภาพทางไกลด้านปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งแต่ละวิธีมีความหมายและวิธีการใช้ประโยชน์ และข้อจำกัดในการใช้ที่แตกต่างกันดังนี้^{19,20}

1) เทเลเมดิซีน (Telemedicine) คือ บริการทางการแพทย์ทางไกลมีประโยชน์ในการใช้ เช่น สะดวกและประหยัดเวลา ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแพทย์ได้โดยไม่ต้องเดินทางไกล และยังช่วยให้แพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เทเลเมดิซีนสามารถใช้รักษาผู้ป่วยหลายประเภท รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยยาเสพติด เทเลเมดิซีนยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ในการให้บริการในกรณีที่เป็นการกลุ่มเปราะบาง เช่น ภาวะฉุกเฉินในเด็กและผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น^{19,20}

2) การให้บริการทางการแพทย์ด้านยาเสพติด (Telemedicine for substance use disorder: SUD) คือ การให้ยาทดแทน เช่น เมทาโดน (Methadone) หรือบупเรโนर्फีน (Buprenorphine) สามารถช่วยลดความเสี่ยงของผู้ใช้ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นเกินขนาด ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดอัตราการไม่มาติดตามผลได้ด้วย อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้เทเลเฮลท์ในผู้ป่วยยาเสพติดในช่วงของการระบาดนั้นมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่สามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนได้ นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ในการมาดูแลผู้ป่วย ผู้ติดตามเสพติดไร้บ้านเข้าถึงการรักษาได้ยากขึ้น^{21,22} ผู้รับการบำบัดไม่สามารถที่จะเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ตลอดเวลา หรือไม่มีเครื่องมือในการสื่อสาร ในบางกลุ่มที่ต้องการการรักษาแบบฉุกเฉิน เช่น การใช้ยาและอุปกรณ์อื่นๆ ในการป้องกันอันตราย (Harm reduction) ไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ หรือยาได้ทันทีตามที่ตามต้องการ^{23,24}

3) เทเลไซโคทรี (Telepsychiatry) เป็นส่วนหนึ่งของเทเลเมดิซีน ใช้ในการประเมินอาการทางจิตเวช การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้สุขภาพจิตศึกษา และการบริหารจัดการเรื่องยา เทเลไซโคทรีที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า วิตกกังวล และปัญหาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ อย่างไรก็ตาม เทเลไซโคทรีไม่สามารถทดแทนการบำบัดแบบกลุ่มได้ และผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีทำให้เข้าไม่ถึงการรักษา^{20, 25}

4) เทเลเทอราปี (Teletherapy) คือ การบำบัดแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่มโดยใช้อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอาจรวมถึงการบำบัดด้วยการ

พูดคุย การบำบัดด้วยข้อความ เช่น แชทบอท (Chat board) เทเลเทอลาปีเป็นวิธีการรักษาที่เพิ่งพัฒนาขึ้น และยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการใช้เทเลเทอลาปีในการบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม อย่างไรก็ตาม รายงานการวิจัยพบว่าอาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติดสามารถใช้ประโยชน์จากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การติดตาม และการศึกษาวิจัยด้วยการลงทุนเพียงเล็กน้อย^{20,26}

สรุปได้ว่า การให้บริการการแพทย์ทางไกลเป็นบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพและเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยหลากหลายประเภท อย่างไรก็ตาม แต่ละรูปแบบยังมีข้อจำกัดบางประการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของการบำบัดยาเสพติดแบบทางไกลในแต่ละรูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทและสถานการณ์ที่นำไปใช้

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติดในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19

จากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทำให้บทบาทของพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลง การดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติด ดังนี้

1) การให้คำปรึกษา พยาบาลทำหน้าที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดหรือปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติด มีสุขภาวะที่ดี โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาจากอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม หรือให้ข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ และปัจจัยทางบวก รวมถึงการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง^{11,12} พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาแก่

ผู้สูงอายุและสารเสพติดผ่านรูปแบบการดูแลแบบทางไกล (Telehealth) หรือเป็นผู้สนับสนุนให้มีกลุ่มบำบัดในการบำบัดทางไกล

2) การเป็นผู้บำบัด การบำบัดการเสพติดที่ได้ผลนั้นต้องใช้แนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นแนวทางการรักษาการเสพติดด้วย การรักษาด้วยยา (Medication Assisted Treatment) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการฟื้นตัวในระยะยาว^{2,20}

3) การติดตามผู้สูงอายุและสารเสพติด เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเลิกยาเสพติดให้ยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจะประเมินอาการด้านอื่นๆ สอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลช่วยเหลือตามแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยทำงานแบบเชื่อมโยง ประสานและส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายในพื้นที่โดยตรงกับโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) แผนการรักษาการรับประทานยาต่อเนื่อง 2) การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติภารกิจประจำวันขณะอยู่ที่บ้าน 3) การแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น 4) สิทธิต่างๆ และการติดต่อรับบริการ และ 5) การดูแลญาติด้านสังคมและจิตใจ^{14,16}

4) การสร้างเครือข่ายร่วมกับชุมชนและทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เช่น การมีงานทำ การทำกิจกรรมทางสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้โดยไม่ต้องกลับไปหากลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด^{14,16}

5) การให้ความรู้กับประชาชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เรื่องการเสพติด การเข้าถึงการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำให้กับองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติด^{14,16}

6) การสร้างนวัตกรรม และเทคโนโลยีในการช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติดให้ได้รับการรักษาและไม่กลับไปเสพติดซ้ำ เช่น การพัฒนา ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อทำนายการเสพติดซ้ำของผู้ติดยาและสารเสพติด ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการติดตามผู้ป่วยได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดได้เพิ่มขึ้นอย่างมากและส่งผลกระทบต่อสังคมและทางด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมากในช่วงของการระบาดอย่างหนักของไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในปัจจุบัน แนวคิดของการฟื้นฟูสภาพ (Resilience) และการปรับรูปแบบการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 ควรคำนึงถึงการเข้าถึงบริการ รูปแบบการให้บริการจากผู้ให้บริการในสถานบริการมาเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ติดยาหรือสารเสพติดแบบทางไกล (Telehealth) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปรับบทบาทและรูปแบบการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดการอุบัติซ้ำและอุบัติใหม่ได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดยาหรือสารเสพติดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพบูรณาการกับTelehealth และความร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) มาปรับใช้ให้ได้ประโยชน์สูงสุด เพื่อพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพของผู้ติดยาและสารเสพติดในทุกมิติ ประกอบด้วย 1) มิติทางด้านผู้ติดยาและสารเสพติดที่ควรใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพ (Resilience) เพื่อให้ผู้ติดยาและสารเสพติดสามารถกลับคืนมาสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด 2) มิติสำหรับการรักษาที่ควรนำรูปแบบการดูแลโดยเน้นการผสมผสานการบูรณาการกับการให้บริการทางไกลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้รับการบำบัด และ 3) มิติทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญด้านการปรึกษา บำบัด ติดตาม สร้างเครือข่าย และการให้ความรู้ เพื่อการติดตามผู้ติดยาและสารเสพติด รวมถึงการสนับสนุนให้เลิกยาเสพติดอย่างถาวรและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวคิดการฟื้นฟูสภาพ (Resilience) และการบูรณาการการดูแลทางไกล¹ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับโลกอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในอนาคต

References

1. United Nations Office on Drug Crime (UNODC). World Drug Report 2020 [internet]. 2020 [cited 2023 Mar 1]; Available from: https://wdr.unodc.org/uploads/wdr2020/documents/UNODC_WDR20_Banner.pdf.

2. Office of the Narcotics Control Board. Thailand narcotics control annual report 2020. Bangkok: Ministry of Justice; 2020.
3. Kinorn P, Kalayasili, R. Misuse of medical drugs. In: Kalayasili R, editor. Fact and Figure Illegal substance in Thailand 2017-2020. Songkla: center of alcohol studies; 2020.
4. American Psychiatric Association. APA dictionary of psychology. 2018 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://dictionary.apa.org/addiction>.
5. Kalayasiri R. Addiction & psychiatric complications. [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 1]; Available from: <https://cads.in.th/cads/content>. (in Thai).
6. Department of Correction. Statistical report on correctional cases under the Narcotics Act nationwide. [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 1]; Available from: http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_index.php?report=drug.
7. Research Centre for Social and Business Development. Survey of risk perception and addictive behavior during the COVID-19 pandemic. [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 1]; Available from: <https://cads.in.th/cads/content?id=111>. (in Thai).
8. Thewjitcharoen Y, Krittiyawong S, Nakasatien S, Himathongkam T. Kratom-associated mixed cholestatic-hepatocellular liver injury in a patient with long COVID: a case report. Clin Med Insights Case Rep. 2022;15:1-6. doi: 10.1177/11795476221132824.
9. Muller E, Hillemacher T, Muller CP. Kratom use for depression/anxiety self-management: challenges during the COVID-19 pandemic - a case report. Heliyon. 2021;7(5): e07039. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e07039.
10. Rudzinski K, McDonough P, Gartner R, Strike C. Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2017;12:1-35. doi: 10.1186/s13011-017-0125-2.
11. American Psychological Association. Building your resilience. [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 11]; Available from: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>.
12. Abbasi NUH, Muhammad S. State resilience and rate of recovery among addicts: moderating role of social skills. Front Psychiatry. 2022;13:1-8. doi: 10.3389/fpsy.2022.906935.
13. Fabelo-Roche JR, Iglesias-More S, Gomez-Garcia AM. Persons with substance abuse disorders and other addictions: coping with the COVID-19 pandemic. MEDICC Rev. 2021;23(2): 55-63. doi: 10.37757/MR2021V23.N2.2.
14. Faculty of Law, Thammasat University. New narcotic drugs act: What did the public gain? Will drug abuse decrease [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 11]; Available from: <https://www.law.tu.ac.th/seminar-summary-new-narcotic-drugs-act/>. (in Thai).

- 15.Saingam D. Substance abuse policy in Thailand: current challenges and future strategies. *Journal of Drug and Alcohol Research*. 2018;7(1):1-10. doi: 10.4303 /JDAR/236058.
- 16.Chitov A. The concept of drug offenses in Thai criminal justice. *Thammasat Law Journal*. 2023;52(1):150-76.
- 17.Morse SC, Fockele C, Huynh LN, Zatzick A, Whiteside LK. A qualitative study of people who use methamphetamine during the early COVID-19 pandemic to inform future ED harm reduction strategies. *J Emerg Med*. 2023;16:1-10. doi: org/10.1186/s12245-023-00505-0.
- 18.Clair K, Ijadi-Maghsoodi R, Nazinyan M, Gabrielian S, Kalofonos I. Veteran perspectives on adaptations to a VA residential rehabilitation program for substance use disorders during the novel Coronavirus pandemic. *Community Ment Health J*. 2021;57(5):801-7.
- 19.Sadicario JS, Parlier-Ahmad AB, Brechbiel JK, Islam LZ, Martin CE. Caring for women with substance use disorders through pregnancy and postpartum during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from psychology trainees in an integrated OBGYN/substance use disorder outpatient treatment program. *J Subst Abuse Treat*. 2021;122:1-4. doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108200.
- 20.Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA). Adaptations and innovations for delivering mental health and substance use disorder treatment services during the COVID-19 pandemic. [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 1]; Available from: <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/dtac-adaptations-innovations-covid-19-pandemic.pdf>.
- 21.Larochelle MR, Bernson D, Land T, Stopka TJ, Wang N, Xuan Z, et al. Medication for opioid use disorder after nonfatal opioid overdose and association with mortality: A cohort study. *Ann Intern Med*. 2018;169(3),137–45. doi: org/10.7 326/M17-3107.
- 22.Wakeman SE, Larochelle MR, Ameli O, Chaisson CE, McPheeters JT, Crown WH, et al. Comparative effectiveness of different treatment pathways for opioid use disorder. *JAMA Netw Open*. 2020;3(2):e1920622. doi: org/10.1001/ja manetworkopen.2019.20622.
- 23.Costa M, Reis G, Pavlo A, Bellamy C, Ponte K, Davidson L. Tele-mental health utilization among people with mental illness to access care during the COVID-19 pandemic. *Community Ment Health J*. 2021;57(4):720-26.
- 24.Clark L, Fan M, Stahlman S. Surveillance of mental and behavioral health care utilization and use of telehealth, active component, U.S. Armed Forces, MSMR. 2021;28(8):22–7.
- 25.Sorkin DH, Janio EA, Eikey EV, Schneider M, Davis K, Schueller SM, et al. Rise in use of digital mental health tools and technologies in the United States during the COVID-19 pandemic: Survey study. *J Med Internet Res*. 2021;23(4). doi: org/10.2196/269 94.
- 26.Liese BS, Monley CM. Providing addiction services during a pandemic: Lessons learned from COVID-19. *J Subst Abuse Treat*. 2021;120:1-4.



เลขที่.....

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

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

ค่าตีพิมพ์

แบบเร่งด่วน (Fast Track) ☐ ฉบับภาษาไทย = 8,000 บาท

ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 10,000 บาท

แบบเร่งด่วน (Fast Track) ☐ ฉบับภาษาไทย = 9,000 บาท

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 11,000 บาท

แบบปกติ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ☐ ฉบับภาษาไทย = 5,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 8,000 บาท

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ☐ ฉบับภาษาไทย = 6,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 9,000 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.....

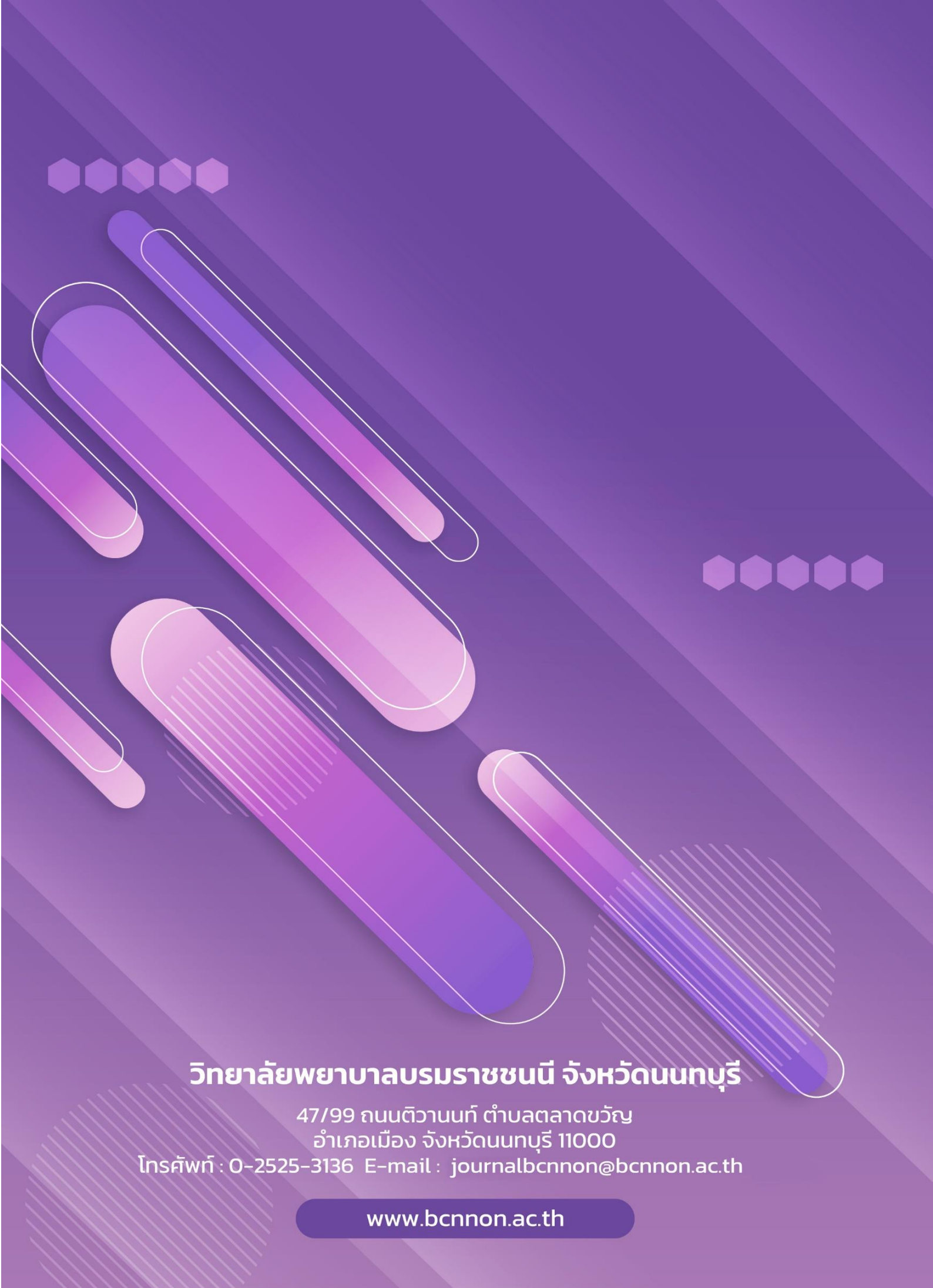
.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

47/99 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2525-3136 E-mail : journalbcnnon@bcnnon.ac.th

www.bcnnon.ac.th