



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

BCNNON Health Science Research Journal

ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566
Vol.17 No.3 September - December 2023

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2566)



รศ.ดร.กุลวดี ไจรจน์ไพศาลกิจ
ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล
ดร.จิระวัฒน์ ต้นสกุล
ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง
ดร.ทานตะวัน แยมบุญเรือง
รศ.ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา
รศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
รศ.ปนัดดา ปรียทฤม
ดร.ผ่องพักตร์ ทิพยพันธุ์
รศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เศรษฐศรีสกุล
นอ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ
ดร.พัชราภรณ์ ตูลยกุล
ผศ.ดร.ฟูชียะห์ หะยี
รศ.ดร.ภัทรวดี มากมี
ดร.มาศไมพี จิตวิริยธรรม
ผศ.ดร.ยุวดี ลีลัคณาวิระ
รศ.ดร.รักษนก คชไกร

ผศ.ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
รศ.ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน
ดร.วันเพ็ญ มานะเจริญ
ผศ.ทพญ.วิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล
ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข
ดร.วรรณวดี ฦกัด
ดร.วีระยุทธ ศรีทุมสุข
ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์
ดร.ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง
ดร.ศิริพร ครุฑภาค
ผศ.ดร.เสาวรส มีกุล
ผศ.สมทรง จิระวรานันท์
ดร.สายฝน ต้นตะโยธิน
ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ
รศ.ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน
รศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ
ผศ.ดร.อรทัย เจริญสิทธิ์
ผศ.ดร.อรสา กงตาล

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขา
ในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารฯ
ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
(BCNON Health Science Research Journal)

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี จัดทำวารสารฯ เพื่อเผยแพร่
ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาล การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

| | | | |
|-------------------|-----------------------|----------------------|--|
| ที่ปรึกษาโครงการ | ผศ.ดร.กมลรัตน์ | เทอร์เนอร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| | ศ.ดร.บุญทิพย์ | สิริรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| | รศ.ดร.โยธิน | แสวงดี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| | รศ.ดร.สังวรรณ | จัตถะโทก | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| | ผศ.ดร.ประนอม | รอดคำดี | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| | ดร.ศุภรีใจ | เจริญสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี |
| | ดร.จุฬารัตน์ | ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี |
| บรรณาธิการ | ดร.เมทนี | ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี |
| ผู้ช่วยบรรณาธิการ | ดร.สุภลักษณ์ | ธานีรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี |
| | ดร.ธัญญาลัย | ชัยรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี |
| | อาจารย์สุดารัตน์ | วันงามวิเศษ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี |
| กองบรรณาธิการ | Prof. Dr. (Med) Benno | Von Bormann | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| | ศ.กิตติคุณ ดร.วัลลภา | เทพหัสติน ณ อยุธยา | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| | ศ.ดร.สุขุมาล | จงธรรมคุณ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| | รศ.ดร.อาภาพร | เผ่าวัฒนา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| | ผศ.ดร.พรชัย | จุลเมตต์ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| | Assist. Prof. Dr. Dan | Bressington | Hong Kong Polytechnic University |
| | Dr. Paul | Turner | โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์ |
| | รศ.ดร.แอนน์ | จิระพงษ์สุวรรณ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| | รศ.ดร.อรพรรณ | ลือบุญธวัชชัย | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| | รศ.ดร.บุญทิพย์ | สิริรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| | น.อ.หญิง ดร.พว.ชนพร | แย้มสุดา | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| | ผศ.ดร.วรรณรัตน์ | ลาวัง | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| | ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ | มณีสาคร โพน โบรมันน์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| | ดร.สุชีวา | วิชัยกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชรระ |
| | ดร.สุภาพร | วรรณสันทัด | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ |
| | ดร.พนารัตน์ | วิศวะเทพนิมิตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ |
| | ดร.ยศพล | เหล็องโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| | ดร.เพ็ญพรรณ | พิทักษ์สงคราม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี |
| | ดร.บุญมี | โพธิ์คำ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี |
| | ดร.กมลนัทธ์ | ม่วงยิ้ม | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี |
| | อาจารย์ชลาสัย | โชคดีศรีจันทร์ | วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี |
| ฝ่ายจัดการ | นางสาวชนากานต์ | โยธา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี |
| กำหนดออก | ราย 4 เดือน | | |

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (BCNNON Health Science Research Journal) ได้ตีพิมพ์บทความวิชาการในสาขาการพยาบาลการศึกษาพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่ตีพิมพ์ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินคุณภาพ และความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ จำนวน 2 ท่าน หรือ 3 ท่าน ตามมาตรฐานของแต่ละองค์กร เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาล และการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ประชาชนทั่วไป และผู้ที่สนใจ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (BCNNON Health Science Research Journal) ได้รับการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (TCI) โดยวารสารฉบับนี้ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 17 ฉบับที่ 3 นำเสนอบทความทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัยภาษาไทย จำนวน 12 เรื่อง บทความวิจัยภาษาอังกฤษ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีที่ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของวารสาร และกลั่นกรองคุณภาพบทความ ทำให้บทความของวารสารมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในการตีพิมพ์เผยแพร่ในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยสละเวลาในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสารที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ ทางวารสารจะพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

สุดท้ายนี้วารสารฯ ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารผ่านทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR> หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ journalbcnnon@bcnnon.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ดร.เมทนี ระดาบุตร
บรรณาธิการ

| สารบัญ | หน้า | CONTENTS |
|--|------|--|
| นิพนธ์ ดันฉบับ | | Original Articles |
| ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง สุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ชวณันท์ จันทรสุข นฤมล จันทรสุข อุษา ขำดำ | 1 | Effects of a resilience enhancement program on the resilience of older persons Chawanon Jansook Naruemon Jansook Usa Dumkhum |
| การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จารุวรรณ ท่วม่วง อรวรรณ ดวงใจ รุ่งนภา เขียวชะอำ นวพร มามาก | 14 | Breastfeeding of the adolescent mothers in Muang District, Chanthaburi Province CharuwanTarmong OrawanDuangchai Rungnapha Khiewchaum Navaporn Mamark |
| การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสาร ด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) โดยวิธีสะท้อนคิด สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อุไร นิโรธนันท์ | 27 | Development of program to enhance communication skills using ISBAR by reflection for nursing students in adult and elderly nursing practicum Urai Nirotnun |
| ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ อติญาณ์ ศรีเกษตริน รวีวรรณ แก้วอยู่ รุ่งนภา จันทรา จุฬารัตน์ หัวหาญ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์ | 40 | Effectiveness of program enhancing health literacy on health behaviors 3E 2S among elderly Atiya Sarakshetrin RaveewanKaewyoo Rungnapa Chantra Chularat Howharn Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen Petchrung Dechboonyachit |

| สารบัญ | หน้า | CONTENTS |
|---|------|---|
| นิพนธ์ ต้นฉบับ | PAGE | Original Articles |
| การติดตามผลการพัฒนาอาจารย์พยาบาล ด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ลัดดาวลัย ไวยสุระสิงห์ ศุภกรใจ เจริญสุข กนกเลขา สุวรรณพงษ์ ลัดดา เหลืองรัตนมาศ นฤมล อังศิริศักดิ์ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สุนทราวดี เรียรพิเชฐ | 54 | A Follow up study of the development of nurse educators for rational drug use instruction in the Bachelor of Nursing Science Program Laddawon Vaisurasingha Sukjai Charoensuk Kanoklekha Suwannapong Ladda Leungratanamart Naruemol Angsirisak Kamolrat Turner Suntharawadee Theinpichelts |
| การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี ธวัช วิเชียรประภา | 65 | The effect of delaying renal deterioration using a community participation model for patients with chronic kidney disease in Khlung District, Chantaburi Province Tawat Wichianprapha |
| ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ของนักศึกษา พยาบาล ณิชนน หล้ารอด ภราดร ยิงยวด สุดารัตน์ วันงามวิเศษ ผ่องพรรณ ภาโว | 77 | Effects of a health literacy development program to prevent nursing students from becoming new smokers Nichamon Lumrod Paradorn Yingyoud Sudarat Wanngamwiset Phongphan phawo |
| การพัฒนาแบบการส่งเสริมการปรับตัวของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขต เทศบาลนครลำปาง พชร วิวุฒิ โอภาส ประมูลสิน พิกุล อุดธิยา สัญญาลักษณ์ หมูดวง วีระชัย เขื่อนแก้ว | 89 | Development of an adaptation promoting a model for the care givers of patients with non-communicable disease, in NaKhon Lampang Municipality-Area Pachara Wiwoot O-pas Pramoonsin Pikul Audthiya Sanyaluk Mooduang Weerachai Kuankaew |

| สารบัญ | หน้า | CONTENTS |
|---|------|--|
| นิพนธ์ ต้นฉบับ | PAGE | Original Articles |
| ค่าพยากรณ์บวกผลการตรวจแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์เต้านมกลุ่ม BI-RADS 4 และ 5 และความสัมพันธ์กับผลพยาธิวิทยา ศุภวรรณ จีวะพงศ์ ปรางนรี คุ่มสาธิต จารุวรรณ สันตินันท์ | 102 | Positive predictive value (PPV) of mammography and breast ultrasound in BI-RADS categories 4 and 5 and relationship to pathological results Supawan Jivapong Prangnaree Kumsathit Jarawan Santinun |
| แนวทางการพัฒนาสุขภาพขององค์รวมโดย นวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ปวีนตรา มานาดี กัญนิษฐา มาเห็ม วิทยา สุขคำ รัชนีย์ ไพเมือง | 113 | Guidelines for the development of holistic wellness by the innovation elderly school, Phuho Subdistrict, Phuluang District, Loei Province Pawintra Manadee Khannistha Mahem Wittaya Sukkham Ratchanee Phaemuang |
| การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพตาม ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มเครือข่าย เกษตรกรโคกหนองนาโมเดล สุพัตรา วัฒนเสน อัจฉรา กิตติวงศ์สุทธิ ประทีป กาลเขว่า เตือนใจ ภูสระแก้ว | 126 | The model development to enhance well- being followed the Philosophy of Sufficiency Economy for farmer network groups under Khok Nong Na Model Supatra Watthanasaeen Atchara Kittivongvisut Prateep Kankhwao Thuanjai Poosakaew |

| สารบัญ | หน้า | CONTENTS |
|--|------|---|
| นิพนธ์ ตันฉบับ | | Original Articles |
| การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล คุณัญญาประเสริฐ วิฑูรเศรษฐ์ ประจักษ์ วิฑูรเศรษฐ์ อริสา สำรอง | 140 | A comparison of job burnout among registered nurse during pandemic of COVID-19 classified according to personal factors Kunutprasert Witoonset Prajak Witoonset Arisa Samrong |
| การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพในสาวจัดฟันในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 กิตตินันท์ ศรีแสนตอ จุฑามาต ไชยผง นริศรา แก้วสอนดี สุทธิดา ทองเชิดชู ทิภากร พุ่มเฉลา วรยุทธ นาคอ้าย | 152 | A qualitative study of experiences and health impacts from COVID-19 pandemic infemales wearing orthodontic devices Kittinan Srisantor Juthamat Chaipong Naritsara Kaewsondi Sutthida Tongchoedchoo Thipakorn Phumchalao Worayuth Nak-Ai |
| แนวปฏิบัติที่ดีในดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น นิตติยา น้อยสีภูมิ | 166 | Good practice for conducting qualitative research with older people with early stage dementia Nittiya Noysipoom |

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

- ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
- กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
- ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
- ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
- กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
- กรณีบทความวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่เกิน 3 ปี

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่มุมขวาบน ทำเป็น 1 คอลัมน์
- พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึงเอกสารอ้างอิง
- ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
- 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 ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

7. การรับเรื่องต้นฉบับ

7.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้ง ตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และขอเอกสารเพิ่มเติม พร้อมแจ้งชำระค่าตีพิมพ์ทาง E-mail

7.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่สร้างขึ้นใหม่ มีลำดับหัวข้อดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

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

1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

1.3.1 บทนำ เขียนโดยย่อ

1.3.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.3 วิธีการวิจัย: แบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้

1.3.4 ผลการวิจัย

1.3.5 สรุปผล

1.3.6 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

1.4 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ 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 เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย

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 โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบร่วมด้วย

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 วิจารณ์)

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 นवलพรรณ วรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²

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

2. การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา 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) ท้ายบทความ ที่ใช้บ้อยมีดังนี้

ก. **ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน** เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ กันให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) กันระหว่างแต่ละคน 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 ขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. **ตัวอย่าง**

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

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

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

จ. **ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น** ไม่ต้องใส่เดือน วันที่

ฉ. **เลขหน้า** ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น p.223-35 เป็นต้น

ข. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบดังนี้

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

ช. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

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

ฅ. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: 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.

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

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; 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

ชื่อผู้นิพนธ์. 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).

ฎ. 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).

BCNNON Health Science Research Journal

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, rationale, 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.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ชวนนท์ จันท์สุข* นฤมล จันท์สุข* อุษา คำขำ**

บทคัดย่อ

บทนำ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการที่ออกแบบมา เพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองด้วยแบบแผนการทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต จำนวน 8 สัปดาห์ ๆ ละ 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเอกสารความรู้เรื่องพลังสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลระดับพลังสุขภาพจิตด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย : หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถประยุกต์กิจกรรมในโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มวัยอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองพังกา จังหวัดชัยนาท

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นฤมล จันท์สุข, E-mail: drnaruemonjs@gmail.com

Received: July 12, 2023

Revised: November 26, 2023

Accepted: December 11, 2023

Effects of a resilience enhancement program on the resilience of older persons

Chawanon Jansook* Naruemon Jansook* Usa Dumkhum**

Abstract

Background: The Resilience Enhancement Program for Elderly (REP-E) is a workshop for an intervention designed to boost mental resilience in the elderly.

Objectives: To investigate effects of a REP-E on the mental resilience of older persons.

Methods: A quasi-experimental research with a pretest-posttest was designed with nonequivalent groups. The sample consisted of 46 older persons in Mueang District, Chainat Province, who were divided into an experimental group and a control group, 23 people per group. The experimental group received the REP-E for 8 weeks, 90 minutes each time. The control group received educational materials on mental resilience enhancement. The REP-E was used as an intervention in the experiment. The instrument used for data collection was the mental resilience assessment form with a reliability tested by Cronbach alpha coefficient of .91. The mental resilience levels were analyzed using mean and standard deviation. A paired t-test was used to compare a mental resilience levels of before and after experiment. An independent t-test was used to compare a mental resilience levels of the experiment group and the control group.

Results: The results showed that after receiving the REP-E, the experimental group had significantly higher mental resilience than before the experiment and significant higher than the control group at .01.

Conclusions: The findings indicated that the REP-E can improve mental resilience. Therefore, health workers can apply the program activities as a guideline for the elderly as well as for people of other age groups.

Keywords: elderly, mental resilience, resilience enhancement program

* Boromrajonani College of Nursing Chai Nat, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

** Bannongphangnak Sub-District Health Promoting Hospital, Chai Nat Province

Corresponding Author: Naruemon Jansook, E-mail: drnaruemonjs@gmail.com

บทนำ

สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในรอบทศวรรษนี้ โดยเฉพาะประเทศพัฒนาแล้วได้ กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เนื่องมาจากอัตราการเกิดลดต่ำลง พร้อมกับผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น¹ ในปี พ.ศ. 2564 โลกมีประชากร 7,875 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด² สำหรับประเทศไทย เริ่มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ด้วยจำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี จำนวนมาก เกือบ 20% ของประชากรทั้งหมด โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2565 ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 12,698,362 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากร 66,090,475 คน โดยกลุ่มที่มากที่สุดประมาณครึ่งหนึ่ง คือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี¹ และจากการคาดการณ์ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ³ ในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ รัฐบาลไทยจึงได้กำหนดให้ สังคมผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ และสานต่อ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุเตรียมพร้อมสังคมไทย เข้าสู่สังคมสูงวัย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีโอกาสเผชิญกับปัญหา สุขภาพจิตในระดับสูง เพราะเป็นวัยที่มีความเสื่อม ถอยร่างกาย และสังคม ร่างกายที่เสื่อมโทรมลงตาม อายุทำให้มีปัญหาสุขภาพกายง่ายขึ้น ต้องพึ่งพา ผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสูญเสีย สถานภาพทางสังคมส่งผลให้ความภาคภูมิใจใน ตนเองลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้⁴ ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุรายนั้น ๆ ปรับตัวปรับใจไม่ทัน

จะนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ ความเครียด ความวิตกกังวล โรคจิต โรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า และการติดสารเสพติด⁵

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความ จำเป็นในการเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพที่ดี เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาแบบ บูรณาการทั้งบุคคล สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมือง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้สูงอายุ พร้อมเผชิญ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการใช้ชีวิต เป็นวิธีการที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายและดำรงไว้ซึ่ง สุขภาวะที่ดี แม้จะมีความท้าทายเรื่องความ ชราภาพ ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะ สามารถรับมือ ปรับตัว และตอบสนองเชิงบวกต่อ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และจะ ไม่ยอมแพ้ต่อสถานการณ์เลวร้ายที่ตนเองเผชิญ อันแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการ สถานการณ์ด้วยตนเอง และความสามารถใน การฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{4,6-7} เป็นการตอบสนอง ยุทธศาสตร์ในด้านการยกระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมใน แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580)⁸

พลังสุขภาพจิต (resilience) เป็นความ สามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และ ฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์ วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก

ในชีวิต เป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่มียุทธศาสตร์สุขภาพจิตสูงยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้าง พลังสุขภาพจิตในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่ใช้แนวคิดของ Grotberg⁹ ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ (1) ฉันมี (I have) คือ การมีสิ่งสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรภายนอกที่บุคคลมี (2) ฉันเป็น (I am) คือ คุณลักษณะเด่นที่อยู่ภายในตนเอง เป็นพลังที่เกิดจากการเรียนรู้สะสมมาในอดีต และ (3) ฉันสามารถ (I can) คือ ทักษะจัดการปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพ¹⁰⁻¹² โดยนำมาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมในโปรแกรม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่

จังหวัดชัยนาทเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 ประมาณ 78,893 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 ของประชากรทั้งหมดซึ่งได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 7.4¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาและการจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของจังหวัดชัยนาท ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Grotberg⁹ มาเป็นกรอบในการพัฒนา เพราะในแต่ละองค์ประกอบ

ของพลังสุขภาพจิตสามารถวัดและพัฒนาได้ และผู้สูงอายุสามารถเสริมสร้างองค์ประกอบต่าง ๆ ให้เข้มแข็ง เมื่อต้องเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดก็จะสามารถตั้งองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ได้ เพื่อให้สามารถผ่านช่วงวิกฤตไปได้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิต สามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับบริบทที่มีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต
2. เพื่อเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

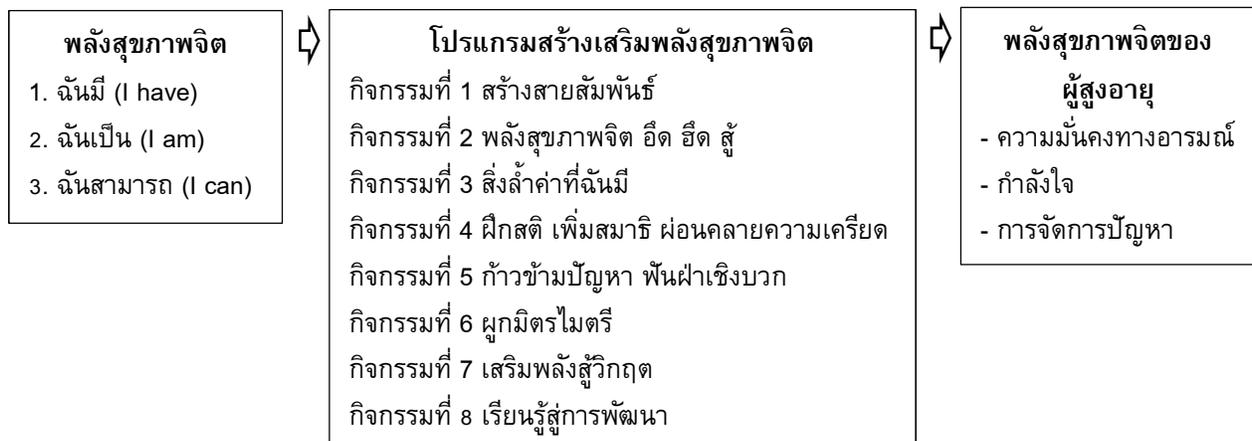
1. ระดับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต
2. ระดับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ของ Grotberg⁹ ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต โดยมีแนวคิดที่พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญภาวะความยากลำบากในชีวิตที่เกิดจาก

ความเชื่อในตนเอง 3 ประการ ได้แก่ (1) ฉันมี (I have) คือ มีสิ่งสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรภายนอกที่บุคคลมี (2) ฉันเป็น (I am) คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ที่เป็นคุณลักษณะเด่นอยู่ภายในตนเองอันเกิดจากการเรียนรู้สะสมมาในอดีต และ (3) ฉันสามารถ (I can) คือ สามารถจัดการปัญหาและสร้างสัมพันธภาพ โดยพัฒนาเป็นโปรแกรม

เสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 กิจกรรม และประเมินพลังสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการปัญหา รายละเอียดกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design with Nonequivalent Groups) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยให้ศึกษาจากเอกสารความรู้ด้วยตนเอง

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

ใช้ตัวอย่างจำนวน 46 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power¹⁴ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 42 คน เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างทำการวิจัย จึงได้ตัวอย่าง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 23 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้การเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 2 ตำบลของอำเภอเมือง และกำหนดให้ตำบลหนึ่ง

เป็นกลุ่มทดลอง อีกตำบลเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่ายเลือกหมู่บ้านมาตำบลละ 1 หมู่บ้านเพื่อเป็นหมู่บ้านกลุ่มทดลองและหมู่บ้านกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติไม่มีความแตกต่างกัน เลือกผู้เข้าร่วมทดลองจำนวนหมู่บ้านละ 23 คนตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกรายชื่อมาจากบัญชีทะเบียนราษฎรของแต่ละหมู่บ้าน 2) มีค่าคะแนนพลังสุขภาพจิต น้อยกว่า 55 คะแนน (ระดับต่ำกว่าเกณฑ์) 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้ และ 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพ เช่น เจ็บป่วย ร้ายแรงในระยะที่ควบคุมไม่ได้ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยตลอดช่วงของการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท หมายเลข BCNC-IRB 013/2565 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต¹⁵ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการปัญหา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึง ไม่จริง ระดับ 2 หมายถึง จริงบางครั้ง ระดับ 3 หมายถึง ค่อนข้างจริง และระดับ 4 หมายถึง จริงมาก การแปลผลใช้คะแนนรวมและคะแนนรวมรายด้าน กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระดับพลังสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนดของกรมสุขภาพจิต¹¹ ดังแสดงในตารางที่ 1 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลความหมายระดับพลังสุขภาพจิต

| องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต | ค่าคะแนน | | |
|----------------------------|------------------|-----------|------------------|
| | ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ | เกณฑ์ปกติ | สูงกว่าเกณฑ์ปกติ |
| ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ | น้อยกว่า 27 | 27-34 | มากกว่า 34 |
| ด้านกำลังใจ | น้อยกว่า 14 | 14-19 | มากกว่า 19 |
| ด้านการจัดการปัญหา | น้อยกว่า 13 | 13-18- | มากกว่า 18 |
| รวม | น้อยกว่า 55 | 55-69 | มากกว่า 69 |

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

ทดลอง ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นการปฏิบัติตามกิจกรรมตามลำดับ 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสายสัมพันธ์ กิจกรรมที่ 2 พลังสุขภาพจิต อึด อีดี สู้ กิจกรรมที่ 3 สิ่งล้ำค่าที่ฉันมี กิจกรรมที่ 4 ผีกสติ เพิ่มสมาธิ ผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมที่ 5 ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก กิจกรรมที่ 6 ผูกมิตรไมตรี กิจกรรมที่ 7 เสริมพลัง สู้วิกฤต และกิจกรรมที่ 8 เรียนรู้สู่การพัฒนา ปฏิบัติกิจกรรม 8 สัปดาห์ ๆ ละกิจกรรมติดต่อกัน โดยใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรม ๆ ละ 90 นาที

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และ IOC ของความตรงเชิงโครงสร้าง เท่ากับ 1.00 และมีค่าประสิทธิภาพตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E1/E2 เท่ากับ 80/80 จาก

การทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมการลงนามให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ตัวอย่างทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตก่อนการทดลอง (Pretest) ในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง

3. การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง เป็นการให้ความรู้เป็นกลุ่มผ่านกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 8 กิจกรรม ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 กิจกรรม รวม 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม สถานที่จัดกิจกรรม คือ ศาลาวัด รายละเอียดของกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนกลุ่มควบคุมให้ศึกษาจากเอกสารความรู้เรื่องพลังสุขภาพจิตด้วยตนเอง

ตารางที่ 2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

| สัปดาห์ที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | การปฏิบัติ |
|------------|---|---|--|
| 1 | กิจกรรมที่ 1 สร้างสายสัมพันธ์ | - สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง | - ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต - สมาชิกแนะนำตนเอง |
| 2 | กิจกรรมที่ 2 พลังสุขภาพจิต อึด อีดี สู้ | - สมาชิกในกลุ่มได้รู้จักตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตน ได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพลังสุขภาพที่สูง ซึ่งจะทำให้มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้น - สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ภายในตนเอง | - ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรมพลังสุขภาพจิต อึด อีดี สู้ - สมาชิกประเมินพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ภายในตนเอง |

| สัปดาห์ที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | การปฏิบัติ |
|------------|--|--|---|
| 3 | กิจกรรมที่ 3 สิ่งล้ำค่าที่ฉัน มี | - สมาชิกในกลุ่มได้รู้จักตัวเอง และเข้าใจตนเองมากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ดีในการมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ทำให้สมาชิกเห็นความสามารถของตนเอง เป็นการเพิ่มคุณค่าแห่งตน ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งภายในตัวบุคคล | - ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง - สมาชิกฝึกการคิดเพื่อการมองเห็นคุณค่าในตนเอง |
| 4 | กิจกรรมที่ 4 ฝึกสติ เพิ่มสมาธิ ผ่อนคลาย ความเครียด | - สมาชิกตระหนักถึงความเครียดที่ทุกคนต้องเผชิญในชีวิตซึ่งทุกคนต้องค้นหาวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง - สมาชิกรับรู้อารมณ์ของตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น - สมาชิกได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดให้สามารถนำไปใช้ได้ | - ผู้วิจัยอธิบายความเครียดและการจัดการความเครียดด้วยตนเอง อารมณ์และการจัดการอารมณ์ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด - สมาชิกฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด |
| 5 | กิจกรรมที่ 5 ก้าวข้าม ปัญหา พัน ฝ่าเชิงบวก | - สมาชิกในกลุ่มรู้จักวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ อันเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับตนเอง | - ผู้วิจัยอธิบายวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ - สมาชิกฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ |
| 6 | กิจกรรมที่ 6 ผูกมิตรไมตรี | - สมาชิกในกลุ่มรู้จักการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น และเรียนรู้ที่จะเลือกรับและแสดงออกต่อมิตรภาพจากผู้อื่น เพราะเมื่อชีวิตมีปัญหา สมาชิกจะได้มีแหล่งที่ให้คำปรึกษา ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาได้ | - ผู้วิจัยอธิบายเทคนิคการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น - สมาชิกฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ |
| 7 | กิจกรรมที่ 7 เสริมพลัง วิฤต | - สมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายและสามารถสร้างกำลังใจของตนเองที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามบริบทของแต่ละบุคคล | - ผู้วิจัยอธิบายวิธีการกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาของบุคคล - สมาชิกฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล |
| 8 | กิจกรรมที่ 8 เรียนรู้สู่การ พัฒนา | - สมาชิกในกลุ่มทบทวนความรู้ สาระสำคัญ การสะท้อนคิดที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่ม และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ - ยุติกิจกรรมกลุ่ม และสรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม | - ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนความรู้ สาระสำคัญ การสะท้อนคิดที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่ม และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ - ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและยุติกิจกรรมโครงการ |

4. เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองโดยการประเมินพลังสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตหลังการทดลองทันที (Posttest) คือ สัปดาห์ที่ 8 และประเมินพลังสุขภาพจิตของกลุ่มควบคุมในสัปดาห์เดียวกัน หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อหลักทางจริยธรรมด้านการรักษาผลประโยชน์ที่จะเกิดจากตัวอย่างด้วยความเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ

2. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบ t-test โดยการตรวจสอบการกระจายแบบโค้งปกติของข้อมูล และความเท่ากันของความแปรปรวนของประชากรแต่ละกลุ่ม

3. วิเคราะห์ระดับพลังสุขภาพจิตโดยใช้สถิติเชิงบรรยายด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.17 อายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 52.17 มีสภาพสมรสคู่จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 34.78 และการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.96 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.52 อายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 56.52 มีสภาพสมรสคู่จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 39.13 และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.61 และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต (Mean = 72.09, SD = 0.43) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 51.86, SD = 0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง (Mean = 51.86, SD = 0.49) และกลุ่มควบคุม (Mean = 52.03, SD = 0.44) มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต (Mean = 72.09, SD = 0.43) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 55.11, SD = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 23) และกลุ่มควบคุม (n = 23)

| การทดลอง | ผลการวิเคราะห์ | | | |
|---------------------|----------------|------|------|---------|
| | Mean | SD | t | p-value |
| กลุ่มทดลอง | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 51.86 | 0.49 | 8.96 | .001** |
| หลังการทดลอง | 72.09 | 0.43 | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 52.03 | 0.44 | 2.01 | .83 |
| หลังการทดลอง | 55.11 | 0.42 | | |
| ก่อนการทดลอง | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 51.86 | 0.49 | 2.09 | .86 |
| กลุ่มควบคุม | 52.03 | 0.44 | | |
| หลังการทดลอง | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 72.09 | 0.43 | 9.83 | .001** |
| กลุ่มควบคุม | 55.11 | 0.42 | | |

**p<.001

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมได้รับการพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Grotberg⁹ ทั้ง 3 ด้าน โดยมีกิจกรรมมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

แต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (I am) ได้แก่ กิจกรรม “พลังสุขภาพจิต อึด อืด สู้” เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้ประเมินพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ภายในตนเอง และกิจกรรม “สิ่งล้ำค่าที่ฉันมี” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตัวเอง และเข้าใจตนเองมากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ดีในการมองเห็นคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น^{6,15} องค์ประกอบที่ 2 ด้านกำลังใจ (I have) ได้แก่ กิจกรรม “ผูกมิตรไมตรี” เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น และเรียนรู้ที่จะเลือกรับและแสดงออกต่อมิตรภาพจากผู้อื่น และกิจกรรม “เสริมพลังสู้วิกฤต” เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกำหนดเป้าหมายและสามารถสร้าง

กำลังใจของตนเองที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามบริบทของแต่ละบุคคล^{7,15} องค์ประกอบที่ 3 ความสามารถในการจัดการปัญหา (I can) ได้แก่ กิจกรรม “ฝึกสติ เพิ่มสมาธิ ผ่อนคลายความเครียด” เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความเครียด ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนต้องเผชิญในชีวิต และวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น และกิจกรรม “ก้าวข้ามปัญหาฟันผุเชิงบวก” เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ^{6-7,15} จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการฝึกทักษะในการมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต การนึกถึงสิ่งดี ๆ ที่ยังมีเหลืออยู่เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต ซึ่งสามารถส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้เพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมได้พัฒนาแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มสูงขึ้น¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งโปรแกรมออกแบบเพื่อพัฒนาคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ “ฉันมี” (I have) “ฉันเป็น” (I am) และ “ฉันสามารถ” (I can) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต กลุ่มทดลอง

มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากกว่าการดูแลโดยปกติทั่วไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะต้องดำเนินการให้ครบทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีพลังสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการประชาสัมพันธ์โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าถึง เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อดูความคงทนและความต่อเนื่องของการปฏิบัติในทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาพลังสุขภาพจิต

References

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Current aging society and economy in Thailand. [internet]. 2021 [cited 2022 Oct 4]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Situation of the Thai older persons 2021. [internet]. 2022 [cited 2022 Oct 2]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/2/1747>. (in Thai).
3. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Demographic, population and housing statistics. [internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]; Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
4. 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).
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for psychological social care of the elderly to prevent mental health problems. 4th ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2015. (in Thai).
6. Thongkhum K, Peungposop N, Sakunpong N. Resilience in the elderly: concept and approaches to promoting resilience. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021;29(1):105-16. (in Thai).
7. Mekkhachorn N. Resilience: a new approach of mental empowerment for dealing with current life crisis. Journal of Psychology Kasem Bundit University. 2021;11(2):1-9. (in Thai).
8. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Action plan on the elderly, phase 3 (2023-2037) [internet]. 2023 [cited 2022 Jul 2]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>. (in Thai).
9. Grotberg EH. Resilience for today: gaining strength from adversity. Westport, CT: Praeger; 2003.
10. Chaosuansreecharoen RK, Chaosuansreecharoen P, Khongsanit S. Effectiveness of resilience enhancing program in elderly residents at Ban Sritang Nursing Home. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019;29(1):32-47.(in Thai).

11. Photipim M, Pholsrioradit P, Bonyaphagorn S, Bonyaphagorn J, Ketbumroong V, Norkaew J, et al. Effect of resilience-enhancing program on resilience quotient among older adults, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Vongchavalitkul University. 2021;34(2):30-43. (in Thai).
12. Koolnaphadol P, Haenjohn J. Education and development of resilience among elderly by intrgrating the participantion process of the family and civil society network. Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai).
13. Chainat Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health. Annual report 2022. Chainat: Chainat Provincial Public Health Office; 2022. (in Thai).
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.
15. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Resilience quotient. Nonthaburi: Beyond Publishing Company; 2020. (in Thai).

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

จรรวรรณ ท่วม่วง* อรวรรณ ดวงใจ* รุ่งนภา เขียวชะอำ* นวพร มามาก**

บทคัดย่อ

บทนำ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งสำคัญในการเจริญเติบโตของทารก แต่มารดาวัยรุ่นจัดเป็นกลุ่มที่ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ขาดประสบการณ์ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาสถานการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นจึงมีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ยให้ได้ยาวนานถึง 6 เดือน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

วิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี แผลงหลังคลอด จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : แก่นสาระสำคัญของสถานการณ์ฯ สรุปได้ 5 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ด้านความเชื่อ 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 3) ด้านสิ่งแวดล้อม 4) ด้านการรับรู้ประโยชน์ และ 5) ด้านการรับรู้อุปสรรค

สรุป : จากผลงานวิจัย เป็นการศึกษาในระยะที่ 1 ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาในระยะต่อไป และใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมเพื่อสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

* วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อรวรรณ ดวงใจ, E-mail: orawan@pnc.ac.th

Received: May 10, 2023

Revised: November 27, 2023

Accepted: December 11, 2023

Breastfeeding of the adolescent mothers in Muang District, Chanthaburi Province

Charuwan Tarmong* Orawan Duangchai* Rungnapha Khiewchaum* Navaporn Mamark**

Abstract

Background: Adolescents are categorized as a high-risk group. They are emotionally immature, self-doubting, stressed, and afraid of raising children. Investigating factors related to breastfeeding in adolescent mothers is helpful in planning and developing a guide to promote breastfeeding for up to 6 months.

Objectives: The objective was to investigate problems, difficulties, and requirements related to breastfeeding of adolescent mothers in the department of postpartum care at Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province.

Methods: This study was a component of research and development that used qualitative research methods. The key informants selected through purposive sampling were fifteen postpartum adolescent mothers under the age of twenty in the department of postpartum care. The data were collected using in-depth interviews and analyzed using content analysis.

Results: Five main themes emerged, including: 1) belief, 2) social support, 3) environment, 4) perceived benefit, and 5) perceived barrier.

Conclusions: This study was conducted as a first-phase to collect baseline data for the subsequent-phase and to serve as a model for the development of a program to encourage adolescent mothers to successfully breastfeed.

Keywords: adolescent mothers, breastfeeding

* Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

Corresponding Author: Orawan Duangchai, E-mail: orawan@pnc.ac.th

บทนำ

นมแม่มีสารอาหารธรรมชาติที่มีคุณค่า ทำให้ทารกมีภูมิคุ้มกัน มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถป้องกันโรคมะเร็งได้¹⁻³ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 14 ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก⁴ มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ⁵ จากฐานทะเบียนเกิดของกระทรวงมหาดไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราคลอดในวัยรุ่น 15-19 ปี ลดลงทุกเขตสุขภาพ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดจันทบุรี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และตราด โดยลดลงจาก 39.2 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2563 ลดเหลือ 35.4 ต่อ 1,000 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์รายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 เรื่องความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า มารดาวัยรุ่นในจังหวัดจันทบุรี⁶ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน 6 เดือนน้อยกว่ามารดาวัยอื่น⁷ มารดาวัยรุ่นจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ไม่พร้อม ขาดความมั่นใจ เครียด วิตกกังวล มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าคนที่อายุมาก⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกในเขตจังหวัดเพชรบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของนมแม่ การมีต้นแบบที่เลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เกิดความสำเร็จ และอุปสรรคเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากครอบครัว การไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง ปัญหาด้านสุขภาพและหวั่นหมกการขาดความเข้าใจ การต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่และความช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน 6 เดือนประสบความสำเร็จ⁹ หลายการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาปกติและมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ แต่การศึกษาเชิงคุณภาพพบการศึกษาค่อนข้างน้อยในบางบริบทพื้นที่เท่านั้น¹⁰⁻¹² ในการศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถทราบถึงปัญหาอุปสรรคที่เป็นรายละเอียดจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งจะนำไปพัฒนาและออกแบบ เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการศึกษาเชิงคุณภาพนั้นจะช่วยให้เข้าใจปัญหา อุปสรรค และความต้องการของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่แตกต่างตามบริบทพื้นที่และสถานการณ์นั้น ๆ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จึงต้องการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ซึ่งสามารถนำปัญหาอุปสรรคที่ได้มาจากการทำวิจัยเชิงคุณภาพใช้เป็นแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัด จันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุดการวิจัยและการพัฒนา (research and development) เรื่องการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ต่อทักษะและความตั้งใจในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ศึกษาใน เขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เป็น การศึกษาสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค และ ความต้องการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน มารดาวัยรุ่น

ประชากรและตัวอย่าง

ตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ มารดา วัยรุ่นหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ชั้น 3 และ 4 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตาม เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มารดาหลังคลอด 2 วันขึ้นไปที่มีอายุ 13 ปี ถึง 19 ปี 2) ตั้งครรภ์แรก 3) คลอดที่ โรงพยาบาล พระปกเกล้า 4) สื่อสารภาษาไทยได้คล่อง ทั้งการ ฟัง พูด อ่าน และเขียน 5) ทารกแรกเกิดสุขภาพ ดี หลังคลอดพักฟื้นกับมารดา 6) ไม่มีข้อห้ามใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 7) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ มารดาปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

และบุตรไม่แข็งแรงที่ไม่สามารถดื่มนมมารดา ได้ หรือมารดาที่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview protocol) เป็นคำถามปลายเปิดที่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เน้นสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In-depth interviews) จากผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และ ปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูลสำคัญที่ละคน โดยมีผู้สัมภาษณ์ 1 คน และผู้จัดบันทึก 1 คน โดยใช้แนวคำถามหลัก และใช้แนวคำถามรองแบบเจาะประเด็น แนว คำถามเจาะลึกถึงความต้องการ และคำถามปิด ประเด็น¹³

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยขออนุญาตการทำวิจัยและ การพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 004/65 วันที่ 20 มกราคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับใน การทำวิจัยครั้งนี้ ให้ผู้ให้สัมภาษณ์ รวมทั้งชี้แจง ให้ทราบว่า การตอบสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อผู้ให้สัมภาษณ์ การให้ข้อมูลต้อง เป็นไปด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวไม่มี ผลกระทบใดๆ โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

จะเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวมของกลุ่ม และเนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มเปราะบางที่มีอายุ 13-19 ปี ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้ปกครองและผ่านความเห็นชอบโดยมีผู้ปกครองให้ความยินยอมร่วม (Assent form)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวคำถามปลายเปิดและใช้คำถามแบบเจาะลึก (Probing questions) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการถามเพื่อติดตามประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่ หรือประเด็นที่ไม่ชัดเจนในขณะสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลโดยการแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ณ แผนกหลังคลอด จนข้อมูลอิ่มตัว

2. หลังจากสัมภาษณ์ สรุปประเด็นการสนทนา เพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้สัมภาษณ์ และผู้ให้สัมภาษณ์อีกครั้ง ก่อนยุติการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามแนวทางของ Graneheim and Lundman¹⁴ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัย บันทึกเทป ถอดเทป อ่านข้อมูลที่ได้จากการทบทวนข้อมูลที่ได้ปราศจากการตีความ

แต่ละบรรทัดเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีการคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเสมอ

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความถูกต้อง อ่านทบทวน ผู้วิจัยนำความหมายที่บันทึกไว้มาจัดกลุ่ม แบ่งเป็นประเด็น โดยสรุปเป็นความคิดรวบยอด ทั้งประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub themes) ที่สะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น

3. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ ข้อสรุปที่ได้สรุปเสร็จสิ้นแล้วนั้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน ที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) การนำไปใช้ (Transferability) และสามารถตรวจสอบได้ (Auditability)

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 15 คน พบว่ามี แก่นสาระสำคัญของสถานการณ์ฯ สรุปได้ 5 ประเด็นหลัก (Theme) ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ด้านความเชื่อ ประเด็นที่ 2 ด้านการสนับสนุนทางสังคม ประเด็นที่ 3 ด้านสิ่งแวดล้อม ประเด็นที่ 4 ด้านการรับรู้ประโยชน์ และประเด็นที่ 5 ด้านการรับรู้อุปสรรค โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านความเชื่อ (Belief) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับอิทธิพลความเชื่อจากหลายช่องทางที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทั้งจากความเชื่อของมารดาหลังคลอด ความเชื่อของครอบครัว และความเชื่อของสามี ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ความเชื่อของตัวเอง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ แต่ละคนมีความเชื่อที่แตกต่างกัน ซึ่งความเชื่อของมารดาเกิดจากประสบการณ์ที่มารดาพบเห็นมาด้วยตนเองจากญาติ หรือเพื่อน เช่น เชื่อว่าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลูกจะติดแม่ นมแม่ทำให้ลูกท้องเสีย หรือน้ำนมแม่มีปริมาณน้อยทำให้ลูกกินนมไม่อิ่มจึงต้องให้นมผสมเสริม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ถ้าหนูเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลูกจะติดเต้าทำให้ลูกเลี้ยงยากขึ้น จริง ๆ ลูกหนูเคยท้องเสียก็เลยให้หยุดกินนมแม่ไปก่อนค่ะแล้วถ้าดีขึ้นค่อยให้กินใหม่”

“หลังดูดนมแม่ เต้กร้องไห้ เป็นเพราะลูกไม่อิ่ม ต้องให้นมผสมเสริม หลังจากนั้นลูกนอนหลับได้ยาว”

1.2 ความเชื่อของครอบครัว ความเชื่อของหลายครอบครัวที่คุ้นชินกับการให้ทารกดื่มน้ำหลังจากดื่มนม จนทำให้เด็กไม่ดื่มนมเนื่องจากดื่มน้ำอิ่ม และบางครอบครัวกลัวลูกกินนมไม่อิ่มจึงให้การให้อาหารเสริมตั้งแต่วัยยังไม่ถึง 6 เดือน จึงทำให้มารดารับรู้ว่าการให้อาหารเสริมทำให้ทารกอิ่มได้มากกว่าการเลี้ยงด้วยนมแม่ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“แม่หนูช่วยหนูเลี้ยงลูก ก็จะมีให้น้ำลูกหนูบ่อย ๆ ระหว่างมือ เขาจะบอกให้หนูให้น้ำลูกทุกครั้งหลังให้นม แม่บอกว่า ลูกจะได้ตัวไม่เหลือง”

“ที่บ้านหนูแม่จะช่วยเลี้ยงให้ค่ะ เริ่มป้อนกล้วยครูดตั้งแต่ 3-4 เดือน แม่บอกว่ากิน

นมแม่อย่างเดียวลูกจะไปอิมได้อย่างไร พอเด็กหิวตื่นบ่อย ๆ แบบนี้ เด็กก็จะไม่โต นอนไม่ทน”

1.3 ความเชื่อของสามี

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบางคน สามีมีความเชื่อในการให้นมผสมเพราะทำให้ทารกตัวอ้วนและน่ารัก และสามีเชื่อว่าการที่ให้ลูกดูดนมแม่จะทำให้ภรรยา มีเต้านมหย่อนคล้อย จึงไม่สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ส่วนใหญ่แม่หนูและหนูช่วยกันเลี้ยงมากกว่าค่ะ พอลูกร้องหนอยแพนหนูก็บอกว่าให้ช้อนนมผสมมาเลี้ยงมัยจะได้อิ่มร้องกวน เด็กจะได้ตัวอ้วนและน่ารักด้วย”

“สามีหนู เคยถามว่าให้ลูกกินนมบ่อย ๆ เต้านมจะยาน เต้านมจะหย่อนคล้อยมัย?”

2. ด้านการสนับสนุนทางสังคม

(Social support) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความต้องการ การสนับสนุนจากฝ่ายต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์

(Health care team support) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ ต้องการได้รับการเสริมทักษะด้านนมแม่อย่างถูกวิธีและสื่อเชิงวิชาการเสริมความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากผู้เชี่ยวชาญ และการติดตามผ่านไลน์ส่วนตัวจากผู้เชี่ยวชาญ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หนูรู้สึกไม่มั่นใจมาก ๆ ค่ะ ให้นมไม่ถูกพอมีพี่ ๆ พยาบาลมาช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด สอนให้นมในท่าที่ถูกต้อง หนูกดดันมากขึ้น บางทีลูกหนูกินนม มีเสียงจ๊อบจ๊อบ คิดว่าไม่เป็นไร พอพี่ ๆ พยาบาล

มาช่วยดู ก็จะแนะนำให้หนูให้หมูลูกจนถึงลานนม”

“อยากให้มีการติดตามผ่านไลน์ เพราะสามีเขาไม่รู้จะแก้ไขปัญหาวางไร หนูเองเป็นแม่มือใหม่ก็แก้ไขไม่ถูกค่ะ ถ้ามีผู้เชี่ยวชาญส่วนตัวคุยไลน์กันได้ หนูก็พร้อมจะให้หมูลูกให้นานที่สุด”

2.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการได้รับการเสริมแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และการได้รับความสนับสนุนในด้านอาหารบำรุงน้ำนม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“พอหนูให้นมเสร็จ สามีก็จะมาช่วยอุ้มลูกพาเดินเล่น น้องก็จะเรอ มีผายลมด้วยค่ะ หนูก็ไม่เหนื่อยมาก ได้พักมากขึ้น”

“หลังจากคลอดใหม่ ๆ รู้สึกถอดใจมาก เพราะกว่าจะได้กลับบ้าน 4 วันน้ำนมไหลน้อย กังวลมาก แม่คอยบอกตลอดว่าให้กินน้ำขิง น้ำห้วปลี จะได้เพิ่มน้ำนม พอกลับบ้านยายทำแกงเลียงหม้อใหญ่ กินได้เยอะ น้ำนมมาดีมาก ๆ เลย”

2.3 การสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support) มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการความเข้าใจจากสังคมเพื่อนร่วมงาน หรือเพื่อนนักเรียนในการจัดสรรเวลาในการเตรียมนมเก็บไว้ให้ลูกขณะอยู่ที่ทำงานหรือกลับไปเรียนหนังสือ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หลังจากคลอดแล้วเมื่อกลับไปทำงานตอนแรก ๆ ก็กลัวว่าเพื่อนที่ทำงานจะไม่โอเค เพื่อนบางคนจะบอกว่าให้หนูไม่ต้องกังวลให้เวลาไปบีบน้ำนม ซึ่งทำให้หนูมีคลังน้ำนมพอที่จะให้หมูลูก ถ้าไม่มีเพื่อนร่วมงานที่ดี ลูกหนูอาจได้นมไม่พอ”

“เพื่อนบอกว่า ได้เวลาบีบน้ำนมแล้วให้ไปบีบน้ำนมได้เลย เดี่ยวเราช่วยงานเราเอง”

3. ด้านสิ่งแวดล้อม (Surroundings)

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ บางคนกลับไปเรียน บางคนไม่ได้กลับไปเรียน สำหรับคนที่กลับไปเรียน ต้องการสิ่งแวดล้อมหรือสถานที่ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการบีบเก็บน้ำนมที่ทำงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“พอหนูกลับไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน หนูไม่สามารถหาสถานที่บีบน้ำนมได้ ไม่มีห้องบีบนม ห้องน้ำก็ไม่สะอาดเพราะมีคนเดินเข้าออก เต้านมก็จะคัดมาก รอบบีบนมอีกทีตอนกลับบ้านเลยค่ะ บางทีก็กลัวลูกได้นมไม่พอเลยบีบเก็บนมช่วงกลางคืนแทนแล้วเก็บไว้ในตู้เย็น”

“หนูอยากให้ที่ทำงานมีห้องสำหรับบีบเก็บน้ำนม เพราะหนูตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะได้ไม่เจ็ดประจ้อเวลาบีบเก็บน้ำนม และไม่เกิดความรู้สึกอายด้วยค่ะ”

4. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดประโยชน์หลายประการ ประกอบด้วย ประโยชน์ต่อตัวมารดาเอง ประโยชน์ต่อลูก และประโยชน์ต่อครอบครัว ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ประโยชน์ต่อมารดา

วัยรุ่นหลังคลอดรับรู้ว่าการให้นมมารดาจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อตัวมารดาเองเนื่องจากมารดารับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น น้ำคาวปลาจางไว น้ำหนักลดลงเร็ว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“รู้สึกว่ หลังจากที่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มดลูกเข้าอู่เร็วมากเลย น้ำคาวปลาจางไว จะรู้สึกปวดมดลูกเมื่อลูกมีการดูดนม พยาบาลบอกว่าถ้าแม่มีการปวดมดลูกมากทนนไม่ไหวให้กิน

ยาแก้ปวดได้เลย เพราะยาไม่มีปัญหากับการให้นมแม่”

“พอเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้น้ำหนักของหนูหลังคลอดลดลงเร็ว กลับมาใส่เสื้อผ้าเดิมได้ดีใจมาก”

4.2 ประโยชน์ต่อลูก มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ รู้สึกว่าการให้นมทารกเกิดความผูกพันกับทารก และทารกขับถ่ายดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เวลาลูกดูดนมจะรู้สึกดี ทำให้เรายิ้มได้ ตอนที่เขาดูดนม รับรู้ได้เลยว่าเขามีความสุข เราก็จะดีใจมาก เป็นความรู้สึกที่ทำให้เรารัตินันบอกไม่ถูก เวลาที่เขากินนมจะคอยโอบกอดให้เขาอบอุ่นเสมอค่ะ”

“ถ้าเราให้นมของเรอย่างต่อเนื่อง จะเห็นเลยว่าลูกขับถ่ายเป็นเวลา ไม่มีปัญหาท้องอืด หนูไม่อยากให้เขากินนมผง เห็นคนอื่นเขากลับไม่อ้อมกั้น แต่หนูคอยดูแลตัวเอง ให้เขาดูดบ่อย ๆ น้ำนมก็มาดีนมเพียงพอ”

4.3 ประโยชน์ต่อครอบครัว มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพิ่มการมีส่วนร่วมของสามีและญาติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ที่บ้านหนูไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเวลาลูกเจ็บป่วย ช่วยให้ประหยัดได้มากเลย และหนูก็ประหยัดเงินไม่ต้องซื้อนมกระป๋องค่ะ”

“ตอนนี้เลี้ยงลูกได้มากกว่า 6 เดือนแล้วค่ะ ลูกเห็นปุ่ย่าตายายเขาจะยิ้ม เพื่อนบ้านมาขออุ้ม เขาจะร้องไห้ ไม่ร้องให้ เล่นกับพี่ป้าหน้าออดีมากเลยค่ะ”

5. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier) มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าจะมีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ขาดประสบการณ์

มารดา วัยรุ่น หลังคลอด ไม่มีประสบการณ์ทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และขาดประสบการณ์การเก็บน้ำนม จึงไม่ได้กระตุ้นให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง และไม่ทราบว่าจะถ้ามีน้ำนมจำนวนมากแล้ว จะเก็บไว้เลี้ยงลูกอย่างไร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“นี่เป็นครั้งแรกที่มีลูกค่ะ ตั้งใจมาก แต่ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไรค่ะ พอลูกหลับนานไม่กล้าปลุกลูกมาดูดนม จนพยาบาลเดินมาบอกว่าต้องปลุกให้ลูกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง”

“หนูไม่แน่ใจในวิธีการเก็บนม ไม่รู้ว่าจะสามารถทำได้มัย อาจฝากแม่หรือยายเลี้ยง เพราะต้องกลับไปทำงานต่างจังหวัด เขาอาจจะให้กินนมผสมบ้างก็คงไม่เป็นไร”

5.2 ขาดความมั่นใจ

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูก เห็นมารดาคนอื่นเลี้ยงลูกด้วยนมผสม เกิดความไม่มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กังวลว่าลูกน้ำหนักจะขึ้นน้อย กลัวถูกตำหนิว่าเลี้ยงลูกไม่โต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เคยเห็นคนอื่นเลี้ยงลูกด้วยนมผสมเขาก็อยู่ได้นะคะ ไม่มั่นใจเพราะเป็นลูกคนแรก กังวล กลัวว่าน้ำหนักจะไหลน้อย ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงลูก”

“หนูต้องไปอยู่บ้านแม่สามีน้ำหนักก็ไหลน้อยมาก กลัวแม่เขาจะไม่ชอบถ้าหนูเลี้ยงลูกไม่โต เต้านมหนูก็เล็กมาก พยาบาลบอกว่าน้ำนมจะเพิ่มขึ้นถ้าให้ดูดบ่อย ๆ ก็ทำตามแต่น้ำนมไหลน้อยมาก”

5.3 ความเครียด

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ อาจเกิดความเครียดเนื่องจากน้ำหนักไม่พอ จึงเกิดความวิตกกังวลว่าลูกจะดูดนมไม่อิ่ม จึงต้องการให้นมผสมแทนนมแม่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“วันนี้วันที่ 3 แล้วคะ น้ำนมยังไม่ไหลเลย พยายามกินให้มาก ๆ แล้ว กระตุ้นให้ลูกดูดก็แล้ว น้ำนมยังมีน้อยอยู่เลยคะ ลูกก็น้ำหนักลดเครียดมากกลัวลูกตัวเหลืองแล้วไม่ได้กลับบ้านคะ บางครั้งทำอะไรไม่ถูกเลยคะ ลูกร้องตลอด น้ำนมไหลน้อยมาก หนูนึ่งร้องให้”

“เวลาลูกร้องให้ หนูก็ทำอะไรไม่ถูกเครียดเลยคะ เอาเข้าเต้าก็ร้องไม่รู้ว่าจะเกิดจากอะไร พอให้นมขวดหยุดร้องเลยคะ”

5.4 การขาดทักษะ

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดขาดทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากเป็นมารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก ขาดทักษะในการอุ้มทารกที่ต้อง ทำให้มารดาเกิดความท้อแท้ได้ และไม่กล้าอุ้มลูกให้ดูดนมจากเต้าของมารดา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“วันนี้ลองอุ้มทารกเข้าเต้าแล้ว พยายามเท่าไรก็ทำไม่ได้ ไม่ค่อยถนัด ตอนที่พยาบาลมาสาธิต ดูเหมือนง่ายแต่ทำเองทำเท่าไรก็ไม่ได้ ท้อมาก”

“เวลาให้ลูกดูดนม ลูกจะสายหัวไปมาอมได้แต่หัวนม หนูก็ไม่รู้จะทำอย่างไรเพื่อให้ลูกอมถึงลานนม เหนื่อยมากเลยคะ”

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม การรับรู้

ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีผลทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดตัดสินใจยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์และเข้าใจพฤติกรรมมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ไม่มีมารดา รายใดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มตัวได้นาน 6 เดือน เนื่องจากต้องออกไปทำงาน น้ำนมไม่พอ กลัวว่าลูกจะติดนมแม่ทำให้เลิกยาก¹⁰ นอกจากนี้มีการศึกษา มารดาที่มีความเข้าใจผิดว่าทารกที่ได้รับนมมารดาแล้วจะมีอาการท้องเสีย ถ่ายบ่อย ซึ่งตามจริงแล้วเป็นภาวะปกติของทารกที่ได้รับนมแม่¹⁵ นอกจากนี้ความเชื่อของมารดาหลังคลอด ครอบครัวยุคใหม่ ซึ่งคิดว่าหากทารกร้องแสดงว่าทารกไม่อิ่ม ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจให้นมผสมเพื่อทำให้ทารกอิ่มและหยุดร้องได้ ซึ่งเกิดจากวิธีการเลี้ยงบนพื้นฐานความเชื่อ ที่เชื่อว่าการให้น้ำหรืออาหารเสริมหรือกล้วยครูด จะทำให้ทารกนอนได้นาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อทารกร้องให้สมาชิกในครอบครัวจะคิดว่าทารกหิว ครอบครัวยุคใหม่ต้องการให้ทารกอิ่มแล้วจะได้ไม่ร้องให้ จึงสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงทารกด้วยนมผสม จนในที่สุดมารดาอาจให้นมผสมแทนนมแม่¹⁶ การตัดสินใจให้นมผสมไม่เพียงแต่ครอบครัวจะมีอิทธิพลเพียงอย่างเดียวยังรวมถึงการที่มารดาเป็นครั้งแรกไม่เคยมีประสบการณ์อีกด้วย¹⁷ อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมก็เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นบางคนกลับไปเรียนตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่สถานที่ในโรงเรียนไม่เอื้อในการบีบนม จึงต้องรอเวลาที่กลับบ้านไปบีบน้ำนมในช่วงกลางคืน สอดคล้องกับการศึกษาและเปรียบเทียบทัศนคติต่อการให้นมแม่ในที่สาธารณะของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

พบว่า แม่ส่วนใหญ่คนจะเห็นด้วยกับการให้นม ในที่สาธารณะเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่มีบางกลุ่มที่คิดว่าสถานที่ในการให้นมควรมิดชิดเหมาะสม เนื่องจากตำหนิมองว่าเป็นอวัยวะทางเพศ (Sex organ) ซึ่งสังคมในปัจจุบันนี้มีความนิยมชอบผู้หญิงที่มีเต้านมใหญ่ ซึ่งจะเป็นจุดที่ดึงดูดทางเพศ อาจส่งผลว่าเป็นการประเจิดประเจ้อในที่สาธารณะเกินไป¹⁸ อิทธิพลทางด้านการรับรู้ประโยชน์ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งพบว่า มารดาวัยรุ่นที่รับรู้เรื่องประโยชน์ของแม่ต่อครอบครัว ทราบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลดีต่อลูก ต่อครอบครัว และต่อสังคม โดยเฉพาะการมีป๊อ ยา ตา ยาย มีความสุขเมื่อเห็นหลานร่าเริงจากการกินนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าสภาพแวดล้อมที่คอยช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือครอบครัวญาติพี่น้องที่คอยช่วยเหลือทางารก จะช่วยเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

นอกจากนี้ถ้ามารดาได้รับถึงอุปสรรค จากการขาดประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ ขาดความมั่นใจ มีความกังวลในการให้นมแม่ ขาดทักษะทำให้มารดาขาดเทคนิคและการแก้ปัญหา จากการศึกษาพบว่า พยาบาลควรให้คำปรึกษาและแนะนำเทคนิคการให้นมแม่ ซึ่งมารดาวัยรุ่นจะมีความเชื่อมั่นใจตัวเองมากขึ้น⁷ มารดาที่ขาดประสบการณ์ และขาดทักษะ จะมีความกังวล ท้อและความเครียด โดยเฉพาะมารดาที่คาดหวังและตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จแต่มีอุปสรรคซึ่งเกิดจากความกลัวถูกตำหนิ ซึ่งมารดาที่มีความเข้าใจถึงการกระตุ้นดูบ่ย่อยของทารก แต่ด้วยความกังวลทางด้านร่างกาย จึงส่งผลต่อจิตใจเกิดความกังวล และความเครียด ทำให้เกิดการยับยั้งการสร้งและการหลั่งของน้ำนม เป็น

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมผสมและไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก¹⁹

มารดาวัยรุ่นจึงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อทำให้เกิดความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากเจ้าหน้าที่นมแม่ ในด้านความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาภายหลังกลับจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับศึกษาที่ว่ามารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และเข้าใจถึงประโยชน์ของนมแม่ จะช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีและเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้เกิดแรงจูงใจ และมั่นใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนให้สำเร็จ²⁰ สำหรับช่องทางในการรับข่าวสาร การมีผู้ให้คำปรึกษา มีความสำคัญเมื่อเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาวัยรุ่นสามารถสอบถามจากผู้มีประสบการณ์ ผู้มีความรู้การให้คำปรึกษาผ่านไลน์ส่วนตัว มารดาจะมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่⁵ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงสื่อได้เร็วส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานมากขึ้น มารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มของมารดา กลุ่มเจเนอเรชั่นแซด ให้ความสำคัญกับการรับข่าวสารทางโซเชียลมีเดีย และสื่อออนไลน์มากที่สุด²¹ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสื่อโซเชียลต่าง ๆ เช่น Youtube, Facebook, Tiktok ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น ร่วมกับการฝึกฝนทักษะปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตั้งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าหากมารดาได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับการฝึกทักษะตามที่ต้องการ จะช่วยให้มารดามีพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานถึง 6 เดือน²² ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้รับบริการ ทั้งในด้านปัญหาอุปสรรค ความต้องการ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ทำให้มารดารู้สึกมั่นใจมากขึ้น และมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานถึง 6 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่ามีปัจจัยที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ คือ การเข้าถึงความเชื่อของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ความเชื่อของครอบครัว ความเชื่อของสามี การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งอาจขัดขวางต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย การขาดประสบการณ์ การขาดทักษะ ความกังวล ความไม่มั่นใจ และความเครียดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การรายงานผลการศึกษารายนี้ เป็นระยะที่หนึ่งของการศึกษาทั้งหมด ดังนั้นผลการศึกษาในระยะที่ 1 จะทำให้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือเพื่อใช้ในการออกแบบหรือจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทเพื่อสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในการดำเนินการวิจัยระยะต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ให้ข้อมูลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

References

1. Duangchai O, Saenbunma K. Breastfeeding with maternal and child care. Chonburi: Srisil Printing & Publishing; 2016. (in Thai).
2. World Health Organization. Breastfeeding. [internet]. 2023 [cited 2023 Sep 15]; Available from: <http://www.who.int/health-topics/breastfeeding>.
3. Health Literacy and Communication Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Mother's milk, the true benefit of nature. [internet]. 2018 [cited 2023 Mar 10]; Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/helpp-knowledgs/benefits-of-breastfeeding>. (in Thai).
4. National Statistical Office, United Nations International Children's Emergency Fund. Thailand multiple indicator cluster survey 2019, Bangkok: National Statistical Office; 2020. (in Thai).
5. Sriwichai P, Suriyachai P. The success of the exclusive breastfeeding among teenage mothers in the first 6 months after birth at Phayao Hospital. Journal

- of Phrapokklao Nursing College. 2015;26(1): 17-24. (in Thai).
6. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Annual Report 2020 by Bureau of Reproductive Health. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai).
 7. Tawa J. Promoting factors for successful adolescent mothers to breastfeeding at delivery Department of Singha Nakhon Hospital. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2018;1(2):32-41. (in Thai).
 8. Lertsakornsiri M. Family support for breastfeeding in teenage postpartum mothers. Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences). 2018;11(4):1-9. (in Thai).
 9. Chinglek W, Ketin V, Sriyasak A. Experiences of breastfeeding among first time teenage mothers. Princess of Naradiwas University Journal. 2018;10(1): 122-32. (in Thai).
 10. Sinsuksai N, Yusamran C, Phupaibu R. Breastfeeding behavior in a suburban community. Thai Journal of Nursing Council. 2014;29(3):69-79. (in Thai).
 11. Photaworn P, Pensuwan A, Sriyannalak N. Breastfeeding among teenage mothers in Muang Songkhla Municipality. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2014;23(3):45-52. (in Thai).
 12. Thongkorn A, Singhala K, Kuasit U, Kownaklai J. Intention and barriers to breastfeeding among adolescent primiparous mothers. Research and Development Health System Journal. 2020;13(2):634-40. (in Thai).
 13. Posita C. Science and art of qualitative research. Bangkok: Chulalongkorn Publisher; 2021. (in Thai).
 14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
 15. Piyaanan M. Breastmilk. Bangkok: Siriyod Printing; 2005. (in Thai).
 16. Payakkaraung S, Sangperm P, Samart C. Breastfeeding problem in early postpartum period: mother's experiences. Journal of Nursing Science. 2016;34(3): 30-40. (in Thai).
 17. Lorhhana S, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W. The factors influencing a four week exclusive breastfeeding among first-time adolescent mothers. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2018;34(2):36-47. (in Thai).
 18. Boonler Y, Prasopkittikun T, Sangperm P. Bangkok residents' attitudes towards

- breastfeeding in public. Thai Journal of Nursing Council. 2019;34(3):91-104. (in Thai).
20. Lahukarn B, Rattaya M, Nunart T, Masae M. Self-breast massage: concept and management methods of milk ejection in postpartum mothers. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2019;22(3):106-14. (in Thai).
21. Owatanapanich S, Somtang K, Sukprasong P. Factors related to successful breastfeeding at King Narai Hospital, Lopburi Province. Journal of Health Science. 2015;24(2): 200-10. (in Thai).
22. Nakamadee B, Khanthayod J, Suksawat A. Effect to breastfeeding knowledge online program on knowledge and behavior of breastfeeding mothers in postpartum adolescent mothers in Phitsanulok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2022;12(2): 17-28. (in Thai).
23. Khakhong S, Nirattharadorn M. The effects of promoting self-efficacy program on breast feeding behavior among adolescent mothers in community. Thai Journal of Public Health. 2017;47(1):31-43.(in Thai).

การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) โดยวิธีสะท้อนคิด สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในรายวิชาปฏิบัติ

การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

อุไร นิโรธนันท์ *

บทคัดย่อ

บทนำ : ทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล มีผลต่อความสามารถในการส่งต่อข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ไอเอสบาร์เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนาและประเมินผลโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์โดยวิธีสะท้อนคิด

วิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพการณ์ 2) พัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์โดยวิธีสะท้อนคิด 3) ประเมินผลโปรแกรมจากนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มควบคุม 32 คน พยาบาลพี่เลี้ยง 15 คน และผู้ป่วย 64 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวร และแบบสอบถามความพึงพอใจ การใช้โปรแกรมและการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย : 1) นักศึกษาพยาบาลส่งเวรใช้เวลานาน ไม่ลำดับเรื่องราว ขาดข้อมูลสำคัญ และไม่มีรูปแบบ 2) โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์โดยวิธีสะท้อนคิด ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล 3) คะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก

สรุป : โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์โดยวิธีสะท้อนคิด ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การสื่อสาร ไอเอสบาร์ นักศึกษาพยาบาล โปรแกรม

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อุไร นิโรธนันท์, E-mail: urai_n@rmutt.ac.th

Received: May 12, 2023

Revised: November 27, 2023

Accepted: December 12, 2023

Development of program to enhance communication skills using ISBAR by reflection for nursing students in adult and elderly nursing practicum

Urai Nitrotnun*

Abstract

Background: Nursing students' communication skills affect their ability to convey clinical information about patients. The use of ISBAR as a tool can contribute to the development of communication skills of nursing students.

Objectives: To study the situation, develop and evaluate a program to enhance communication skills using ISBAR through reflection for nursing students in adult and elderly nursing practicum.

Methodology: The research and development study consists of 3 phases: 1) Situation analysis, 2) Development and implementation of the program to enhance communication skills with ISBAR through reflection. 3) Evaluation of the program's impacts. The samples were nursing students divided into an experimental group of 32, a control group of 32, 15 nurse preceptors, and 64 patients. Data collection was done through assessments of knowledge and handover skills, program satisfaction, and communication skills of the nursing students. Data were analysed using descriptive statistics and t-tests.

Results: 1) Nursing students took a long time to perform handovers, needed a structured narrative, often omitted critical information, needed to follow a clear format, and needed tools for guidance. 2) A program to enhance communication skills using ISBAR through reflection can develop communication skills for nursing students 3) The mean score of knowledge and handover skills of nursing students participating in the program was higher than before participating in the program and significantly higher than the control group. The patients showed significantly higher satisfaction with the communication skills of the nursing students who participated in the program than the control group, with statistical significance at the .001 level. Additionally, nursing students and nurse preceptors expressed a high level of satisfaction with the program's implementation.

Conclusions: The program to enhance communication skills using ISBAR through reflection can help nursing students communicate and transfer patient information effectively.

Keywords: communication, ISBAR, nursing student, program

*Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi.

Corresponding Author: Urai Nitrotnun, Email: urai_n@rmutt.ac.th

บทนำ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรที่จัดการศึกษาในการผลิตบัณฑิตพยาบาลออกไปปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพของประเทศ มุ่งให้ผู้เรียนสื่อสารกับผู้รับบริการและปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา¹ ทักษะการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ (Quality of care) มีความต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัย (Patient safety)²

การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลเป็นการส่งต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยไปยังผู้ดูแลคนอื่น ๆ ข้อมูลที่ส่งต่อควรเป็นปัจจุบันตามภาวะสุขภาพ แผนการรักษา หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทักษะในการสื่อสารของพยาบาลมีผลโดยตรงต่อการส่งต่อข้อมูลทางคลินิก³⁻⁴ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง หรือได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เทคนิคของการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลเป็นทักษะที่จำเป็นต้องสอนและฝึกฝนให้แก่นักศึกษาพยาบาล³ ทักษะการสื่อสารที่ดีจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ⁵⁻⁷ แต่หากการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยขาดข้อมูลสำคัญที่ควรรายงาน อาจนำไปสู่การดูแลที่ผิดพลาดได้⁸

นักศึกษาพยาบาลต้องส่งต่อข้อมูลไปยังหัวหน้าทีมการพยาบาลในเวรถัดไป เมื่อเสร็จสิ้น

การฝึกปฏิบัติงานในเวรที่ได้รับมอบหมาย แต่ นักศึกษาพยาบาลมักส่งต่อข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ลืมข้อมูลที่สำคัญ ขาดความเข้าใจในข้อมูลที่ต้องส่งต่อ ขาดการจัดการข้อมูลที่เป็นขั้นเป็นตอน ดังนั้น นักศึกษาต้องได้รับการฝึกฝน อบรมหรือการฝึกหัดเกี่ยวกับการสื่อสาร เพื่อส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย จึงจำเป็นและควรเตรียมผู้เรียนให้มีความรู้ ความสามารถตั้งแต่แรกของการเรียนภาคปฏิบัติ เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง³

ไอเอสบาร์ (ISBAR) เป็นรูปแบบการสื่อสารที่นำมาใช้ในทีมสหสาขาวิชาชีพ^{4,8-9} มีกรอบในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสร้างความปลอดภัยกับผู้ป่วย^{4,10} ปัจจุบันการศึกษายาบาลมีการนำเอสบาร์ (SBAR) มาใช้ส่งเวรในรายวิชาบริหารทางการแพทย์พยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ก่อนจบการศึกษา¹¹ สำหรับไอเอสบาร์มีเพียงการพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลตามเทคนิคไอเอสบาร์¹² ยังไม่มีการนำมาใช้ในการส่งเวรเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

นอกจากนี้การสะท้อนคิดเป็นวิธีจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ นักศึกษาพยาบาล ค้นหาความหมายหรือความสำคัญจากงานที่ปฏิบัติ ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และก่อให้เกิดความตระหนักเห็นคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย¹³ การสะท้อนคิด ประกอบด้วย 1) การสะท้อนคิดก่อนการปฏิบัติการพยาบาล 2) การสะท้อนคิดในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล และ 3) การสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติการพยาบาล^{2,11,14} การสอนโดยการสะท้อนคิดทำให้ผู้สอนสามารถประเมินความรู้ ทักษะและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และทำให้นักศึกษาพยาบาล สามารถประเมินศักยภาพและจุดบกพร่องต่าง ๆ ของตนเอง ทำให้

ค้นหาวิธีการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น และสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติได้¹⁵ การสอนโดยใช้การสะท้อนคิดช่วยให้ผู้เรียนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดไตร่ตรองผ่านการทบทวนและสะท้อนการกระทำของตนเอง (Reflective practice) ทำให้เกิดความเข้าใจและการเรียนรู้จากประสบการณ์ นำไปสู่การพัฒนาตนเองและปรับปรุงงาน โดยผ่านการสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ (Critical reflection)¹⁶⁻¹⁸

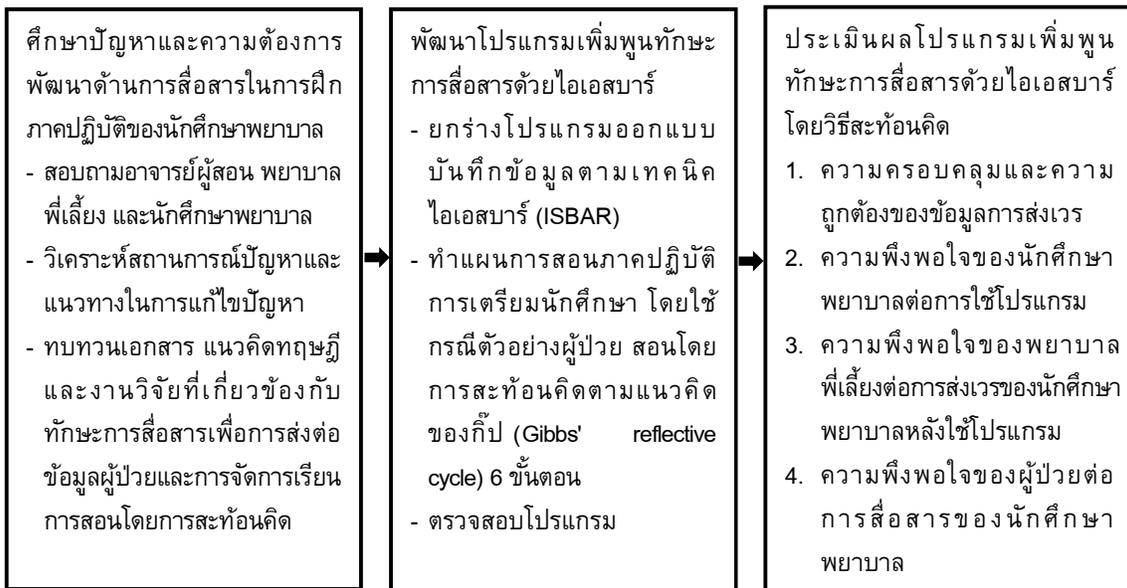
จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยนำไอเอสบาร์ (ISBAR) มาเป็นกรอบในการส่งต่อข้อมูลและนำการสะท้อนคิดมาใช้ในการสอน เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้สามารถส่งต่อข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาโปรแกรมและประเมินผลของโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) โดยวิธีสะท้อนคิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ไอเอสบาร์ (ISBAR) เป็นเทคนิคในการ ส่งเเวเพื่อสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย^{4,10} 1) I: Identify การระบุผู้ดูแลผู้ป่วย 2) S: Situation การระบุถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ต้องนำมารายงาน 3) B: Background ประวัติการเจ็บป่วย/ประวัติการรักษาโรค 4) A: Assessment ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมที่ทำไปแล้วในเวลานั้น และ 5) R: Recommendation ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอ ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย โดยนำวิธีสะท้อนคิดตามแนวคิดของกิบ (Gibbs' reflective cycle) มาใช้ มี 6 ขั้นตอน ดังนี้¹⁹ 1) การคิดทบทวนรายละเอียดของสถานการณ์ 2) การทบทวนความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ 3) การประเมินผลกระทบของสถานการณ์ 4) การคิดเชื่อมโยงสถานการณ์ ตามหลักเหตุผล 5) การสรุปการเรียนรู้จากประสบการณ์และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และ 6) การคิดวางแผนนำความรู้ไปใช้ในอนาคต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการการพัฒนาด้านการสื่อสารในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย การสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) การสะท้อนคิดปฏิบัติ (Reflective practice) แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ประชากร คือ อาจารย์พยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยง และนักศึกษาพยาบาล เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อาจารย์สอนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน 2) พยาบาลพี่เลี้ยง มีประสบการณ์สอนภาคปฏิบัตินักศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน และ 3) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแล้ว จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 ออกแบบสร้างและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะ การสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ ดำเนินการดังนี้ 1) นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาบูรณาการกับแนวคิด

ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ออกแบบและร่างโปรแกรม 2) นำร่างโปรแกรมไปให้อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำไปใช้พัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อส่งต่อข้อมูลของนักศึกษาพยาบาล นำผลการพิจารณาที่ได้ไปปรับปรุงเป็นโปรแกรม ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 แล้วนำโปรแกรมฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .93 นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ โดยวิธีสะท้อนคิด เป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 และ 3) ทดลองใช้โปรแกรมฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโปรแกรม เป็นฉบับนำไปประเมินประสิทธิผล

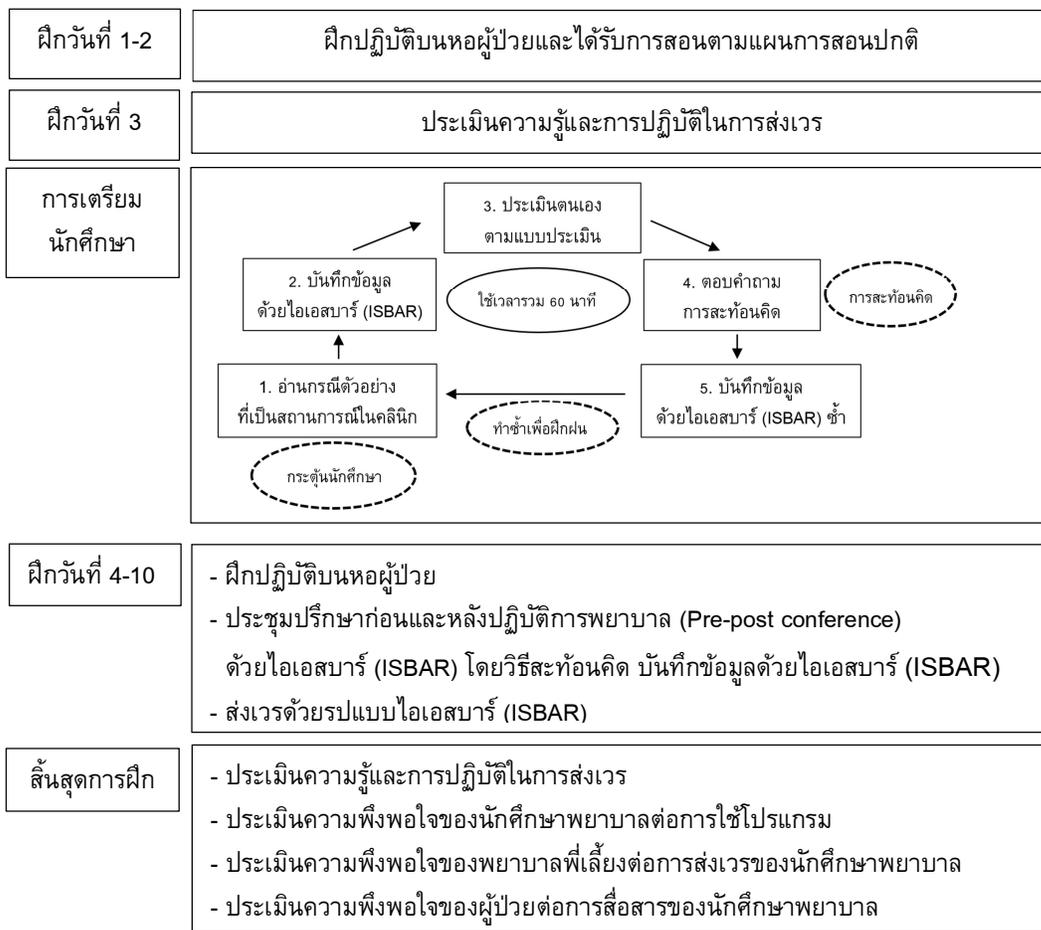
ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (Two-group pre-posttest design) ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยงและผู้ป่วย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 ฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล ปทุมธานี กำหนดคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยจับคู่ เพศ อายุ ผลการเรียน

และประสบการณ์การให้การพยาบาล กลุ่มทดลอง ฝึกภาคปฏิบัติ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวม 32 คน ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) โดยวิธีสะท้อนคิด กลุ่มควบคุมฝึกภาคปฏิบัติหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวม 32 คน ได้รับการสอนตามปกติ 2) พยาบาลพี่เลี้ยง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดคุณสมบัติ คือ ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล จำนวน 15 คน 3) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ชาย-หญิง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยที่นักศึกษา

พยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแลแบบรายกรณี หอผู้ป่วยละ 32 คน รวม 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ โดยวิธีสะท้อนคิด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การสอนตามปกติ 2) การประเมินความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวร 3) การเตรียมความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวรโดยใช้กรณีตัวอย่าง 4) การปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่หอผู้ป่วย และ 5) การประเมินผลลัพธ์ โดยนำไอเอสบาร์และการสะท้อนคิดมาใช้ในทุกขั้นตอนของการเรียนการสอน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนของการเรียนโดยใช้ไอเอสบาร์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ดังนี้

- 1) แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวร เป็นมาตรวัดความครอบคลุมและความถูกต้องตามรูปแบบไอเอสบาร์ แต่ละด้านให้คะแนน 0-1-2 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .98
- 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แปลผลระดับคะแนน 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ได้ค่า CVI .96 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .81
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อโปรแกรม เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แปลผล 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ได้ค่า CVI 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .98 และ
- 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล เป็นมาตรวัด 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่า CVI 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .93

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2565/022 เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัญหาและความต้องการพัฒนาด้านการสื่อสารในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติของ

นักศึกษาพยาบาล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม และพยาบาลต่อการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวร และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การจัดการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารพบว่านักศึกษาพยาบาลส่งเวรใช้เวลานานไม่ลำดับเรื่องราว ขาดข้อมูลสำคัญ และไม่มีรูปแบบ ดังนั้นอาจารย์ผู้สอนควรมีเครื่องมือช่วยพัฒนาความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ได้โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ โดยวิธีสะท้อนคิดประกอบด้วย โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (I-S-B-A-R) 2 ระยะ คือ

- 1) การเตรียมนักศึกษา
- 2) ระยะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย สอนโดยวิธีสะท้อนคิด โดยนำแนวคิดของกิบส์ (Gibbs' reflective cycle)¹⁵ มาเป็นแนวทางให้นักศึกษาพยาบาลประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง และอาจารย์ผู้สอนสะท้อนคิดโดยใช้คำถาม และส่งเวรตามแบบไอเอสบาร์

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ โดยวิธีสะท้อนคิด

3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.75 อายุเฉลี่ย 20.97 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.75 มีอายุเฉลี่ย 20.36 ปี

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง ($n=32$)

| | Mean | SD | MD | SE | t | df | p-value |
|-------------------------------|-------|-------|--------|------|--------|----|---------|
| อาจารย์ประเมินนักศึกษา | | | | | | | |
| ก่อนใช้โปรแกรม | 20.06 | 7.93 | | | | | |
| หลังใช้โปรแกรม | 71.15 | 4.32 | -51.09 | 1.81 | -28.24 | 31 | <.001* |
| นักศึกษาประเมินตนเอง | | | | | | | |
| ก่อนใช้โปรแกรม | 34.50 | 11.26 | | | | | |
| หลังใช้โปรแกรม | 71.53 | 5.29 | -37.03 | 2.01 | -18.39 | 31 | <.001* |

* $p < .001$

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลโดยอาจารย์ประเมินนักศึกษาและนักศึกษาประเมินตนเองพบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนน

แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=32$) และกลุ่มควบคุม ($n=32$)

| | Mean | SD | MD | SE | t | df | p-value | |
|-------------------------------|-------------|-------|-------|-------|------|-------|---------|--------|
| อาจารย์ประเมินนักศึกษา | | | | | | | | |
| ก่อนใช้โปรแกรม | กลุ่มทดลอง | 20.06 | 7.94 | | | | | |
| | กลุ่มควบคุม | 20.00 | 9.69 | .06 | 2.21 | .023 | 62 | .978 |
| นักศึกษาประเมินตนเอง | | | | | | | | |
| ก่อนใช้โปรแกรม | กลุ่มทดลอง | 34.50 | 11.26 | | | | | |
| | กลุ่มควบคุม | 33.84 | 9.30 | .66 | 2.58 | .25 | 62 | .800 |
| อาจารย์ประเมินนักศึกษา | | | | | | | | |
| หลังใช้โปรแกรม | กลุ่มทดลอง | 71.16 | 4.32 | 45.28 | 1.86 | 24.36 | 62 | <.001* |
| | กลุ่มควบคุม | 25.88 | 9.59 | | | | | |
| นักศึกษาประเมินตนเอง | | | | | | | | |
| หลังใช้โปรแกรม | กลุ่มทดลอง | 71.53 | 5.29 | 36.56 | 1.69 | 21.61 | 62 | <.001* |
| | กลุ่มควบคุม | 34.97 | 7.98 | | | | | |

* $p < .001$

3.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลหลังใช้โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์โดยวิธีสะท้อนคิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่

ได้รับการดูแลโดยนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการโปรแกรม มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับการโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล หลังการใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=32$) และกลุ่มควบคุม ($n=32$)

| ความพึงพอใจของผู้ป่วย | Mean | SD | MD | SE | t | df | p-value |
|-----------------------|-------|------|-------|-----|-------|----|---------|
| กลุ่มทดลอง | 47.75 | 1.08 | | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 31.34 | 2.35 | 16.41 | .46 | 35.90 | 62 | <.001* |

* $p < .001$

3.5 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ต่อการใช้โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) โดยวิธีสะท้อนคิด ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

3.6 ความพึงพอใจของพยาบาลพี่เลี้ยงต่อการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลหลังใช้โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) โดยวิธีสะท้อนคิด ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนาด้านการสื่อสารในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล และการพัฒนาโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์ (ISBAR) โดยวิธีสะท้อนคิด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การจัดการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร

พบว่านักศึกษาพยาบาลส่งเวรใช้เวลานาน ไม่ลำดับเรื่องราว ขาดข้อมูลสำคัญ และไม่มีรูปแบบ ดังนั้นอาจารย์ผู้สอนจึงพัฒนาเครื่องมือช่วยพัฒนาความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นโปรแกรมที่มีแนวทางการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจน ไอเอสบาร์จะช่วยให้เกิดการรวบรวมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมารายงาน เพื่อส่งต่อข้อมูลในการส่งเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ แม้ว่าไอเอสบาร์จะถูกกล่าวถึงว่าเป็นเครื่องมือที่ดีในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย แต่การที่จะประสบความสำเร็จในการใช้จะต้องมีรูปแบบการสอนที่ดีและมีการฝึกฝนอย่างเพียงพอ^{4,8} ในกระบวนการเตรียมนักศึกษาพยาบาลโดยสอนให้ความรู้และการฝึกฝนจากกรณีตัวอย่างผู้ป่วยก่อนปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย พร้อมการตั้งคำถามสะท้อนคิด ทำให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนา ปรับปรุงงานให้ครอบคลุมและถูกต้องตามข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย มีความมั่นใจในการจัดระบบข้อมูลของผู้ป่วย จึงพบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการ

โปรแกรมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูงสุด คือ ระดับมาก และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาลหลังใช้โปรแกรม อยู่ในระดับมาก โดยการส่งเวรนั้น นักศึกษาพยาบาลจะต้องรายงานตามกรอบ ISBAR เริ่มจากการ Identify ตนเอง โดยระบุชื่อ ชั้นปี และวิชาที่ฝึกภาคปฏิบัติ ตามด้วยการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในส่วน SBAR ซึ่งมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย⁵ ประกอบด้วย Situation การระบุถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ต้องนำมารายงาน Background ประวัติการเจ็บป่วย/ประวัติการรักษาโรค Assessment ปัญหาการพยาบาล และกิจกรรมที่ทำไปแล้วในเวรนั้น และ Recommendation ข้อเสนอแนะหรือข้อแนะนำความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย^{4,10} ทั้งนี้ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จะต้องประเมินด้วยการสังเกตและซักถามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลแล้วบันทึกข้อมูลนั้น ๆ ตามแบบของไอเอสบาร์ แล้วนำข้อมูล ส่งต่อแก่พยาบาลหัวหน้าทีม ทำให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต้องสื่อสารกับผู้ป่วยตลอดช่วงเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้นเมื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลจึงพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรม มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วยไอเอสบาร์

(ISBAR) โดยวิธีการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการส่งเวรของนักศึกษาพยาบาล ในกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมสูงขึ้นแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งการประเมินโดยอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลประเมินตนเอง พบว่าก่อนทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นแตกต่างกันจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เพราะกิจกรรมในโปรแกรมของการเตรียมนักศึกษาโดยให้ความรู้เรื่องการสื่อสารและการส่งเวรโดยใช้ไอเอสบาร์มาเป็นกรอบในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ร่วมกับการฝึกฝนก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ดังจะเห็นได้ว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) แนะนำให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน โดยเฉพาะการนำไอเอสบาร์มาใช้นั้นมีความเหมาะสมกับบริบทในคลินิกแต่ต้องมีการอบรมเพื่อให้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน^{4,12,20} เมื่อนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองได้เรียนรู้ได้ฝึกฝน แล้วนำไปใช้ในการส่งเวรจริง ทำให้สามารถส่งเวรได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง เพราะก่อนจะส่งเวรนักศึกษาพยาบาลจะต้องประเมินข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องและครอบคลุมตามกรอบของไอเอสบาร์ ซึ่งนอกจากจะเป็นกรอบในการส่งต่อข้อมูลแล้วยังเป็นกรอบในการประเมินข้อมูลผู้ป่วยให้เพียงพอต่อการกำหนดปัญหาการพยาบาลของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้และ

ทักษะในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาลบน
หออภิบาลทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล
หลังการใช้แบบบันทึกสูงกว่าก่อนใช้แบบบันทึก¹²
การนำไอเอสบาร์มาใช้ในการฝึกปฏิบัติใน
คลินิก นักศึกษาพยาบาลทุกคนมีความเห็น
ช่วยให้การสื่อสารมีโครงสร้างดีขึ้น และเนื้อหา
มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น²¹ และการนำรูปแบบ
ไอเอสบาร์มาใช้ในการส่งเวรของพยาบาล
หัวหน้าเวรห้องฉุกเฉินไปยังพยาบาลหัวหน้าเวร
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจพบว่า การส่งเวรเป็น
ระบบ สั้น กระชับ ผู้รับเวรได้ข้อมูลถูกต้อง
ครบถ้วน สามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อให้การ
พยาบาลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง²²

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารด้วย
ไอเอสบาร์โดยวิธีสะท้อนคิด สามารถนำมาใช้
ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเพื่อช่วย
เพิ่มทักษะการสื่อสารและใช้เป็นรูปแบบการ
ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นของผู้ป่วยได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะการ
สื่อสารด้วยไอเอสบาร์โดยวิธีสะท้อนคิดไปใช้
สอนภาคปฏิบัติในชั้นตอนการเตรียม
นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ผู้สอนควรเลือกกรณี
ตัวอย่างที่เป็นสถานการณ์ในคลินิกที่หลากหลาย
และตรงกับลักษณะของรายวิชา เพื่อช่วย
ให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้กับ
สถานการณ์ใหม่ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
2. การสอนโดยวิธีสะท้อนคิด อาจารย์
ผู้สอนควรศึกษาแนวทางการสะท้อนคิดและฝึก

การตั้งคำถามสะท้อนคิด เพื่อกระตุ้นให้
นักศึกษาพยาบาลประเมินศักยภาพและ
จุดบกพร่องของตนเอง แล้วค้นหาวิธีการพัฒนา
ตนเองให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาการนำ
ไอเอสบาร์ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ฝึก
ภาคปฏิบัติในผู้ป่วยวิกฤติที่มีปัญหาซับซ้อน
และศึกษาจำนวนเวลาที่ใช้ในการส่งเวรร่วม
ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนจากงบประมาณ
รายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปีงบประมาณ
2565

References

1. Office of The Higher Education
Commission. The announcement of the
Ministry of Education: qualifications
Bachelor's degree in nursing 2017.
Bangkok: Ministry of Education; 2017.
(in Thai).
2. Sherwood GD, Horton-Deutsch S.
Reflective organizations; on the front
lines of QSEN and reflective practice
implementation. 1st ed. Indianapolis, IN:
Sigma Theta Tau International; 2015.
3. Duangchan C. Nursing handoff
communication through the SBAR
technique. Journal of Nursing Siam
University. 2020;21(41):91-103. (in Thai).

4. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Med Educ.* 2020;20 Suppl 2: 459. doi: 10.1186/s12909-020-02285-0.
5. Pun J. Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context. *BMC Nurs.* 2021;20(1):95. doi: 10.1186/s12912-021-00624-0.
6. Kaltoft A, Jacobsen Y, Tangsgaard M, Jensen HI. ISBAR as a structured tool for patient handover during postoperative recovery. *J Perianesth Nurs.* 2022;37(1): 34-9. doi:10.1016/j.jopan.2021.01.002.
7. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions International Steering. Communication during patient handovers: patient safety solutions, volume 1, solution 3, May 2007. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(7):439-42. doi: 10.1016/S1553-7250(07)33128-0.
8. Pakcheshm B, Bagheri I, Kalani K. The impact of using "ISBAR" standard checklist on nursing clinical handoff in coronary care units. *Nursing Practice Today.* 2020;7(4):266-74. doi: 10.18502/npt.v7i4.4036.
9. Kitney P, Bramley D, Tam R, Simons K. Perioperative handover using ISBAR at two sites: a quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing.* 2018;31(4) : 17-22. doi: 10.26550/2209-1092.1031.
10. Pang WI. Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principles among nursing students in clinical placement. *SHS Web of Conferences.* 2017;37(1):091019. doi: 10.1051/shsconf/20173701019.
11. Charuwanno R, Wongchanglor J, Pongsananurak T. Effects of teaching by using SBAR technique on knowledge, attitude and practice in taking and giving report among nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2014;15(3):390-7. (in Thai).
12. Jeh-alee H. The development of NICU-ISBAR technique form for hand-off for nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2021;22(2):364-73. (in Thai).
13. Mueannadon R, Tirapaiwong Y, Srichairattanakull J, Yutthayong S. Learning development through reflection. *Journal of Health and Nursing Research.* 2019;35(2):13-25. (in Thai).
14. Schon DA. *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions.* Oxford: Jossey Bass; 1987.
15. Wanchai A, Saengpak C, Leangsomnapa Y. Learning and teaching methods by using reflective thinking technique in nursing education. *Journal of Health*

- Science Research. 2017;11(2):105-15.
(in Thai).
16. Burton J. Reflection: nursing's practice and education panacea. *J Adv Nurs.* 2000;31(5):1009-17. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01395.x.
 17. Johns C. *Becoming a reflective practitioner.* London: Blackwell Science. 2000.
 18. Freshwater D, Taylor B, Sherwood G. *International textbook of reflective practice in nursing.* Oxford: Blackwell Publishing; 2008.
 19. Gibbs G. *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods.* Oxford: Oxford Further Education Unit. 1988.
 20. Haddeland K, Marthinsen GN, Soderhamn U, Flateland SMT, Moi EMB. Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: a focus group study among critical care nurses and anesthesiologists. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022;70:103195. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103195.
 21. Moi EB, Soderhamn U, Marthinsen GN, Flateland SM. The ISBAR tool leads to conscious, structured communication by healthcare personnel. *Sykepleien Forskning.* 2019;14(74699):e-74699. doi: 10.4220/Sykepleienf. 2019.74699en.
 22. Sabaisook S, Puttapitukpol S, Jamsomboon K. The effects of using the ISBAR model for handover of patients between emergency room and in-patient units on shift report quality of in-charge nurses, Central Chest Institute of Thailand. *Journal of Nursing and Education.* 2021;14(2):39-51. (in Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ

อติญาณ์ ศรีเกษตริน* รวีวรรณ แก้วอยู่** รุ่งนภา จันทรา*** จุฬารัตน์ หัวหาญ****
กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ***** เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์**

บทคัดย่อ

บทนำ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรม 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 64 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างทักษะ การสื่อสาร การใช้ข้อมูล และการจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ให้ตัวอย่างตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบที่

ผลการวิจัย : พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

* คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ติดต่อประสาน : จุฬารัตน์ หัวหาญ, E-mail: howharn@gmail.com

Effectiveness of program enhancing health literacy on health behaviors 3E 2S among elderly

Atiya Sarakshetrin* Raveewan Kaewyoo** Rungnapa Chantra*** Chularat Howharn****
Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen***** Petchrung Dechboonyachit**

Abstract

Background: Health literacy is a significant factor in enhancing health behaviors, especially 3E2S of the elderly.

Objectives: To determine the effectiveness of the health literacy enhancing program on health literacy and 3E2S health behavior of the Thai elderly.

Methods: The research design was a quasi-experiment with a two group pretest-posttest design. The sample consisted of 128 Thai people aged more than 60 years. Sixty-four people were assigned to the experimental group, who received the health literacy enhancing program, and the other sixty-four to the control group who received the usual program. The research Instruments were a health literacy enhancing program consisting of activities to enhance communication, media literacy, and self-management skills. This program was conducted for 12 weeks. Data were collected using self-administered questionnaires composed of personal information form, the 3E2S Health Literacy scale (3E2S-HLS), and health behaviors. The data were analyzed using descriptive statistics. The dependent t-test was used to analyze the difference in mean scores.

Results: The study revealed that the mean scores of Health literacy and 3E2S health behaviors were statistically significantly increased ($p < .01$). The mean scores of health literacy and 3E2S health behaviors of the experimental group were statistically significantly higher than those of the control group ($p < .01$).

Conclusions: The health literacy enhancing program effectively improved health literacy and health behaviors 3E2S of the elderly.

Keywords: elderly, health behaviors, health literacy

* Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute (PBRI)

** Prachomkloa College of Nursing, Phetchaburi Province Faculty of Nursing, PBRI

*** Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, PBRI

**** Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Faculty of Nursing, PBRI

***** Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health, PBRI

Corresponding Author: Chularat Howharn, E-mail: howharn@gmail.com

บทนำ

โครงสร้างของประชากรไทยสู่การเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2564 และอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรสูงอายุจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด เมื่อมีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคมะเร็ง หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน เป็นต้น จากรายงานของกรมควบคุมโรคพบว่า ประชากรไทยมีอัตราการเกิดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCD) สูงขึ้น จากประมาณ 6 ล้านคนในปี พ.ศ.2560 เป็น 7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2565 โดยพบว่ามีอัตราการตายจากภาวะ NCD เพิ่มขึ้นจาก 129.25 ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 145.01 ในปี พ.ศ. 2564¹ ในกลุ่มนี้พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงเนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความทันสมัยมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนขึ้น¹ ทั้งนี้โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรวมทั้งการชะลอภาวะเสื่อมตามวัยสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ²

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนนั้นคือการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy)³ ที่ เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี⁴ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีด

ความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน³ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส. ที่ควรยึดเป็นหลักปฏิบัติมีดังต่อไปนี้ อ.ที่ 1 คือ อาหาร อ.ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย อ.ที่ 3 คือ อารมณ์ ส.ที่ 1 คือ ลดการสูบบุหรี่ ส.ที่ 2 คือ ลดการดื่มสุรา การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ⁴ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และได้เสนอให้มีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁵ ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการจัดการปัญหาของตนเองและเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นเรื่องที่สำคัญ

ข้อมูล HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอื่นในจังหวัด พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย (รพ.สต.ธงชัย) มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับสาม แต่มีจำนวนผู้รับบริการมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด NCD ได้รับการติดตามเพียงร้อยละ 16.67 มีการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.⁶⁻⁸ การศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างไรก็ตามตัวอย่างในการศึกษานั้นมีผู้สูงอายุร้อยละ 65⁹ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ ในการให้บริการของ รพ.สต.ธงชัยยังไม่มีการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และไม่มีการติดตาม

พฤติกรรมสุขภาพ มีเพียงการติดตามการมาตรวจตามนัด ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อบริการด้านสุขภาพ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุพัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹¹ ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ เพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มาประยุกต์กับกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม Nutbeam ได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นสมรรถนะในการอ่านเขียนและคิดคำนวณเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะขั้นพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การเลือกใช้ข้อมูล รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจก

บุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ที่ดี ดังนั้นกรอบแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3อ.2ส. ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. การสาธิตและสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ การศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จะเป็นประโยชน์ต่อการนำผลของโปรแกรมไปใช้เพื่อการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ

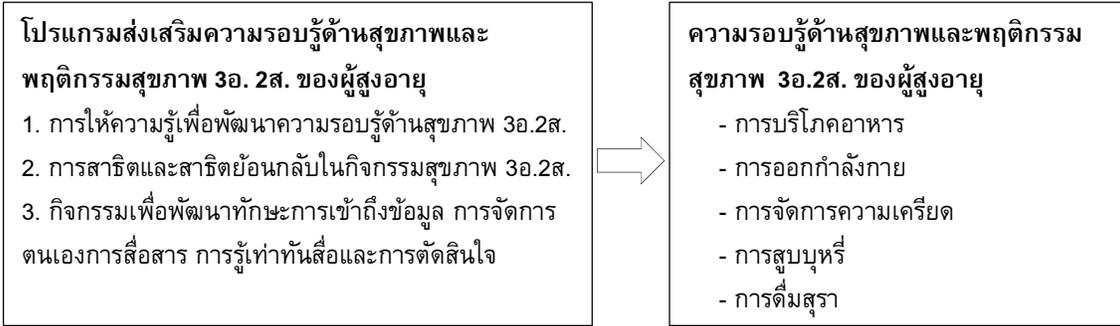
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹¹ ร่วมกับกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข³ ประยุกต์กับการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ยุนตระกูล และศศิธร รุจนเวช¹² ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง (Two groups pretest-posttest designs)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง และอาศัยอยู่ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เมื่อเดือนมิถุนายน 2565 พบว่ามีประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 1,468 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนด test family เป็น t-tests, statistical test

คือ Means: Difference between two independent means, two tails testing, effect size กำหนดไว้ที่ 0.5, power คือ 0.80, and α คือ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 64 คน รวมเป็น 128 คน เพื่อลดอคติในการทำการทดลอง จึงศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในชุมชนตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน

ร้ายแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ผู้เข้าร่วมการวิจัยย้ายภูมิลำเนาออกจากจังหวัดเพชรบุรีหลังจากตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์จากรุ่นนก ภาระหนัก, สุธีรา ฮุนตระกูล และศศิธร รุจนเวช¹² ที่ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹¹ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 12 สัปดาห์ โดยทีมผู้ช่วยวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้สูงอายุและความรู้ด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้ตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ดำเนินกิจกรรมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยจัดตัวอย่างตามความสมัครใจเป็นกลุ่ม ๆ ละ 6-7 คน กิจกรรมประกอบไปด้วย กิจกรรมที่เสริมสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณ และการเรียนรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skill) เป็นการเพิ่มความสามารถพูด อ่าน หรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยใช้การเรียนรู้

แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access skill) เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสาธิตการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตจากคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือและสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 เพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เป็นการเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น สาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision-making skill) ให้วิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ด้วยเหตุผลใด และกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) โดยใช้ชุดกิจกรรมเพื่อตั้งเป้าหมายเราทำได้ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) โดยใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรมเพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนเพื่อสุขภาพของตนเองและสอนการบันทึกลงในคู่มือ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8,10 ติดตามผล และสัปดาห์ที่ 12 ทดสอบหลังทดลอง โดยนัดพบเป็นรายบุคคลที่ รพ.สต. ใช้เวลาแต่ละบุคคลประมาณ 45 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ได้ทำการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มี

ความรู้และประสบการณ์ทางความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 คน โดยทำการประเมินตามเกณฑ์ของระดับความเหมาะสม (Appropriateness)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ชนิดให้ตนเอง ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย กองสุศึกษา¹³ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ประกอบไปด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เป็นลักษณะเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ตอบถูกให้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดให้คะแนนเท่ากับ 0 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นลักษณะสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ รวมจำนวน 5 ข้อ

3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นลักษณะสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 4) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นลักษณะสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นลักษณะสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ การสอบถามการปฏิบัติในแบบวัดของข้อที่ (2)-(5) เป็นลักษณะการสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. เป็นลักษณะเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ และ 7) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม เป็นลักษณะสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ในส่วนของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองเป็นลักษณะการสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ รวมจำนวน 10 ข้อ มีระดับของคะแนนตามแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.

| ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. | คะแนนที่เป็นไปได้ | ระดับของคะแนน | | |
|---|-------------------|---------------|-------|-------|
| | | ไม่ดี | พอใช้ | ดีมาก |
| คะแนนรวมของความรู้ด้านสุขภาพ | 0-110 | 0-66 | 67-87 | ≥88 |
| ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. | 0-10 | 0-5 | 6-7 | 8-10 |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | 0-20 | 0-12 | 13-15 | 16-20 |
| การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | 0-20 | 0-12 | 13-15 | 16-20 |
| การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | 0-20 | 0-12 | 13-15 | 16-20 |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | 0-20 | 0-12 | 13-15 | 16-20 |
| การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. | 0-20 | 0-12 | 13-15 | 16-20 |
| การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม | 0-20 | 0-12 | 13-15 | 16-20 |
| แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. | 0-40 | 0-24 | 25-31 | 32-40 |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นตัวอย่างที่จะทำการทดลองโปรแกรมความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.63 ส่วนสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เท่ากับ 0.75 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เท่ากับ 0.72 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เท่ากับ 0.78 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เท่ากับ 0.79 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. เท่ากับ 0.81 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม เท่ากับ 0.66 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. เท่ากับ 0.80

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC NO. 07/2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยพบตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest)

จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพ และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov – Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ 1) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองโดยสถิติการทดสอบค่าที่ (Dependent t-test) และ 2) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน โดยตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ครั้งหนึ่งของตัวอย่างสภาพสมรสหย่า/แยกกันอยู่ ใกล้เคียงกับสถานภาพสมรส ครั้งหนึ่งของตัวอย่างการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ประมาณสองในสามของตัวอย่างประกอบอาชีพแม่บ้าน

ผลของโปรแกรมฯพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดี และคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นระดับพอใช้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยที่คะแนนเฉลี่ยการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) และพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

| ผลของโปรแกรม | ก่อน | หลัง | t | p-value |
|---|----------------------|----------------------|------|---------|
| ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. | M=6.02 (SD=1.75) | M=6.31 (SD=2.01) | .83 | .41 |
| ดีมาก (8-10) | 14 (21.9%) | 18 (28.1%) | | |
| พอใช้ (6-7) | 28 (43.8%) | 31 (48.4%) | | |
| ไม่ดี (0-5) | 22 (21.9%) | 15 (23.4%) | | |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | M=11.11 (SD=4.65) | M=12.20 (SD=4.49) | 1.33 | .19 |
| ดีมาก (16-20) | 8 (12.5%) | 15 (23.4%) | | |
| พอใช้ (13-15) | 21 (32.8%) | 20 (31.2%) | | |
| ไม่ดี (0-12) | 35 (54.7%) | 29 (45.3%) | | |
| การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | M=9.98 (SD=2.27) | M=10.25 (SD=1.52) | .85 | .40 |
| ดีมาก (16-20) | - | - | | |
| พอใช้ (13-15) | 10 (15.6%) | 60 (93.8%) | | |
| ไม่ดี (0-12) | 54 (84.4%) | 4 (6.2%) | | |
| การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | M=11.58 (SD=4.09) | M=13.27 (SD=3.67) | 2.27 | .03* |
| ดีมาก (16-20) | 8 (12.1%) | 18 (28.1%) | | |
| พอใช้ (13-15) | 19 (29.7%) | 17 (26.6%) | | |
| ไม่ดี (0-12) | 37 (57.8%) | 29 (45.3%) | | |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. | M=10.59 (SD=4.30) | M=12.75 (SD=3.39) | 3.17 | .002* |
| ดีมาก (16-20) | 5 (7.8%) | 10 (15.6%) | | |
| พอใช้ (13-15) | 15 (23.4%) | 28 (43.8%) | | |
| ไม่ดี (0-12) | 44 (68.8%) | 26 (40.6%) | | |

| ผลของโปรแกรม | ก่อน | หลัง | t | p-value |
|---|----------------------|-----------------------|------|---------|
| การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. | M=11.94 (SD=4.95) | M=12.95 (SD=5.10) | 1.12 | .27 |
| ดีมาก (16-20) | 12 (18.8%) | 20 (31.2%) | | |
| พอใช้ (13-15) | 27 (42.2%) | 26 (40.6%) | | |
| ไม่ดี (0-12) | 12 (18.8%) | 18 (28.1%) | | |
| การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม | M=11.70 (SD=4.69) | M=13.30 (SD=4.51) | 1.84 | .07 |
| ดีมาก (16-20) | 17(26.6%) | 22(36.4%) | | |
| พอใช้ (13-15) | 10(15.6%) | 13(20.3%) | | |
| ไม่ดี (0-12) | 37(57.8%) | 29(45.3%) | | |
| คะแนนรวมความรู้ทางด้านสุขภาพ | M=61.22 (SD=9.98) | M=67.73 (SD=11.81) | 3.19 | .01* |
| ดีมาก (>88) | 2 (13.1%) | 11 (17.2%) | | |
| พอใช้ (67-87) | 17 (26.6%) | 26 (40.6%) | | |
| ไม่ดี (0-66) | 45 (70.3%) | 27 (42.2%) | | |
| คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. | M=25.50 (SD=4.61) | M=27.52 (SD=5.10) | 2.44 | .01* |
| ดีมาก (32-40) | 3(4.7%) | 17(26.6%) | | |
| พอใช้ (25-31) | 35(54.7%) | 29(45.3%) | | |
| ไม่ดี (0-24) | 26(40.6%) | 17(26.6%) | | |

*p<.01

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ พบว่าคะแนนความรอบรู้

ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ

| ตัวแปร | n | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t-value | p-value |
|-------------------------------------|----|------------|-------|-------------|-------|---------|---------|
| | | Mean | SD | Mean | SD | | |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ | 64 | 67.73 | 11.81 | 58.31 | 10.57 | 6.68** | 0.00 |
| พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ | 64 | 27.52 | 5.10 | 16.56 | 4.82 | 2.214* | 0.029 |

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

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี และคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นระดับพอใช้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของตัวอย่าง ซึ่งสองในสามของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา¹⁴⁻¹⁵ อย่างไรก็ตามคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁰ ทั้งนี้เนื่องจากตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยยึดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ เมื่อนำมาประยุกต์กับกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งได้นำประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตามหลักการ 3อ.2ส. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความปลอดภัยที่ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยแวดล้อมอย่างเหมาะสม การส่งเสริมให้มีสุขภาพดีด้วยหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย

ไม่สูบบุหรี่และใช้ยาเสพติด และไม่เครียด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีตามแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ³ ประกอบด้วยการให้ความรู้เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. การสาธิตและสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ จึงทำให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การใช้คู่มือเสริมความรู้ที่มีตัวอย่างประกอบรวมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับให้ตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁰ อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นด้วยแนวทางการใช้กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพจะสร้างพลังอำนาจให้บุคคลตัดสินใจลงมือดูแลสุขภาพตนเองได้¹⁷ ซึ่งการจัดโปรแกรมในครั้งนี้ได้ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และใช้ข้อมูลที่ได้

เข้าใจง่าย ชัดเจน จัดให้มีประสบการณ์ตรง ใช้วิธี
นำเสนอให้ดูและให้สาธิตหลังการเรียนรู้อัน
กระบวนกรนี้จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจการเรียนรู้ที่
เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติได้ มีเวทีให้ผู้สูงอายุ
สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ
ประสบการณ์ ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ระหว่าง
ผู้สูงวัยด้วยกันเอง กระบวนกรนี้เป็นกระบวนการ
ผลักดันพลังของตนเองให้สามารถดูแลตนเองได้
นอกจากนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล
นั้นการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ โปรแกรมนี้จึงพัฒนาขึ้นโดยมีรูปแบบ
การสื่อสารต่าง ๆ เช่น การบรรยายให้ความรู้เพื่อ
พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. การสาธิต
และสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.
และกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล
การจัดการตนเองการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและ
การตัดสินใจ จึงทำให้ความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุของกลุ่ม
ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสูง
กว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. หลังเข้าร่วม
โปรแกรมฯ ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดี
มาเป็นระดับพอใช้และสูงกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุของ
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ

ความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1) พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพควรจัด
กิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการพัฒนาความรอบ
รู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของ
ผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างผู้สูงอายุให้เข้าถึงข้อมูล
ด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกและหลากหลายและ
ออกแบบกิจกรรมและสื่อที่ให้เข้าใจง่ายให้
สอดคล้องกับลักษณะทั่วไปของตัวอย่างที่สองใน
สามจบการศึกษาาระดับประถมศึกษาเพื่อให้ความ
รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.
ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก

2) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรม
สุขภาพทางสังคม ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรม
ดังกล่าวควรให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
ทั้งเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน ได้เข้ามามี
ความร่วมมือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ความต้องการ
ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมออกแบบ
กิจกรรม และร่วมทำกิจกรรม พร้อมการคืนข้อมูล
เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ในการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

3) อาจารย์พยาบาลควรนำผลการศึกษา
ไปใช้ในการพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมี
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริม
พฤติกรรมผู้สูงอายุที่ต้องมีการส่งเสริมความ
รอบรู้ด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ
ที่ดี โดยนำโปรแกรมที่ศึกษาในการวิจัยนี้ไป
เป็นตัวอย่างหนึ่งของโปรแกรมการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุเพื่อประเมินความคงทนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ โดยอาจออกแบบโปรแกรมการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการติดตามทุก 2-3 เดือน

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). Situation of the Thai elderly 2018. [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 19]; Available from: <https://thaitgri.org/?p=38670>. (in Thai).
2. Division of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Number and mortality rate of five non-communicable disease (2019-2021). [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 27]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>. (in Thai).
3. Phimpachiyaboon L, Sridet R. Enhancement of health literacy among the elderly according to the ASEAN community cooperation for the establishment of the ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI. Journal of Nursing, Siam University. 2021;22(42):107-14. (in Thai).
4. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Behavioral modification by the principle of 3E2S. [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 27]; Available from: <http://live.siammedia.org/index.php/article/chit-chat-health/21163>. (in Thai).
5. Meebunmak Y, Intana J, Kijnopakieat K, Khamthana P, Rungnoi N. Health literacy among older adults in a semi-urban community in Ratchaburi Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6 Special;129-41. (in Thai).
6. Singhasem P, Krinara P, Toparat W. Correlation between health literacy and health behaviors in older people: a survey research in a community, Trang Province. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2019;11(1):37-51. (in Thai).
7. Maneepong P, Singjuy W, Sookham S, Sriputphong P. The relationship between health literacy and health behaviors 3E-2S in people, Suphanburi Province. The Journal of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi. 2021;4(1):84-93. (in Thai).
8. Thummakul D, Pumtha-it T. Relationship between health literacy and health behaviors of the elderly in Bang Phlat District, Bangkok. Journal of Health Science Research. 2021;15(1):106-18. (in Thai).

9. Rochanavipat K, Nota W, Panya C. Health literate community model for health behavioral changes in diabetic and hypertensive patients in Wiang Sa District, Nan Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand.* 2020;10(2):274-90. (in Thai).
10. Phuchongchai T, Nualsithong N, Sukbua K. The effect of health literacy development program among the elderly in Naphai Sub-District, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *Journal of MCU Ubon Review.* 2022;7(2):1669-76. (in Thai).
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
12. Arahang R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 2017;45(3):509-26. (in Thai).
13. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Assessment of health literacy and health behaviors according to principle 3E2S, aged more than 15 years: revised edition 2018. [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 19]; Available from: <https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf>. (in Thai).
14. Wongnisanatakul K. Health literacy among diabetic patients at the Family Practice Center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand.* 2018;8(1):49-61. (in Thai).
15. Ruangkiatkul N. Factors associated with health literacy among Thai older adults. *Journal of Department of Medicine Services.* 2022;47(1):80-6. (in Thai).
16. Sarakshetrin A, Chantra R, Kwanshom R, Ruangdong L. The effects of using health behavior changing program (food, exercise, emotion, smoking, and alcohol cessation) among village health volunteers at Klongchanak, Muang District, Suratthani Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.* 2017;4(1):253-64.
17. Patzelt C, Heim S, Deitermann B, Theile G, Krauth C, Hummers-Pradier E, et al. Reaching the elderly: understanding of health and preventive experiences for a tailored approach-results of a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2016;16(1):210. doi: 10.1186/s12877-016-0374-3.

การติดตามผลการพัฒนาอาจารย์พยาบาลด้านการสอน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์* ศุภกรใจ เจริญสุข** กนกเลขา สุวรรณพงษ์*** ลัดดา เหลืองรัตนมาศ****
นฤมล อังศิริศักดิ์***** กมลรัตน์ เทอร์เนอร์** สุนทราวดี เรียร์พิเชฐ*****

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลการพัฒนาอาจารย์พยาบาลด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลของสถาบันการศึกษายาบาลภาครัฐและเอกชนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนฯ เรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการติดตามผลพัฒนาอาจารย์พยาบาลหลังการอบรม และแบบสอบถามสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : หลังการอบรมอาจารย์พยาบาลมีความรู้เรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในระดับมาก มีการนำความรู้และวิธีการที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับมากที่สุด และมีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับมาก

สรุป : หลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนฯ เรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลฯ มีผลต่อการพัฒนาอาจารย์ด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คำสำคัญ : การจัดการเรียนการสอนพยาบาลศาสตรบัณฑิต อาจารย์พยาบาล การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

* คณะพยาบาลศาสตร์ ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ** คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ****กองวิจัยและนวัตกรรม สถาบันพระบรมราชชนก

*****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม *****สภาการพยาบาล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศุภกรใจ เจริญสุข, E-mail: sukjai@bnc.ac.th

A Follow up study of the development of nurse educators for rational drug use instruction in the Bachelor of Nursing Science Program

Laddawon Vaisurasingha* Sukjai Charoensuk** Kanoklekha Suwannapong***

Ladda Leungratanamart**** Naruemol Angsirisak***** Kamolrat Turner**

Suntharawadee Theinpichelts*****

Abstract

Background: The development of rational drug use (RDU) pedagogy is critical to advance RDU health workforce development. Nurse educators play an important role in the teaching and learning process of nursing education. Capacity building of nurse educators is therefore crucial for success.

Objectives: To investigate the effectiveness of capacity building of nurse educators in RDU instruction for the Bachelor of Nursing Science program.

Methods: A descriptive research design with a cross-sectional analysis was conducted on a population of 90 nurse educators from public and private educational institutions who participated in the RDU teaching education program. A self-administered questionnaire developed based on Tyler's framework and a questionnaire on RDU competency of nurse educators were used to collect data. The data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation.

Results: After participating in the RDU instruction program, the nurse educators' knowledge of RDU instruction was high. They applied the knowledge and experience from the training program in classroom and clinical instruction. Their attitude towards RDU was rated at the highest level. Their RDU competency was also rated as high.

Conclusions: The RDU instruction program for the Bachelor of Nursing Science program could enhance the teaching skills of nurse educators.

Keywords: nursing education, nurse educators, rational drug use

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

** Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; *** Royal Thai Navy College of Nursing;

**** Research Division, Praboromarajchanok Institute; ***** Faculty of Nursing, Siam University;

***** Thailand Nursing and Midwifery Council

Corresponding Author: Sukjai Charoensuk, E-mail: sukjai@bnc.ac.th

บทนำ

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ทุกวิชาชีพต้องร่วมมือกันดำเนินการ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และยังส่งผลต่ออัตราการเกิดเชื้อดื้อยาที่สูงขึ้น¹ ทั้งนี้ภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาภายใต้นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากเครือข่ายสถาบันการศึกษา สภาวิชาชีพ และองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพให้มีคุณลักษณะ 3 องค์ประกอบ คือมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่เอื้อต่อการใช้ยาสมเหตุผล นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการเรียน การสอนร่วมกันของ 5 วิชาชีพในสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล¹

การพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นับเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีเป้าหมายการจัดการระบบการเรียนการสอนร่วมกันระหว่าง 5 วิชาชีพเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนในหลักสูตรก่อนปริญญา การศึกษาต่อเนื่อง

และการสอบใบประกอบวิชาชีพ สำหรับวิชาชีพพยาบาลมีการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยสภาการพยาบาลได้จัดทำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และให้สถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่งได้นำไปจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตั้งแต่ปีการศึกษา 2561² และจัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้อาจารย์ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน³ นอกจากนี้ยังได้พัฒนาหลักสูตรครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เรื่อง “การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครูผู้สอนมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในหลักการและสมรรถนะที่พึงมีเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สามารถบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งในระดับหลักสูตรและออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนในระดับรายวิชา รวมถึงสามารถเลือกวิธีการจัดการเรียนการสอน และการวัดประเมินผลที่สอดคล้องกับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามที่หลักสูตรกำหนด โดยมีการดำเนินการจัดอบรมระหว่างวันที่ 2-3 ตุลาคม 2562 ณ สภาการพยาบาล ผู้เข้าร่วมการอบรมคือ ผู้บริหารสถาบันการศึกษา และ/หรืออาจารย์พยาบาลที่เป็นตัวแทนจากสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดกระทรวงการ

อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สังกัดมหาวิทยาลัยภาคเอกชน สังกัดกระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ด้วยเป้าหมายของการพัฒนาหลักสูตรมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด การปฏิบัติ และเจตคติของกลุ่มเป้าหมาย การติดตามประเมินผลหลักสูตรจัดเป็นกระบวนการหนึ่งของระบบการพัฒนาหลักสูตรเป็นกระบวนการตรวจสอบติดตามเพื่อดูว่ามีการดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรหรือไม่ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการอบรมมีคุณภาพตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล นำไปสู่การตัดสินใจในเชิงคุณค่า (Value judgments) ของหลักสูตรในมิติต่าง ๆ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) และยังนำมาใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งแนวคิดการติดตามประเมินผลหลักสูตรมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรนั้น ๆ ตามแนวคิดของ Tyler⁴ เชื่อว่าจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้อย่างชัดเจนรัดกุมและจำเพาะเจาะจงจะเป็นแนวทางในการประเมินผลในภายหลัง ดังนั้นพื้นฐานของการจัดหลักสูตรคือผู้จัดทำหลักสูตรจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ผู้เรียนเปลี่ยนหรือมีพฤติกรรมเมื่อเรียนจบหลักสูตรแล้วอย่างไร และพยายามจัดประสบการณ์การสอนเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามที่ต้องการ บทบาทของการประเมินหลักสูตรอยู่ที่การดูผลผลิตของหลักสูตรว่าตรงตามจุดมุ่งหมายที่

กำหนดไว้หรือไม่ จึงกล่าวได้ว่ารูปแบบการประเมินหลักสูตรตามแนวคิดนี้ ยึดความสำเร็จของจุดมุ่งหมายเป็นหลัก (Goal Attainment Model) โดยยึดความสำเร็จของผู้เรียนเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน โดยการวัดพฤติกรรมก่อนเรียนและหลังเรียนเป็นหลัก (Pre - Post Measurement) และมีการกำหนดเกณฑ์ไว้ล่วงหน้าว่าความสำเร็จระดับใดจึงจะถือว่าประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ซึ่งการประเมินผลในรูปแบบนี้จึงเป็นการประเมินผลสรุป (Summative evaluation) มากกว่าการประเมินผลความก้าวหน้า

คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการติดตามประเมินผลหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เรื่อง “การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต” จึงมีความสนใจศึกษาผลการพัฒนาอาจารย์พยาบาลด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภายหลังจากอบรมในหลักสูตรดังกล่าว โดยใช้แนวคิดของ Tyler มาเป็นแนวทางในการประเมินผลหลักสูตร โดยมีการประเมินผลหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เรื่อง “การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต” ในด้านความรู้ ทักษะ และ การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาอาจารย์พยาบาลด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตภายหลังการอบรมในหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับสาระความรู้ในหลักสูตรเรื่อง “การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

2. เพื่อศึกษาการนำความรู้จากการอบรมไปใช้ของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3. เพื่อศึกษาทัศนคติของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

4. เพื่อศึกษาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการศึกษาแบบ Cross-sectional analytics study

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ คณาจารย์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่ผ่านการ

อบรมหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่สภากาชาดพยาบาลจัดขึ้นเพื่อพัฒนาอาจารย์พยาบาลด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระหว่างวันที่ 2-3 ตุลาคม 2562 จำนวน 90 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การติดตามผลการพัฒนาหลักสูตรภายใต้แนวคิดยึดจุดมุ่งหมายของหลักสูตรเป็นหลัก (Goal Attainment Model) ของ Tyler⁴ ร่วมกับกรอบแนวคิดสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งพัฒนามาจากกรอบสมรรถนะของผู้สั่งใช้ยา “The Prescribing Competency Framework” ที่กำหนดโดยสถาบันสุขภาพและความเป็นเลิศทางด้านการแพทย์ (The National Institute for Health Care Excellence, NICE) และสมาคมเภสัชกรรม (The Royal Pharmaceutical Society) ของ สหราชอาณาจักร ซึ่งแบ่งสมรรถนะที่พึงมีของผู้ใช้ยาเป็น 2 มิติ (Domain) ได้แก่ การร่วมปรึกษาหารือก่อนใช้ยา (Consultation) และการดูแลให้เกิดการใช้ยาอย่างดีและสมเหตุผล (Prescribing governance) ซึ่งแต่ละมิติประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 6 ด้าน และ 4 ด้าน⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุดประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการติดตามผลพัฒนาอาจารย์พยาบาลหลังการอบรม เป็นเครื่องมือที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Tyler⁴ เป็นการประเมินภายใต้วัตถุประสงค์ของหลักสูตรเป็นหลัก แบบสอบถามมี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ ตำแหน่งทางการบริหาร สาขาวิชาที่สังกัด รวมจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เรื่อง “การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต” เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การนำความรู้และวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ได้รับจากการอบรม ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 ทักษะการคิดต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาจารย์พยาบาล เป็นแบบประเมินสมรรถนะที่มีการกำหนดสถานการณ์การใช้ยาและประเมินความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติของผู้ตอบจากสถานการณ์นั้นๆ เป็นแบบสอบถามของ ภาวิตา พุทธิจันทร์ และคณะ⁶ ซึ่งทดสอบความตรงได้ค่า Item-Objective Congruence Index (IOC) มากกว่า 0.8 ทุกข้อคำถาม และความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 เป็นข้อคำถามลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 46 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดที่ 1 ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา คือ +1 เห็นว่าสอดคล้อง 0 ไม่แน่ใจ -1 เห็นว่าไม่สอดคล้อง นำผลการพิจารณาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้เทคนิคของ Rovineli and Hambleton⁷

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ สภาการพยาบาล เลขที่ TNMC-IRB 01-04/2020.1007 วันที่ 26 มกราคม 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สภาการพยาบาล

2) ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้บริหารสถาบันการพยาบาล

3) การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ โดยผู้วิจัยติดต่อประสานผู้บริหารสถาบันเพื่อส่งลิงค์การตอบแบบสอบถามออนไลน์ หากประชาชนยินดีตอบข้อมูลออนไลน์ ถือว่าเป็นการแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 กรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การติดตามผลพัฒนาอาจารย์พยาบาลด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภายหลังจากเข้ารับการอบรมในหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาต่างๆ จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96.70%) มีอายุระหว่าง 41-59 ปี (65.60%) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาโท (65.60%) จำนวนปีที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 17.48 ปี ส่วนใหญ่มีตำแหน่งวิชาการเป็นอาจารย์ (83.30%) และส่วนสังกัดภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (25.60%)

ตอนที่ 2 ระดับความรู้ที่ได้รับจากการอบรมเรื่อง “การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต”

จากการประเมินระดับความรู้จากการอบรมพบว่าอาจารย์มีความรู้เรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.15, SD=0.50) โดยมีระดับความรู้มากที่สุดในเรื่องความสำคัญและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดำเนินงานพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และการขับเคลื่อนของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Mean=4.33, SD=0.67, Mean=4.33, SD=0.56 ตามลำดับ) รองลงมาได้แก่ มีความรู้ในเรื่อง คู่มือการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่าง

สมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และแนวทางการบูรณาการหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Mean=4.29, SD=0.67, Mean=4.22, SD=0.61 ตามลำดับ) และมีความรู้ที่น้อยที่สุดในเรื่อง Module for teaching in RDU (Mean=3.94, SD=0.64)

ตอนที่ 3 การนำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการอบรมเรื่อง “การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต” ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน

อาจารย์นำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการอบรมเรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน ในภาคทฤษฎีมีการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการบรรยายมากที่สุด (77.80%) รองลงมา คือ การร่วมอภิปราย (64.40%) ใช้สถานการณ์จำลอง (34.40%) และใช้ปัญหาเป็นหลัก (27.80%) ส่วนภาคปฏิบัติอาจารย์จัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติมากที่สุด (94.40%) รองลงมา คือ OSCE (43.30%) อาจารย์นำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการอบรมเรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตไปประยุกต์ใช้ในการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน โดยพบว่าในภาคทฤษฎีมีการประเมินผลด้วยวิธีการทำแบบทดสอบมากที่สุด (80.00%) รองลงมาคือการตรวจผลงาน (57.80%) และการสังเกต (36.70%) ส่วนภาคปฏิบัติอาจารย์มีการประเมินผลด้วยวิธีการตรวจผลงานมากที่สุด (70.00%) รองลงมาคือการทำแบบทดสอบ (55.60%)

ตอนที่ 4 ด้านทัศนคติต่อการใช้อย่างสมเหตุผล

จากการประเมินทัศนคติต่อการใช้อย่างสมเหตุผล พบว่าอาจารย์มีทัศนคติต่อการใช้อย่างสมเหตุผลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.68, SD=0.36) โดยมีทัศนคติต่อการใช้อย่างสมเหตุผลมากที่สุดในเรื่องการเลือกใช้ยา โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Mean=4.86, SD=0.35) รองลงมาคือการคำนึงถึงผลกระทบของการใช้ยาสมเหตุผลในอนาคต (Mean=4.82, SD=0.38) และมีทัศนคติต่อการใช้อย่างสมเหตุผลน้อยที่สุดในเรื่องการเลือกใช้ยาโดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วย (Mean=4.34, SD=0.80)

ตอนที่ 5 สมรรถนะด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาจารย์พยาบาล

จากการประเมินสมรรถนะด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาจารย์พยาบาล พบว่าอาจารย์มีสมรรถนะด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.37, SD=0.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอาจารย์มีสมรรถนะด้านประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนที่จะใช้ยากับผู้ป่วยมากที่สุด (Mean=4.56, SD=0.47) รองลงมาคือสมรรถนะด้านบริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้อง (Mean=4.47, SD=0.51) และมีสมรรถนะด้านทำงานร่วมกับบุคคลอื่นแบบสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลน้อยที่สุด (Mean=4.21, SD=0.69)

อภิปรายผล

จากการดำเนินงานติดตามผลของการพัฒนาอาจารย์พยาบาลด้านการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภายหลังจากเข้ารับการอบรมในหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับสาระความรู้ในหลักสูตรเรื่อง“การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พบว่าอาจารย์มีความรู้เรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีระดับความรู้มากที่สุดในเรื่องความสำคัญและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดำเนินงานพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และการขับเคลื่อนของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิตา พุทธิพันธ์ และคณะ⁶ ที่พบว่าผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่รับทราบนโยบายการขับเคลื่อนของวิชาชีพการพยาบาลเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีความรู้่น้อยที่สุดในเรื่อง Module for teaching in RDU ทั้งนี้เนื่องจาก Module นี้ได้จัดทำโดยคณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้ออกนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล¹ เพื่อให้ทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตร โดยสภาการพยาบาลได้นำมาใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร

พยาบาลศาสตรบัณฑิตและมีการชี้แจงทำความเข้าใจในระดับผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบหลักสูตร หัวหน้าภาคฯ อาจยังไม่ทั่วถึงในระดับอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา

2. การนำความรู้จากการอบรมไปใช้ของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พบว่าอาจารย์นำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการอบรมเรื่องการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน ในภาคทฤษฎีมีการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการบรรยายมากที่สุด รองลงมาคือการร่วมอภิปรายและใช้สถานการณ์จำลอง ส่วนภาคปฏิบัติอาจารย์จัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติ ซึ่งการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลในสาขาวิชาการพยาบาล สามารถบูรณาการการใช้ยาสมเหตุผลได้ในทุกรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่วิชาการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลในสาขาวิชาต่าง ๆ ซึ่งสภาการพยาบาลได้เสนอตัวอย่างการจัดการเรียนการสอนไว้ในคู่มือการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2562³ และมีการจัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและเผยแพร่ไปยังสถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ แล้ว จึงทำให้สถาบันการศึกษามีความเข้าใจและนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติได้เป็นอย่างดี รองลงมาคือ OSCE เนื่องจากเป็นการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มี

มาตรฐาน สามารถสะท้อนให้เห็นสมรรถนะของนักศึกษาได้อย่างชัดเจน⁸

3. ทักษะของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ต่อการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่าอาจารย์มีทัศนคติต่อการใช้อายอย่างสมเหตุผลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีทัศนคติต่อการใช้อายอย่างสมเหตุผลมากที่สุดในเรื่องการเลือกใช้อาย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย รองลงมาคือการคำนึงถึงผลกระทบของการใช้ยาสมเหตุผลในอนาคต และมีทัศนคติต่อการใช้อายอย่างสมเหตุผลน้อยที่สุดในเรื่องการเลือกใช้อาย โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ อัจฉริยา เชื้อเย็น⁹ ที่กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการใช้อายอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลว่า หัวใจสำคัญของการให้ยาแก่ผู้ป่วยคือการบริหารยาอย่างปลอดภัย

4. สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พบว่าอาจารย์มีสมรรถนะด้านการใช้อายอย่างสมเหตุผลของอาจารย์พยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาสมรรถนะด้านการใช้อายอย่างสมเหตุผลของอาจารย์พยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบการบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่พบว่า อาจารย์พยาบาลมีสมรรถนะอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอาจารย์มีสมรรถนะด้านประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนที่จะใช้ยากับผู้ป่วยมาก

ที่สุด รองลงมาคือสมรรถนะด้านบริหารยาตาม การสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และมีสมรรถนะด้าน ทำงานร่วมกับบุคคลอื่นแบบสหวิชาชีพ เพื่อ ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oguz, Alasehirli and Demiryurek¹¹ ที่ศึกษาทัศนคติของพยาบาล เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในตุรกี และพบว่า พยาบาลมีความรู้และทัศนคติในระดับดีมาก ใน เรื่องการบริหารยา ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารยา เป็นบทบาทหลักของพยาบาล ในส่วนของ สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่นแบบสห วิชาชีพที่มีคะแนนน้อยที่สุดแต่อยู่ในระดับมากนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิตา พุทธิขันธ์ และ คณะ⁶ ที่ศึกษาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของอาจารย์พยาบาลและพบว่า มีสมรรถนะด้าน การทำงานร่วมกับผู้อื่นแบบสหวิชาชีพในระดับมาก เช่นกัน ซึ่งสถาบันการศึกษาควรสนับสนุนการจัด การศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพเพราะเป็น การศึกษาที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาด้านสุขภาพและ สาขาที่เกี่ยวข้อง ได้เรียนรู้ร่วมกัน เกิด ประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ เมื่อบัณฑิตเหล่านี้ได้สำเร็จการศึกษาออกไป ประกอบวิชาชีพจะสามารถปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ ร่วมกันเป็นที่ม¹²

สรุปและข้อเสนอแนะ

หลักสูตรพัฒนาครูผู้สอนในวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ เรื่องการจัดการเรียน การสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อการ พัฒนาครูผู้สอน โดยส่งผลให้มีความรู้เรื่องการ

จัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในระดับมาก มี การนำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการอบรมไป ประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างสม เหตุผลในระดับมากที่สุด และมีสมรรถนะการใช้ยา อย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับมาก สภาการพยาบาลจึง ควรจัดให้มีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาครูผู้สอนให้ มีการพัฒนาตนเองในการจัดการเรียนการสอนด้าน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และสถาบันการศึกษา ทางพยาบาลควรส่งเสริมและกำกับติดตามการ จัดการเรียนการสอนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่ สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยนี้ และขอขอบคุณ ผู้บริหารและคณาจารย์ของสถาบันการศึกษา พยาบาลที่สนับสนุน และให้ข้อมูลในการวิจัยนี้

References

1. Rational Use of Drug Subcommittee. Teacher's guide for promotion rational drug use. Nonthaburi: Food and Drug Administration, Ministry of Public Health. 2017. (in Thai).
2. Thailand Nursing and Midwifery Council. The model of integrating the rational drug use curriculum into the bachelor of nursing science program. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2018. (in Thai).

3. Working Committee of Project Evaluation for Integrating RDU into Nursing Science Program, Thailand Nursing and Midwifery Council. Manual book of rational drug use instruction for nursing science program. Bangkok: Danex Intercorporation; 2019. (in Thai).
4. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago, IL: The University of Chicago Press; 1970.
5. Royal Pharmaceutical Society. A competency framework for all prescribers. London: Royal Pharmaceutical Society; 2016.
6. Putthikhan P, Suwannapong K, Angsirirak N, Turner K, Theinpichet S. An evaluation of the policy of integrating RDU curriculum into the Bachelor of Nursing Science Program and RDU competency of nurse instructor. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(1):282-301. (in Thai).
7. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift Voor Onderwijs Research. 1977;2(2):49-60.
8. Weerawatthanodom N, Sirisakulpaisal B, Chairat T, Bangthamai P. Evaluation of nursing practice by the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):238-45. (in Thai).
9. Churyen A. The nurses' role in rational drug use in hospitals. Nursing Journal. 2021;48(1):355-66. (in Thai).
10. Turner K, Suwannapong K, Putthikan P, Charoensuk S, Radabutr M, Angsirirak N, et al. Evaluation of the integrated model of the rational drug use into the Bachelor of Nursing Science Program in Thailand: a mixed methods study. Belitung Nurs J. 2021;7(6):485-92. doi: 10.33546/bnj.1762.
11. Oguz E, Alasehirli B, Demiryurek AT. Evaluation of the attitudes of the nurses related to rational drug use in Gaziantep University Sahinbey Research and Practice Hospital in Turkey. Nurse Educ Today. 2015;35(2):395-401. doi: 10.1016/j.nedt.2014.10.011.
12. Pumuthaivirat P. Interprofessional Education (IPE) management. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2020;2(4):12-28. (in Thai).

ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี

รัช วิเชียรประภา*

บทคัดย่อ

บทนำ : การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคไตวายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และแบบวัดพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมและอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม น้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : รูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนได้

คำสำคัญ : ไตวายเรื้อรัง การมีส่วนร่วมของชุมชน ชะลอไตเสื่อม

*โรงพยาบาลขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : รัช วิเชียรประภา, E-mail: joi_nhso@hotmail.com

Received: July 16, 2023

Revised: November 27, 2023

Accepted: December 19, 2023

The effect of delaying renal deterioration using a community participation model for patients with chronic kidney disease in Khlung District, Chantaburi Province

Tawat Wichianprapha*

Abstract

Background: Appropriate management to slow down the deterioration of kidney function could effectively reduce the incident rate of chronic kidney disease.

Objective: This study aimed at examining the effectiveness of delaying the deterioration of renal function using a community participation model for patients with chronic kidney disease in Khlung District, Chantaburi Province.

Methods: This quasi-experimental research study was designed, using two groups with pretest-posttest design. A purposive sampling technique was used to recruit 60 patients with chronic kidney disease in Khlung District, Chantaburi Province. The sample was divided into two groups, 30 patients to the experimental group and 30 patients to the control group. The instruments included 1) the delayed kidney deterioration using the community participation model and 2) the delayed kidney deterioration behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

Results: The study showed that the delay in renal deterioration behavior and eGFR before and after the intervention were significantly different in the experimental group ($p < .001$). The delay in renal deterioration behavior, eGFR, FBS, and BP after the intervention were significantly different between the experimental and the control groups. ($p < .001$)

Conclusions: Delaying the deterioration of renal function using the community participation model for patients with chronic kidney disease could be a choice to reduce the incident rate of patients with chronic kidney disease in the community.

Keywords: chronic kidney disease, community participation, delayed kidney deterioration

*Khlung Hospital, Khlung District, Chantaburi Province.

Corresponding Author: Tawat Wichianprapha, E-mail: joi_nhso@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยไตวายเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 20 จากปี ค.ศ. 2010 และเสียชีวิตมากถึง 1.4 ล้านคน¹ สำหรับสถิติการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดจันทบุรีพบว่า ในปี 2562 - 2565 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 28.30, 31.04 และ 31.87 ตามลำดับ² จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาโรคไตวายเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดจันทบุรี โรคไตเรื้อรังนอกจากจะเป็นโรคที่มีความชุกบ่อย อีกทั้งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงอีกด้วย³⁻⁵ ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคและชะลอความเสื่อมของโรคไตวายเรื้อรัง จึงมีประโยชน์ในการลดภาระทางเศรษฐกิจด้วย

ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ภาวะไตเรื้อรังมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์⁶ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการใช้ยา เป็นต้น การชะลอไตเสื่อมนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายของการชะลอไตเสื่อมคือเพื่อคัดกรองและส่งต่อให้สามารถวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรค ชะลอการเสื่อมของไตและยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดการเสียชีวิต และการชะลอไตเสื่อมยังมีวัตถุประสงค์ในการเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด

ทดแทนไตในระยะเวลาที่เหมาะสม⁷⁻¹⁰ ทั้งนี้การชะลอไตเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในระยะเริ่มต้น

สำหรับการแก้ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังของประเทศไทยนั้นได้ถูกบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขปี 2565 โดยถูกบรรจุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โครงการที่ 11 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต¹¹ โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่าปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (eGFR) ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73m²/yr การดำเนินงานด้านการชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรีที่ผ่านมามีปัญหาหลักของการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในชุมชนคือการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ทั้งนี้เกิดจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเป็นเจ้าของภาพในการดำเนินงาน ขาดการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อก่อให้เกิดการดำเนินงานหรือปฏิสัมพันธ์จนสามารถทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นประกอบด้วย การวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ปัญหาของชุมชน การวางแผนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน การกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสม การดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้และการประเมินตามวัตถุประสงค์¹² สำหรับการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในชุมชนสามารถนำกระบวนการมีส่วนร่วมเข้ามา

บทบาทในการแก้ไขปัญหาตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาโรคไตในชุมชน การวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไตที่เหมาะสมกับชุมชน การกำหนดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาโรคไตที่เหมาะสม การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผลการแก้ไขปัญหาโรคไตซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงรุกในการชะลอไตเสื่อมในชุมชน

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยเสริมศักยภาพในการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าจังหวัดจันทบุรียังไม่มีแผนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอำเภอขลุงจังหวัดจันทบุรี ส่งให้ให้อัตราการกรองของไตดีขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี

โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

1.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

1.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two groups pretest-posttest designs) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2566 ถึง 25 เมษายน 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี ทั้งเพศชายและหญิง และอาศัย ข้อมูลจาก Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี¹³ ณ วันที่ 18 มกราคม 2566 จำนวน 509 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน โดยการคำนวณค่าอิทธิพลของผลงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect size) มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Table) ค่าอิทธิพลของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองโดยประมาณค่าอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มคำนวณจากสูตรของแกส โดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัย Effect size ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.8 แอลฟาเท่ากับ 0.05 ค่า Power เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงกำหนดตัวอย่างอีก 10 ราย จึงได้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นจำนวน 60 คนสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกการวิจัย (inclusion criteria) คือ สามารถฟังและสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรอง

อยู่ในช่วง 30-59 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีอายุตั้งแต่ 35 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และเกณฑ์ในการคัดออกจากกรวิจัย (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 4 และ 5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งออกเป็น 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรม “การชี้แจงสถานการณ์และค้นหาสาเหตุของปัญหา” เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ นำเสนอสถานการณ์โรคไตวายเรื้อรังในชุมชน ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 กิจกรรม “การวางแผนการแก้ไข้ปัญหา” เป็นประชุมเชิงปฏิบัติการ นำเสนอวิธีการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 กิจกรรม “การยกร่างรูปแบบการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม” เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 4 กิจกรรม “วิจารณ์รูปแบบการชะลอไตเสื่อม” เป็นการอภิปรายกลุ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรม “การให้ความรู้ในการชะลอไตเสื่อม” เป็นการบรรยายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตและการชะลอไตเสื่อม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง จัดที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสรรพรส ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ในการชะลอไตเสื่อม ครั้งที่ 2 กิจกรรม “การวางแผนการชะลอไตเสื่อม” เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อหาแนวทางการชะลอไตเสื่อมของตัวอย่างด้วยตนเอง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมงจัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ให้ดำเนินกิจกรรม การวางแผนชะลอไตเสื่อมในตัวอย่างและญาติ ครั้งที่ 3 กิจกรรม “การคงไว้และแก้ไขพฤติกรรม” เป็นการอภิปรายกลุ่มร่วมกันระหว่างตัวอย่างถึงปัญหาและความสำเร็จระหว่างการชะลอไตเสื่อม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวอย่างและญาติร่วมกันทำกิจกรรม ครั้งที่ 4 กิจกรรม “สรุปผลการชะลอไตเสื่อม” เป็นการอภิปรายกลุ่มสรุปผลการชะลอไตเสื่อมของตัวอย่าง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิจกรรมที่ 3 การติดตามการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 ครั้ง ได้แก่ครั้งที่ 1 กิจกรรม “กระตุ้นพฤติกรรมและปรับสิ่งแวดล้อม” เป็นการเยี่ยมบ้านด้วยทีมเจ้าหน้าที่และอสม. โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันออกเยี่ยมบ้านกระตุ้นพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมที่บ้าน ระยะเวลาในการทำ กิจกรรม 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 กิจกรรม “การให้กำลังใจ” เป็นการเยี่ยมบ้านด้วยทีมเจ้าหน้าที่และอสม. ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”

เป็นการเยี่ยมบ้านด้วยทีมเจ้าหน้าที่และอสม. โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 4 กิจกรรม “ให้กำลังใจและชื่นชม” เป็นการเยี่ยมบ้านด้วยทีมเจ้าหน้าที่และอสม. ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมมารับประทานยา รวมทั้งแบบบันทึกระดับน้ำตาลในกระแสเลือด, ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .90 และ .94 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทดลองใช้และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วย Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .81

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่ CTIREC 082/2565 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับรองจากสำนักงานจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาล

พระปกเกล้าจันทบุรี ผู้วิจัยดำเนินการการพัฒนารูปแบบ ฯ ในระยะที่ 1 และเมื่อได้รูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาผลของรูปแบบ โดยติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสรรพรส เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานกับตัวอย่างในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และนัดหมายวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนัดในวันที่ตัวอย่างสะดวก สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสรรพรส ในช่วงเวลาที่ตัวอย่างสะดวก ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์แก่ตัวอย่าง การวิจัยจะดำเนินการเมื่อตัวอย่างเช่นชื่อยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรกโดยตัวอย่างแต่ละคนได้รับแจกแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการดำเนินการตามรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบทางสถิติ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตก่อนและหลังได้รับรูปแบบการ

ชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังด้วยสถิติ Independent t-test โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (assumption) ก่อนการทำการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การแจกแจงของตัวแปรเป็นแบบปกติ (normal distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 86.6 อายุเฉลี่ย 76.67 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 86.6 รองลงมา

เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.6 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 96.6 มีอายุเฉลี่ย 74.65 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 80.2 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 57.0

2. ผลการใช้รูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า

2.1 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสำหรับระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 30)

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | p – value |
|-------------------------|-----------|-------|-----------|------|-----------|
| | Mean | SD | Mean | SD | |
| พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม | 27.43 | 1.30 | 28.31 | 0.90 | <.001* |
| ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด | 155.41 | 6.20 | 153.22 | 7.10 | .06 |
| ความดันโลหิตตัวบน | 131.31 | 10.10 | 134.65 | 8.70 | .06 |
| อัตราการกรองของไต | 49.12 | 1.60 | 52.11 | 1.60 | <.001* |

* $p < .001$

2.2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตหลัง

การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | p – value |
|-------------------------|------------|------|-------------|------|-----------|
| | Mean | SD | Mean | SD | |
| พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม | 28.31 | 0.90 | 27.05 | 1.10 | <.001* |
| ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด | 153.22 | 7.10 | 158.26 | 7.10 | <.001* |
| ความดันโลหิตตัวบน | 134.65 | 8.70 | 136.48 | 8.70 | <.001* |
| อัตราการกรองของไต | 52.11 | 1.60 | 50.95 | 1.30 | <.001* |

*p<.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทั้งทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ทั้งนี้ เนื่องจากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในพื้นที่อำเภอขลุง ทำให้มีความใกล้เคียงกันทางด้านข้อมูลส่วนบุคคล โดยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในพื้นที่อำเภอขลุง อีกทั้งอาศัยวิถีการสูบบุหรี่เฉพาะเจาะจง จึงทำให้ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางด้านข้อมูลส่วนบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของตัวอย่างพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน¹⁴

จากผลการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่าระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน กิจกรรมการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและกิจกรรมการติดตามการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมต้องอาศัยความต่อเนื่องจึงจำเป็นต้องมีระยะเวลาที่เหมาะสมและการพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต้องเกิดจากความคิดเห็นและทรัพยากรที่มีในชุมชนอย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาผลการศึกษาผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) ทั้งนี้เนื่องจากตัวอย่างได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนในการชะลอไตเสื่อม ค้นหาวิธีในการชะลอไตเสื่อมให้เหมาะสมกับตนเอง อีกทั้งได้รับการสนับสนุนจากชุมชนได้รับการติดตามดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดจึงทำให้พฤติกรรมในการชะลอไตเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการทดลอง¹⁵

สำหรับระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและความดันโลหิตภายหลังได้รับรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่แตกต่างกันทั้งนี้ เนื่องจากตัวอย่างสามารถควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตามนัดได้ จึงทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่แตกต่างไปจากเดิมมาก ซึ่งเป็นผลมาจากการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติ พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พบว่า ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายในกลุ่มทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶

ภายหลังได้รับรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยอธิบายได้ว่าหลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ตัวอย่างได้เรียนรู้

การชะลอไตเสื่อม การวางแผนการชะลอไตเสื่อมตามบริบทของผู้ป่วย อีกทั้งได้รับการสนับสนุนติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนกระตุ้นให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการชะลอไตเสื่อมในระหว่าง 12 สัปดาห์ จากแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมีลักษณะการติดตามปัญหาในชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน การเข้าร่วมในการปฏิบัติโครงการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะที่เป็นกิจกรรมระดมพลังรวมในหมู่ของประชาชน มีความหลากหลาย และเกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก เกิดจากทัศนคติแบบพินิจพิเคราะห์ นำมาซึ่งการกำหนดแนวทางโดยทั่วไปของการดำเนินกิจการเผยให้เห็นประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกัน กิจกรรมเกิดประโยชน์กับประชาชนในชุมชนจึงก่อให้เกิดการรวมพลังเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กันและกัน¹⁷ จึงทำให้พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ติดตามต่อเนื่อง 20 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจใน

การดูแลตนเองเป็นเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ผลต่างของคะแนนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาารูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และกิจกรรมการติดตามการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะนำไปใช้ในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนได้ ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่ สามารถขยายผลลงสู่อำเภออื่นในจังหวัดจันทบุรีได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินการด้านการใช้รูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดขึ้นจากงานวิจัย เนื่องจากสามารถลดอัตราการเกิดผู้ป่วยไตวายรายใหม่ในชุมชน

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความคุ้มค่าในการดำเนินการ

2. ด้านการจัดบริการพบว่า ควรสนับสนุนให้มีการสนับสนุนทางวิชาการให้กับคลินิกชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานเชิงรุก และควรจัดให้มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามไปในระยะยาวเพื่อให้สามารถรับรู้ถึงผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในการเจาะลึกในตัวอย่างที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามโปรแกรมเพื่อหาสาเหตุในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสรรพรสที่ให้การสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบพระคุณคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีที่ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาารูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ขอขอบขอบคุณผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและตัวอย่างทุกท่านเป็นอย่างสูง

References

1. Division of non-communicable diseases: Department of disease control.

- Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 9]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>. (in Thai).
2. Chanthaburi Provincial public health office. Health data center. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 9]; Available from: <https://cti.hdc.moph.go.th/hdc/reports>. (in Thai).
 3. Sanghuachang N, Nakagasien P, Krainuwat K. Factors predicting delayed progression of CKD behavior among patients with chronic kidney disease stage G1-G2. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(2):339-47. (in Thai).
 4. Pitsawong W. Prevalence of chronic kidney patients and factors affecting decision-making on renal replacement therapy in the nephrology department of Surin Hospital in a period between 2014 and 2020. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals*. 2021;36(3):675-84. (in Thai).
 5. Ritthitamon P, Chaichalermpong W. Recommendations for establishing clinical service for delaying the progression of kidney disease at Nam Phong Hospital: Application of the soft systems methodology. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2021;33(4):675-84. (in Thai).
 6. Tanakitjaru P, Bunnark S, Pichaiwong W. Chronic kidney disease . [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 9]; Available from: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_9.pdf. (in Thai).
 7. Jirubapa M. The slowly progressive chronic kidney disease from adult to elder persons. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2014;20(2): 5-16. (in Thai).
 8. Uttarasart L, Kankarn W, Anutrakulchai S. Effects of case management program and the participation of village health volunteers in caring for patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;39(2): 13-21. (in Thai).
 9. Chuaboonchai I, Kittiyawan J, Kankarn W. Effect of application of cognitive behavior concept combined with caring on depression and nephrotic slow Down behavior in patients with chronic kidney disease stage 3-4. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;39(2): 29-38. (in Thai).
 10. The nephrology society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2022 revised edition. Bangkok: Srimuang Printing; 2022. (in Thai).
 11. Strategy and planning division, Office of the permanent secretary, Ministry of public health 2021. Plan project and key performance indicator of Ministry of public health 2022. [Internet]. 2023 [cited

- 2023 Jan 9]; Available from: <https://spd.moph.go.th/kpi-template-2565/>. (in Thai).
12. Ratchathawan R, Keawkrajok T, Jongkatekit W, Phromkaew P, Sumdangsan D, Thonglert D. The community participation process in well-being development. *Journal of Southern Technology*. 2018;11(1):231-38. (in Thai).
 13. Chanthaburi Provincial public health office. Health data center. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 9]; Available from: <https://cti.hdc.moph.go.th/hdc/reports>. (in Thai).
 14. Promdee A, Tiengtham V, Pitchayapinyo P. Chronic kidney disease preventing program among uncontrolled diabetic patients. *Journal of Public Health Nursing*. 2016;30(3):102-17. (in Thai).
 15. Thiabrithi S, Turnbull N, Sriphuwong C, Sriphuwong W, Seedaket S. The effects of self-management support programs on chronic kidney disease prevention behaviors among risk groups in community. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021;37(3):229-40. (in Thai).
 16. Thungtong S, Chinnawong T, Thanawattananon P. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015;35(1):67-84. (in Thai).
 17. Tancharoensukjit T, Rattanapronpirun W, Jenjob C, Leesmidt V. Effectiveness of chronic kidney disease prevention through the support mechanism of the district quality of life development board, Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2022;12(2): 319-334. (in Thai).
 18. Arunsangsod K, Songwathana P. Effects of a brief motivational interviewing program on self-Care motivation self-Care behaviors and glomerular filtration rate among patients with chronic kidney disease. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2023;38(1):52-66. (in Thai).

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันน้กสุมหน้าใหม่ ของนักศึกษาพยาบาล

ณิชมน หลำรอด* ภราดร ยิ่งยวด* สุดารัตน์ วันงามวิเศษ* ผ่องพรรณ ภาโว*

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัจจุบันปัญหาการสูบบุหรี่ได้แพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชน สาเหตุสำคัญคืออยากทดลองเลียนแบบเพื่อน หากไม่ได้รับการป้องกันจะทำให้เกิดน้กสุมหน้าใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันน้กสุมหน้าใหม่ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง ตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2564 ชั้นปีที่ 1 - 4 แห่งหนึ่ง กลุ่มทดลองเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันน้กสุมหน้าใหม่ของนักศึกษาพยาบาล ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 5 กิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันน้กสุมหน้าใหม่ของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุป : โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันน้กสุมหน้าใหม่สามารถทำให้นักศึกษามีองค์ความรู้ และทักษะในการป้องกันน้กสุมหน้าใหม่ พร้อมนำไปถ่ายทอดให้กับนักศึกษาของวิทยาลัยฯทุกคน ตลอดจนสามารถนำไปใช้กับประชาชนในชุมชนได้

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล ความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันน้กสุมหน้าใหม่

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ณิชมน หลำรอด, E-mail: nichamon@bcnnon.ac.th

Received: February 28, 2023

Revised: October 14, 2023

Accepted: December 19, 2023

Effects of a health literacy development program to prevent nursing students from becoming new smokers

Nichamon Lumrod* Paradorn Yingyoud* Sudarat Wanngamwiset* Phongphan Phawo*

Abstract

Background: Currently, the problem of smoking has become widespread among the youth. The main reason for this is the desire to experiment. imitate a friend Without protection, new smokers will increase among the youth.

Objective: To investigate the effects of a health literacy development program to prevent nursing students becoming new smokers.

Methods: A quasi-experimental research with two groups pre- and post-tests was conducted. The sample consisted of 60 nursing students purposively selected from Tobacco-free environment nurse student club. The students were equally assigned to an experimental group and comparison group, 30 each. Research tools included a health literacy development program to prevention nursing students from becoming new smokers. The program duration was 4 weeks with 5 activities. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: After participating in the program, the mean score of health literacy of the nursing students in relation to preventing new smokers was significantly higher than before the experiment at the .05 level and significantly higher than the comparison group at the .05 level.

Conclusions: The health literacy development program for preventing new smokers can equip students with knowledge. It gave skills to prevent new smokers and can transfer them to other students in the college as well as apply to people in the community

Keywords: nursing students, health literacy, new smoker protection

* Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Faculty of Nursing, PBRI

Corresponding Author: Nichamon Lumrod, E-mail: nichamon@bcnnon.ac.th

บทนำ

บุหรีเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก ประมาณ 8 ล้านคนต่อปี และเป็นที่ยอมรับกันมานานแล้วว่าบุหรีเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งปอด และมะเร็งอีกหลาย ๆ ชนิด ในร่างกาย นอกจากนี้บุหรี ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ส่งผลต่อบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี ในปัจจุบันปัญหาการติดบุหรีนั้นวันจะเพิ่มความรุนแรงและเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขอย่างมาก ปัจจุบันปัญหาการสูบบุหรีได้แพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนทั่วไป¹ เนื่องจากบุหรีเป็นยาเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายเสพติดง่ายแต่เลิกยากนั่นเองผู้ที่สูบบุหรีแทบทั้งหมดเริ่มติดบุหรีตั้งแต่วัยรุ่นสาเหตุสำคัญคืออยากทดลอง เอาอย่างเพื่อน เอาอย่างผู้ปกครองหรือผู้มีชื่อเสียงในสังคมอยากแสดงว่าตัวเองเป็นผู้ใหญ่แล้วได้รับอิทธิพลจากการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายวัยรุ่นจำนวนมาก จากข้อมูลพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี พบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเริ่มสูบบุหรีน้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรีเมื่ออายุน้อยลง ค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นคือจากปี พ.ศ. 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรีอายุเกือบ 17 ปี และในปี พ.ศ. 2554 ลดลงเป็น 16.2 ปี และในปี พ.ศ. 2558 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบ² จะเห็นได้ว่ากลุ่มเยาวชนนักสูบบุหรีใหม่มีจำนวนมากขึ้นโดยที่ผ่านมา สสส. ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหการสูบบุหรีในเยาวชน ซึ่งใช้ยุทธศาสตร์ที่ 2 โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ 1) สร้างความตระหนัก จิตสำนึก ค่านิยมการไม่สูบบุหรีและรู้เท่าทันอุตสาหกรรมยาสูบให้กับเยาวชน และ

ประชาชนทั่วไป 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรีของเยาวชน 3) พัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่าย เพื่อป้องกันนักสูบบุหรีใหม่ 4) เฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ ควบคุมและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน³ ซึ่งจากยุทธศาสตร์ที่ 2 ข้อที่ 3 ได้ระบุถึงการพัฒนาศักยภาพแกนนำที่สามารถพัฒนาได้ในกลุ่มเยาวชนในการป้องกันนักสูบบุหรีใหม่ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพแกนนำการป้องกันนักสูบบุหรีใหม่ในกลุ่มเยาวชน

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มทรัพยากรบุคคลที่จะเป็นกำลังสำคัญในด้านสุขภาพให้บริการทางด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูให้กับประชาชนในอนาคต เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้เตรียมความพร้อมจึงต้องวางแผนการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมยาสูบให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีทักษะในการป้องกันนักสูบบุหรีใหม่ภายในสถานศึกษาของตนเอง⁴ ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญพิเศษซึ่งกำหนดอนาคตของระบบสุขภาพ ซึ่งหากไม่ได้รับการพัฒนาที่เพียงพอจะกลายเป็นจุดอ่อนของการพัฒนาสุขภาพมากยิ่งขึ้น จากการพัฒนาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาแกนนำนักศึกษาเกี่ยวกับบุหรี พบว่า ด้านความรู้ทัศนคติต่อบุหรี และทักษะในการให้คำปรึกษาเรื่องการช่วยเลิกบุหรีในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ นักศึกษามีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้น แกนนำนักศึกษามีทัศนคติต่อบุหรีในทางลบเพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น⁵

และนักศึกษามีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น และเกิดความมั่นใจมากขึ้น หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ทางออนไลน์ในแก่นนำนักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษา⁶ และการสร้างเสริมทักษะการป้องกันพิษภัยจากบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล มีหลายขั้นตอนทั้งการสอนทฤษฎีและฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ จะทำให้เพิ่มทักษะการให้ความรู้แก่บุคคลากรในสถาบันการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁴

องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคมเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและ ความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ⁷ และ Nutbeam ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถของแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้นรวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจในปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ⁸ โดยมีการใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารข้อมูล การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก

3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ จะเห็นได้ว่า ในส่วนของ 3อ.2ส. นั้น ใน 1ส. จะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ดังนั้น เป็นไปได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลอาจส่งผลต่อการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ได้ และหากพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ได้

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เอกสารให้ความรู้ การบรรยายประกอบ¹⁰ วิธีการชวนการมีส่วนร่วม วางแผนแก้ไขปัญหา ตั้งเป้าหมาย การสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต โดยอธิบายบอกแหล่งที่มาของข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ¹¹ การใช้กลวิธีเทคนิคการใช้ภาพ ใช้เทคนิค 3 คำถาม การค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล จัดกิจกรรมการนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง วิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร ตรวจสอบคุณภาพของสื่อ¹² การกำหนดเป้าหมายและวางแผน การปฏิบัติตามแผน การประเมินข้อความจากสื่อ การกำหนดทางเลือก การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงหรือการเลือกปฏิบัติ การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียได้¹³ ซึ่งวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

สถาบันที่เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นสถาบันผลิตพยาบาลเพื่อให้บริการด้านสุขภาพออกสู่สังคมไทยในทุกกลุ่มคนและทุกช่วงวัย นักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการเป็นผู้นำหรือต้นแบบด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและสังคม ในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค

ซึ่งบุหรีเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ความดัน เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นหากนักศึกษาพยาบาลมีองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี มีทักษะในการยับยั้งการเกิดนักสูบบุหรี่ใหม่ก็จะช่วยลดการป่วย การตายจากโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้แก่นักศึกษามีองค์ความรู้ มีทักษะในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่และนำไปถ่ายทอดให้กับนักศึกษาของวิทยาลัยฯ ทุกคน ตลอดจนสามารถนำไปใช้กับประชาชนในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ประยุกต์ใช้แนวคิดการ

พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลของ WHO¹⁴ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มี 5 กิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับที่กำลังศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้านตามแนวคิดของกองสุขศึกษา¹⁵

2.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี เป็นแบบวัด 4 ตัวเลือก (ถูก = 1; ผิด = 0) จำนวน 10 ข้อ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.40 – 0.80 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.30 – 0.80 และค่าความเชื่อมั่นคุณเดออร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .71

2.2 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี การตัดสินใจ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท ลักษณะการวัดเป็นแบบ 4 ตัวเลือก 4 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท จำนวน 42 ข้อ รวม 130 คะแนน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2564 ชั้นปีที่ 1 - 4 แห่งหนึ่ง จำนวน 741 คน

ตัวอย่าง กลุ่มทดลองเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี จำนวน 30 คน

(ยังไม่เคยได้รับการอบรมการพัฒนา นักศึกษา แกนนำปลอดบุหรี่) กลุ่มเปรียบเทียบ นักศึกษาพยาบาลในสถาบันเดียวกัน ได้จากการสุ่มจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า 1) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 2) มีความสามารถในการอ่าน เขียนหนังสือและสามารถสื่อสารได้ 3) ความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ และ 4) ไม่เคยสูบบุหรี่

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี เอกสารเลขที่ COE 65/003 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยที่ต้องปฏิบัติ
2. เก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองโดยให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามวันและเวลาที่นัดหมาย มี 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1: 1 ชั่วโมง) ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ แนวทางการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ใช้เทคนิคการสอนย้อนกลับ เทคนิคกระตุ้นให้ถาม เทคนิคการทดสอบความเข้าใจ 3 คำถาม เทคนิคใช้ภาพประกอบสื่อที่หลากหลายที่เข้าใจง่าย

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1: 1 ชั่วโมง) ให้ความรู้วิธีการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสืบค้นและเลือกสรรข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และส่งเสริมการพิจารณาวิเคราะห์การเข้าถึงข้อมูล และแบ่งกลุ่มมอบหมายงานหาข้อมูลและอธิบายความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 1: 30 นาที) แบ่งกลุ่มมอบหมายให้ ผึกตั้งคำถามชวนคิด ประเมินข้อความจากสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ ผึกวิเคราะห์สื่อโฆษณาบุหรี่ วิธีการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อ

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 1: 1 ชั่วโมง) แบ่งกลุ่มมอบหมายให้วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับบุหรี่ในสถานศึกษาด้วยวิธีการ Critical thinking และอธิบายวิธีการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 2-4: 1 ชั่วโมง) แบ่งกลุ่มวางแผนแสดงละครตามสถานการณ์ที่มอบหมายให้ กลุ่มละ 1 สถานการณ์ วางแผนสืบค้นหาความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับบุหรี่โดยทำเป็นโปสเตอร์แล้วเผยแพร่ทางออนไลน์ กลุ่มละ 1 เรื่อง และวางแผนการสืบค้นหาความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับบุหรี่โดยให้ความรู้ทางเสียงตามสาย กลุ่มละ 1 ครั้ง

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับเอกสารเกี่ยวกับบุหรี่ โดยศึกษาด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปด้วยไคสแควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังด้วย Paired t-test และค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีตำแหน่งในสถานศึกษา ไม่เคยมีประสบการณ์ในการ

ป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คุณลักษณะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ .05

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ก่อนทดลอง และหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.65, p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่แตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ของกลุ่มทดลองพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ด้านการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n=30) | | | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) | | | |
|--|-------------------|-------|-------|--------|-------------------------|-------|------|--------|
| | Mean | SD | t | p | Mean | SD | t | p |
| ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 85.97 | 12.62 | 10.65 | <.001* | 92.17 | 12.42 | 1.71 | .09 |
| หลังทดลอง | 112.03 | 6.44 | | | 93.50 | 10.53 | | |
| ด้านความรู้ ความเข้าใจ | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 7.87 | 0.63 | 7.92 | <.001* | 7.60 | 0.72 | 3.89 | <.001* |
| หลังทดลอง | 8.83 | 0.75 | | | 8.00 | 0.59 | | |
| ด้านการเข้าถึงข้อมูล | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 15.53 | 3.88 | 6.66 | <.001* | 17.10 | 4.40 | 1.94 | .06 |
| หลังทดลอง | 20.63 | 1.79 | | | 17.53 | 3.84 | | |
| ด้านการสื่อสารข้อมูล | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 14.50 | 2.90 | 7.80 | <.001* | 15.80 | 2.99 | 1.61 | .12 |
| หลังทดลอง | 19.43 | 2.13 | | | 16.45 | 2.97 | | |
| ด้านการจัดการตนเอง | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 13.33 | 4.42 | 8.12 | <.001* | 15.00 | 4.53 | 1.79 | 0.08 |
| หลังทดลอง | 19.87 | 2.24 | | | 15.90 | 3.71 | | |

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n=30) | | | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) | | | |
|------------------------------|-------------------|------|------|--------|-------------------------|------|------|------|
| | Mean | SD | t | p | Mean | SD | t | p |
| ด้านการรู้เท่าทันสื่อ | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 14.93 | 3.99 | 8.00 | <.001* | 16.47 | 2.75 | 1.61 | 0.12 |
| หลังทดลอง | 20.73 | 2.02 | | | 16.77 | 2.40 | | |
| ด้านการตัดสินใจ | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 19.90 | 1.94 | 6.95 | <.001* | 20.20 | 1.90 | 0.63 | 0.53 |
| หลังทดลอง | 22.53 | 1.11 | | | 20.37 | 1.88 | | |

*p<.001

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนัก
สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เมื่อวิเคราะห์ใน
แต่ละองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
การป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ของระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า คะแนน

เฉลี่ยของกลุ่มทดลองด้านความรู้ ความเข้าใจ
 เกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ด้านการ
 เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่
 ด้านการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน
 นักสูบบุหรี่ใหม่ ด้านการจัดการตนเอง ด้าน
 การรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจ สูงกว่า
 กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 (p<.001) โดยใช้สถิติ Independent t-test
 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ระหว่าง
 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง (n=30) | | | | หลังทดลอง (n=30) | | | |
|-----------------------------------|------------------|-------|------|------|------------------|-------|------|--------|
| | Mean | SD | t | p | Mean | SD | t | p |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน | | | | | | | | |
| การป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 85.97 | 12.62 | 1.92 | 0.06 | 112.03 | 6.44 | 8.23 | <.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 92.17 | 12.42 | | | 93.50 | 10.53 | | |
| ด้านความรู้ ความเข้าใจ | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 7.87 | 0.63 | 1.52 | 0.13 | 8.83 | 0.75 | 4.81 | <.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 7.60 | 0.72 | | | 8.00 | 0.59 | | |
| ด้านการเข้าถึงข้อมูล | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 15.53 | 3.88 | 1.46 | 0.15 | 20.63 | 1.79 | 4.01 | <.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 17.10 | 4.39 | | | 17.53 | 3.84 | | |

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง (n=30) | | | | หลังทดลอง (n=30) | | | |
|-------------------------------|------------------|------|------|------|------------------|------|------|--------|
| | Mean | SD | t | p | Mean | SD | t | p |
| ด้านการสื่อสารข้อมูล | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 14.50 | 2.89 | 1.71 | 0.09 | 19.43 | 2.13 | 4.50 | <.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 15.80 | 2.99 | | | 16.43 | 2.67 | | |
| ด้านการจัดการตนเอง | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 13.23 | 4.42 | 1.53 | 0.13 | 19.87 | 2.24 | 5.02 | <.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 15.00 | 4.53 | | | 15.90 | 3.71 | | |
| ด้านความรู้เท่าทันสื่อ | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 14.93 | 3.99 | 1.73 | 0.09 | 20.73 | 2.02 | 6.93 | <.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 16.47 | 2.75 | | | 16.77 | 2.40 | | |
| ด้านการตัดสินใจ | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 19.90 | 1.94 | 0.61 | 0.55 | 22.53 | 1.11 | 5.43 | <.001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 20.20 | 1.90 | | | 20.37 | 1.88 | | |

*p<.001

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกัน
ห้กสุขภาพหน้าใหม่ของนักศึกษาพยาบาล
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนน
เฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันห้กสุขภาพ
หน้าใหม่ของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าก่อนการ
ทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดจากกิจกรรมใน
โปรแกรมทำให้นักศึกษาได้พัฒนาความรอบรู้
ด้านสุขภาพในการป้องกันห้กสุขภาพหน้าใหม่ โดย
จากการพัฒนาตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรม
การให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและการป้องกันห้ก
สุขภาพหน้าใหม่ กิจกรรมการใช้สื่อรูปภาพที่เข้าใจ
ง่ายเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรีทำให้เข้าใจได้
ง่าย กิจกรรมการตั้งคำถามให้กลุ่มทดลองตอบ
3 ข้อ กิจกรรมการศึกษาด้วยตนเอง ทำให้กลุ่ม
ทดลองมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันห้กสุขภาพ
หน้าใหม่^{12,14,16} พบว่าหลังการทดลองมีคะแนน

ด้านความรู้ความเข้าใจสูงกว่า ก่อนทดลองและ
สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้พบว่าในกลุ่ม
เปรียบเทียบมีคะแนนด้านความรู้ ความเข้าใจสูง
กว่าก่อนทดลอง จากการสอบถามนักศึกษาใน
กลุ่มเปรียบเทียบได้ให้ข้อมูลว่าหลังจากทำแบบ
วัดด้านความรู้ ความเข้าใจก่อนทดลอง ทำห้
นักศึกษาต้องการทราบคำตอบที่ถูกต้องจึงได้
ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง จึงทำห้หลัง
การทดลองมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูล กิจกรรมการ
สืบค้นหาความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับบุหรี จาก
แหล่งข้อมูลต่าง ๆ กิจกรรมการสืบค้นหาความรู้
ใหม่ ๆ เกี่ยวกับบุหรีโดยทำเป็นโปสเตอร์แล้ว
เผยแพร่ทางออนไลน์ กลุ่มละ 1 เรื่อง และ
กิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับ
บุหรีโดยให้ความรู้ทางเสียงตามสายกลุ่มละ
1 ครั้ง^{12,15-16} พบว่าหลังการทดลองมีคะแนน

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ด้านการสื่อสารข้อมูล กิจกรรมประกอบด้วย การแสดงละคร กลุ่มละ 1 สถานการณ์ ทำโปสเตอร์แล้วเผยแพร่ทางออนไลน์ กลุ่มละ 1 เรื่อง ให้ความรู้ทางเสียงตามสายกลุ่มละ 1 ครั้ง เป็นกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ ด้วยการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน^{12-13,15} มีการถ่ายทอดความรู้จากสถานการณ์จำลอง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนด้านการสื่อสารสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. ด้านการจัดการตนเอง กิจกรรมวางแผนแสดงละครตามสถานการณ์ที่มอบหมายให้ กลุ่มละ 1 สถานการณ์ วางแผนการสืบค้นหาความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับบุหรี่โดยทำเป็นโปสเตอร์แล้วเผยแพร่ทางออนไลน์ กลุ่มละ 1 เรื่อง และวางแผนการสืบค้นหาความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับบุหรี่โดยให้ความรู้ทางเสียงตามสายกลุ่มละ 1 ครั้ง กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้ได้^{12-13,15} พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนด้านการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ กิจกรรมการฝึกตั้งคำถามชวนคิด ประเมินข้อความจากสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ ฝึกวิเคราะห์สื่อโฆษณาบุหรี่ วิธีการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อ^{12-13,15} พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนด้านการรู้เท่าทันสื่อสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6. ด้านการตัดสินใจ กิจกรรมวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับบุหรี่ในสถานศึกษาด้วยวิธีการ Critical thinking และอธิบายวิธีการแก้ไขปัญหา กิจกรรมการแสดง

ละครจากสถานการณ์ปัญหาที่กำหนดให้จึงส่งผลให้มีความมั่นใจที่จะตัดสินใจในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ได้^{13,15} พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนด้านการรู้เท่าทันสื่อสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปและข้อเสนอแนะ

กิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันนักสูบหน้าใหม่สามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันนักสูบหน้าใหม่

ข้อเสนอแนะ

1. ประยุกต์โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ไปใช้ในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในโรงเรียน หรือสถาบันการศึกษาทุกระดับ และชุมชน

2. ผู้วิจัยควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

References

1. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC). TRC research update "determined, intent you can really quit smoking". [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 8]; Available from: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/571/วารสารก้าวทันวิจัยกับศจย-มุ่งมั่น%20ตั้งใจ%20เลิกบุหรี่ได้จริง.pdf>. (in Thai).

2. National Statistical Office. Health behaviour of population survey 2021. [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 20]; Available from: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/202564.pdf>. (in Thai).
3. Department of Disease Control. An analysis of the implementation of the national tobacco control strategic plan extended edition 2020-2021 at the local level. [internet]. 2021 [cited 2023 Feb 27]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1379120230131050148.pdf>. (in Thai).
4. Chaiyalap S, Vongareesawat C, Riyaphan S. Professional experience promoting activities for enhancing knowledge, attitude and practice skills against harmfulness of tobacco among nursing students. Thai Journal of Nursing. 2018;67(1):33-9. (in Thai).
5. Sane A, Pantaewan P, Boonrubpayap B. A potential developing program for nurse student leaders on knowledge, attitude toward tobacco, and smoke cessation counseling skills in community. Thai Journal of Nursing. 2013;62(1):22-31. (in Thai).
6. Chaiyasung P, Tana P, Sridet R, Wiset N. The efficiency of potential development on knowledge and counselling skills on smoking cessation via online in educational institution among nursing student leaders. Thai Journal of Nursing. 2020;69(1):36-43. (in Thai).
7. 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/linkHed/index/315>. (in Thai).
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12) : 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
9. Ruanphet K, Khamanek S, Hiranwetchayakun A, Theerasut S, Suwannawong S. Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S of Nursing Students from a Private University in Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;17(1):1-12. (in Thai).
10. Saentecha P, Lamluk P. The effectiveness of a program for health literacy development in the patients with type 2 diabetes. Thai Journal of Health Education. 2020;43(2): 150-64. (in Thai).
11. Kanbuala W, Aiadsuy N, Deenan A. The effects of a health literacy promotion program on coronary artery disease preventive behaviors and serum lipid levels among people with dyslipidemia. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021;29(3):1-14. (in Thai).
12. Lumrod N, Kalampakorn S, Sillabutra J. Effects of a capacity building program on health literacy in smoking cessation on village health volunteers in Pathum Thani Province. Journal of Health

- Science Research. 2019;13(1):84-94. (in Thai).
13. Tippayanet A. Effectiveness of health education program for health literacy development on narcotics for Pratomsuksa six students of Kasetsart University Laboratory School, Center of Educational Research and Development [Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2013. (in Thai).
 14. Petersen PE, Kwan S. The 7th WHO global conference on health promotion - towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). Community Dent Health. 2010;27Suppl1:129-36 doi: 10.1922/CDH_2643Petersen08.
 15. Health Education Division, Department of Health Service Support. Promoting and evaluating health literacy and health behaviors of children and youth (aged 7-14 years) and people aged 15 and over (updated 2018). Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support; 2018. (in Thai).
 16. Makkunchorn J, Kaeodumkoeng N, Piyayothai S, Chaijarern S, Jaingam B, Mookleemas P, et al. The development of health literacy enhancement processes on HIV and sexually transmitted infection among people living with HIV. Thai AIDS Journal. 2022;34(1):1-19. doi: 10.14456/taj.2022.1. (in Thai).

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง

เพชร วิวุฒิ* โอบาส ประมูลสิน* พิกุล อุทธิยา* สัญญาลักษณ์ หมุดวง** วีระชัย เชื้อนแก้ว*

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะต้องปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยและอาจเกิดผลกระทบจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้ดูแลฯ ไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิต เกิดความเหนื่อยล้า จนส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : 1) เพื่อพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลฯ และ 2) เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลฯ

วิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลฯ ตัวอย่าง คือ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 138 คน และ 2) บุคลากรสุขภาพที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 12 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบประเมินระดับการปรับตัวแบบบันทึกสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบ ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลฯ ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 138 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัว และแบบประเมินระดับการปรับตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย : หลังการใช้รูปแบบฯ ระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบส่งเสริมการปรับตัวสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวใช้เป็นแนวทางส่งเสริมด้านร่างกายของผู้ดูแลฯ เพื่อป้องกันพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้

คำสำคัญ : ผู้ดูแล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัว

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นธงชัย

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : พิกุล อุทธิยา, E-mail: pikul.a@bcnpy.ac.th

Received: May 1, 2023

Revised: December 21, 2023

Accepted: December 24, 2023

Development of an adaptation promoting model for the care givers of patients with non-communicable disease, in Nakhon Lampang Municipality Area

Pachara Wiwoot* O-pas Pramoonsin* Pikul Audthiya* Sanyaluk Mooduang**
Weerachai Kuankaew*

Abstract

Background: Caregivers of patients with non-communicable diseases must adapt to the demands of patient care, which can lead to adverse physical, mental, and social consequence if adaptation is inappropriate. The inability to adapt can lead to challenges in daily life, fatigue, and ultimately, the inability to provide patient care.

Objective: 1) To develop an adaptation promoting model for the caregivers of patients with non-communicable diseases, and 2) To examine the effectiveness of the model in promoting the adaptation of the caregivers.

Methods: This research and development study was divided into two phases: Phase 1 involved developing a model to promote the adaptation of caregivers with two sample groups: 1) 138 caregivers of patients with non-communicable diseases, and 2) 12 health professionals specializing in the care of patients with non-communicable diseases. The research tools included an adaptation assessment form, a focus group discussion record form, and a feasibility assessment form for the model. Phase 2 examined the effects of the model on the adaptation of caregivers with a sample of 138 caregivers of patients with non-communicable diseases. The research tools for this phase included the caregiver adaptation promoting model and the adaptation assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, content analysis, and t-test.

Results: After implementing the caregiver adaptation promoting model, the adaptation level of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .001$). Additionally, the adaptation level of the experimental group post-implementation was significantly higher than prior to implementing the model ($p < .001$).

Conclusions: The caregiver adaptation promoting model can serve as a guideline to bolster the physical well-being of caregivers, helping to prevent health-compromising behaviors and the onset of illness.

Keywords: caregivers, non-communicable diseases, promote adaptation model

* Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Subdistrict Health Promotion Hospital Ton Thongchai

Corresponding Author: Pikul Audthiya, Email: pikul.a@bcnpy.ac.th

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2018 (WHO) พบว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 41 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย พบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 98.53 ของการเสียชีวิตทั้งหมด² และจากสถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี พ.ศ. 2564 ของจังหวัดลำปาง พบว่า จำนวนและอัตราตายด้วย 4 โรค NCDs จำนวน 163.37 ต่อประชากรแสนคน 100,000 คน³ เมื่อเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังขึ้น จะส่งผลกระทบทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ คุณภาพชีวิตลดลง เป็นภาระในการดูแล และเพิ่มค่าใช้จ่ายของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย⁴

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือ โดยไม่รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล⁵ เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้ยังมีบทบาท ได้แก่ เป็นผู้ให้การดูแล เป็นผู้ตัดสินใจทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม⁶ และยังติดต่อประสานกับหน่วยบริการทางสุขภาพหรือหน่วยงานต่าง ๆ⁷ จะเห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมในหลายบทบาท จึงอาจมีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่

และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน อันเนื่องมาจากการปรับตัวตั้งแต่มีสถานการณ์เกิดขึ้นในครอบครัว โดยผ่านกระบวนการควบคุมของร่างกาย ทำให้เกิดการปรับตัวในระดับต่าง ๆ ขึ้น โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ถ้าหากผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ยังไม่เหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลได้⁸

ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มักพบปัญหาในการปรับตัวของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การดูแล ขาดความรู้ ขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อน⁹ ผู้ดูแลมีความเครียด หมดหวัง ความไม่มั่นใจ และมีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ¹⁰ ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จะพบอาการเหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ นอนหลับไม่เพียงพอ หรือนอนหลับยากขึ้น⁹ มีสุขภาพที่ทรุดโทรมลง¹¹ ด้านจิตใจ พบปัญหาเกิดความวิตกกังวล ความกลัว¹² หรือเกิดความเศร้า ความเครียด¹³ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบปัญหาการลาออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย หรือบางรายยังทำงานอยู่แต่ต้องลางานบ่อยขึ้น¹⁴ ทำให้รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินตามมา¹⁵ จากผลกระทบบังกล่าวหากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ เหนื่อยล้า จนบางครั้งไม่ยอมทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย¹¹ หรือไม่สามารดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อ¹⁶

การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพราะหากผู้ดูแลมีการปรับตัวดีจะส่งผลให้

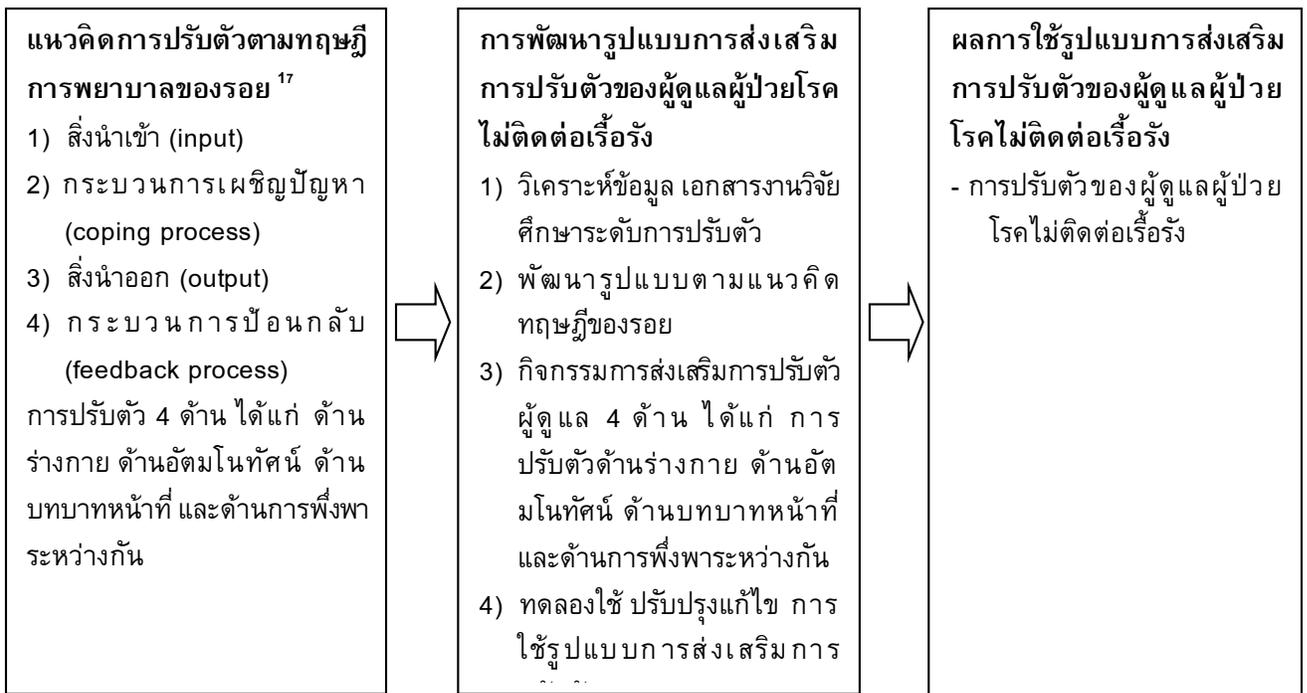
สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดี สามารถทำงานได้ สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแล⁸ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ดูแล และบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง ซึ่งผลจากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตเทศบาลนครลำปาง ในการส่งเสริมการปรับตัวแก่ผู้ดูแล

ผู้ป่วย และสามารถนำไปเป็นแนวทาง/แนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับตัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและไม่เกิดการเจ็บป่วยขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการศึกษาใน

เขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง ประกอบด้วย การศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและนำผลการศึกษามาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประชากร ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 1,360 ราย และ 2) กลุ่มผู้ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตเทศบาลนครลำปาง จำนวน 38 ราย

ตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดตัวอย่างจากร้อยละ 10^{18} เท่ากับ 136 คน และเก็บตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ได้ตัวอย่างทั้งหมด 138 ราย และทำการสุ่มแบบหลายชั้น ชั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ตามสัดส่วน 1:3 โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากจำนวน 19 ตำบล ในอำเภอเมืองลำปาง ได้จำนวนทั้งหมด 6 ตำบล และชั้นที่ 2 ชั้นการเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ 2) บุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตเทศบาลนครลำปางจาก 6 รพ.สต. รวม 12 ราย กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ/

เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงาน NCD และ 2) ผ่านการอบรมผู้จัดการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินของเพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม¹¹ นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และแนวทางการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลฯ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีของรอยและการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงของข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดำเนินการดังนี้

1.1 ประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ในเขตเทศบาลนครลำปาง เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสำรวจจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอคำยินยอม และอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม

1.3 ให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.4 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

2.1 สันทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการและแนวทางการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยในบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 12 ราย

2.2 วิเคราะห์เอกสาร ตำรา และงานวิจัยร่วมกับผลการสนทนากลุ่มและผลการศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในข้อที่ 1 เพื่อออกแบบรูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.3 ประเมินคุณภาพของรูปแบบ ผู้โดยวิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ดูแล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3. ข้อมูลจากแบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ตามแบบแผนการวิจัยสองทดสอบก่อนหลัง (Two Groups Pretest - Posttest Design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 1,360 ราย

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์กำหนดดังนี้ 1) เป็นบิดามารดาสามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน 2) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในความดูแลเป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแล และ 3) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power¹⁹ และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ได้จำนวนทั้งหมด 138 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 69 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 69 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 แบบประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง จำนวน 8 ข้อ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ จำนวน 8 ข้อ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมด 32 ข้อ ทั้งนี้ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีของรอย¹⁷ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การให้ความรู้ (ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์) 2) การให้บริการสุขภาพ (ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน) 3) การให้คำแนะนำ ติดตามทางโทรศัพท์ หรือระบบออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต 4) การใช้กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล 5) จัดให้ผู้ดูแลพูดคุยพบปะกันและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น 6) ประสานงานหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชนในการช่วยเหลือและ 7) การจัดการปัจจัยร่วมที่สัมพันธ์กับการปรับตัว ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 3 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์

2.2 คู่มือการปรับตัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการส่งเสริม

การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายการปรับตัว การแบ่งการปรับตัว (Adaptive modes) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ผลกระทบจากการปรับตัวไม่เหมาะสม และวิธีการปรับตัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและแบบประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผ่านการตรวจสอบคุณภาพในขั้นตอนที่ 1 แล้ว จึงไม่ได้ตรวจสอบซ้ำในขั้นตอนนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ประสานกับพื้นที่หน่วยบริการและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาวิจัย
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงการดำเนินการวิจัยและเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจการใช้รูปแบบ ขอความร่วมมือในทำวิจัย ให้ตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และดำเนินการวิจัยตามรูปแบบ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการและประสบการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์การปรับตัว ร่วมกับทำแบบสอบถามการปรับตัวฯ และวิธีการปรับตัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2-8 ตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลปกติ จากพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทักทายการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 9 ให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถาม การปรับตัวของผู้ดูแล เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบ ประเมินแล้ว ผู้วิจัยจะให้คู่มือการปรับตัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ตามความต้องการของตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 มีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว สร้าง สัมพันธภาพ และประเมินความต้องการและ ประสพการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ตัวอย่างเล่าถึง ประสพการณ์การปรับตัว ร่วมกับทำแบบสอบถาม การปรับตัวฯ และวิธีการปรับตัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยทำการส่งเสริมการปรับตัว โดยให้ ตัวอย่างรับรู้การปรับตัวของตนเองจากผลการ ประเมิน และเลือกวิธีการปรับตัวให้เหมาะสมกับ ตัวเองของตัวอย่าง ร่วมกับการส่งเสริมการ ปรับตัว ซึ่งอาศัยบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้จัด กระทำ ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้ (ด้านบทบาทหน้าที่ ด้าน ร่างกาย และ ด้านอัตมโนทัศน์)

2.2 การให้บริการสุขภาพ (ด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน)

2.3 การให้คำแนะนำ ติดตามทางโทรศัพท์ หรือระบบออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต

2.4 การใช้กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล

2.5 จัดให้ผู้ดูแลพูดคุยพบปะกันและเปิด โอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.6 ประสานงานหน่วยงานรัฐบาลหรือ เอกชนในการช่วยเหลือ

2.7 การจัดการปัจจัยร่วมที่สัมพันธ์กับการ ปรับตัว ด้วยวิธีการสอนประกอบกับคู่มือการปรับตัว

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ตัวอย่าง ชักถามข้อสงสัย

3) ประเมินผลจากการให้ความรู้ในการ ปรับตัวเป็นรายบุคคล

4) แจกคู่มือการปรับตัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 24 ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมตัวอย่าง ผ่านทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 10-20 นาที ทั้งหมดจำนวน 3 ครั้ง และ ส่งเสริมการปรับตัว โดยให้ตัวอย่างรับรู้การปรับตัว ของตนเอง 7 กิจกรรมดังที่ดำเนินงานในสัปดาห์ ที่ 1 โดยใช้การสอนประกอบกับคู่มือการปรับตัว สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็น รายบุคคล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ตัวอย่าง ชักถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 5-8 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชักถามปัญหา ทบทวนการปรับตัวของกลุ่ม ตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ความรู้หรือเพิ่มเติม และ ส่งเสริมการปรับตัว โดยให้ตัวอย่างรับรู้การ ปรับตัวของตนเอง 7 กิจกรรม และผู้วิจัย ประเมินการปรับตัวของตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการ ส่งเสริมการปรับตัวฯ

สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชักถาม ปัญหาในการปรับตัว และประเมินการปรับตัว ให้ ตัวอย่างทำแบบสอบถามการปรับตัวฯ เป็นการ ประเมินการปรับตัวครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาประเมินการปรับตัวของ ตัวอย่างที่ใช้รูปแบบ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปรับตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบที (Independent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติการทดสอบที (paired t-test)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2564-062 ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2564

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง ได้รูปแบบการ

ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล ดังนี้ 1) การให้ความรู้ 2) การให้บริการสุขภาพ 3) การให้คำแนะนำ ติดตามทางโทรศัพท์ หรือระบบออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต 4) การใช้กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล 5) จัดให้ผู้ดูแลพูดคุยพบปะกันและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น 6) ประสานงานหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชนในการช่วยเหลือและ 7) การจัดการปัจจัยร่วมที่สัมพันธ์กับการปรับตัว

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเทศบาล ดังนี้

1. เปรียบเทียบระดับการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=138)

| ตัวแปรที่ศึกษา | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | p-value |
|-----------------|------------|------|-------------|------|-------|---------|
| | Mean | SD | Mean | SD | | |
| ระดับการปรับตัว | 91.64 | 3.69 | 69.71 | 4.08 | 33.14 | <.001* |

* $p < .001$

2. เปรียบเทียบระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ

การปรับตัวหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=69)

| ตัวแปรที่ศึกษา | ก่อนใช้รูปแบบ | | หลังใช้รูปแบบ | | t | p-value |
|-----------------|---------------|------|---------------|------|-------|---------|
| | Mean | SD | Mean | SD | | |
| ระดับการปรับตัว | 67.86 | 3.23 | 91.64 | 3.69 | 43.12 | <.001* |

* $p < .001$

อภิปรายผล

ระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹¹ และการศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.48, SD = 0.88)⁸ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ล้วนมีอิทธิพลของสิ่งเร้าตรง และมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแล สิ่งเร้าดังกล่าวเป็นตัวกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลตอบสนองการปรับตัว โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน⁸ อีกทั้งการส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกายความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้²⁰ ทำให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น

ระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองสามารถปรับตัวได้ดี สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปรับตัวที่ดีอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ผู้ดูแลสามารถรักษาสุขภาพสมดุลงานด้านร่างกาย โดยการปรับตัวตามความต้องการพื้นฐานของร่างกายได้ในขณะที่ทำการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีสมาธิในการทำงาน ไม่มีรู้สึกเหนื่อยรับประทานอาหารได้ การขับถ่ายปกติ ร่างกายไม่ทรุดโทรม ผู้ดูแลยอมรับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและมองตนเองว่ามีความสามารถ ตลอดทั้งมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล ย่อมที่จะส่งผลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น²¹ ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบของการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลมีส่วนช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่ดีต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใช้เป็นแนวทางส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปผลการส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกายไปพัฒนาแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานการพยาบาลการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ต่อเนื่องในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและผลลัพธ์ทางคลินิกหรือการศึกษาในรูปแบบผสมผสาน (Mix method) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองลำปางทุกท่าน

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. [internet]. 2018 [cited 2023 Dec 10]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151462>.
2. Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Annual report

- NCDs 2022. Bangkok: Graphic Font and Design Publishing House; 2022. (in Thai).
3. Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Number and death rate from 5 non-communicable diseases 2017 - 2021. [internet]. 2023 [cited 2023 Dec 10]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016missiondocuments-detailphp?id=14480&tid=32&gid=1-020>. (in Thai).
4. Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Manual for prevention and control of non-communicable diseases community-based: community reduces risk, reduce Non-Communicable Diseases (CBI NCDs). Bangkok: Emotion Art; 2017. (in Thai).
5. Rukyngchareon K. Family caregivers' adjustment problems in caring for stroke patients. Journal of Phrapokkiao Nursing College. 2014;25(1):90-7. (in Thai).
6. Meecharoen W. Family caregivers of cancer patients: roles' adaptation and quality of life promotion. Ramathibodi Nursing Journal. 2014; 20(1):10-22. (in Thai).
7. Tong-aram U, Samartkit N. Influences of caregivers' preparedness, caregivers' burden and caregivers' rewards on adaptation of caregivers caring for patients with stroke. Journal of Nursing Division. 2019;46(3):88-102. (in Thai).

8. Sutti N, Tachaudomdach C, Chaiard J. Adaptation among family caregivers of persons with end stage renal disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal CMU*. 2023;50(1): 143-58. (in Thai).
9. Songsri C, Chankeaw N. Stress and needs among caregivers of chronic disease patients, Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2019; 27(1):1-11. (in Thai).
10. Ckumdee S, Apanantikul M, Sirapo-ngam Y. Family caregivers' adjustment problems in caring for stroke patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014;29(4): 45-63. (in Thai).
11. Morrakot P, Nilmanat K, Matchim Y. Impacts of an adaptation-promoting programme on the caregiving relatives of terminal chronic disease patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2015;30(2): 33-45. (in Thai).
12. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Gorna K, Kozubski W. Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. *Arch Med Sci*. 2014;10(5): 941-50. doi: 10.5114/aoms.2014.46214.
13. Bakas T, Burgener SC. Predictors of emotional distress, general health, and caregiving outcomes in family caregivers of stroke survivors. *Top Stroke Rehabil*. 2002;9(1): 34-45. doi: 10.1310/GN0J-EXVX-KX0B-8X43.
14. Kasemkitwattana S, Prison P. Chronic patients' family caregivers: a risk group that must not be overlooked. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014;29(4):22-31. (in Thai).
15. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. [internet]. 2014 [cited 2021 Jun 2]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4028?show=full&locale-attribute=th>. (in Thai).
16. Thaveegasikum Y, Sritarapipat P, Palmanee M, Tathong B. Factors related to quality of life among Thai caregivers of the chronic disease patients with dependency in Manorom District, Chainat Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2014;104-18. (in Thai).
17. Roy C, Andrews HA. The roy adaptation model. 2nd ed. Stamford: Appleton&Large; 1999.
18. Worakijkasemsakul S. Research methods in behavioral and social sciences. 2nd ed. Udon Thani: Typographic Word Art; 2010. (in Thai).
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New

- Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Srichaiprawat T, Nammaung S, Serewiwattana M. The development of a model to promote health literacy and health behaviors towards cardiovascular disease in patients with diabetes and hypertension at Health Service Network in Nonthaburi Province. *Journal of Health Science Research*. 2023;17(1):1-13. (in Thai).
21. Smithnaraseth A. Coping and adaptation of family caregivers with schizophrenia patients. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 2017;11(3):43-56. (in Thai).

ค่าพยากรณ์บวกผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม กลุ่ม BI-RADS 4 และ 5 และความสัมพันธ์กับผลพยาธิวิทยา

ศุภวรรณ จิระพงศ์* ปรางนรี คุ้มสาธิต** จารุวรรณ สันตินันท์*

บทคัดย่อ

บทนำ : แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมเป็นวิธีตรวจคัดกรองและวินิจฉัยรอยโรคของเต้านม การรายงานผล BI-RADS 4 และ 5 เป็นระดับที่ควรตรวจ เนื่องจากมีโอกาสเป็นมะเร็งได้สูง

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาค่าพยากรณ์บวกผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม กลุ่ม BI-RADS 4 และ 5 และศึกษาความสัมพันธ์กับผลพยาธิวิทยา

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 442 ราย เก็บข้อมูล จากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และค่าพยากรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา และหาความสัมพันธ์กับผลพยาธิวิทยาโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย : ร้อยละ 53.1 ของตัวอย่างที่คลำพบก้อนที่เต้านมเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 22.4 เป็นรอยโรค ที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 19.7 มีค่าพยากรณ์บวกของมะเร็งเต้านมกลุ่ม BI-RADS 4A 4B 4C และ 5 ก้อนที่ เต้านมขนาด 2 เซนติเมตรขึ้นไปเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านม 2.68 เท่าของกลุ่มที่ขนาดก้อนน้อยกว่า 2 เซนติเมตร กลุ่ม BI-RADS 5 เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม 16.95 เท่าของ BI-RADS 4

สรุป : ขนาดของก้อนที่พบ ค่าพยากรณ์บวกของการรายงานผล BI-RADS 4 และ 5 สามารถพยากรณ์ โอกาสการเป็นมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : อัลตราซาวด์ แมมโมแกรม ค่าพยากรณ์

* งานรังสีเทคนิค ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ฝ่ายการแพทย์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้พิมพ์ประสานงาน : จารุวรรณ สันตินันท์, E-mail: jaruwan.san@mahidol.ac.th

Positive predictive value (PPV) of mammography and breast ultrasound in BI-RADS categories 4 and 5 and relationship to pathological results

Supawan Jivapong* Prangnaree Kumsathit** Jaruwan Santinun*

Abstract

Background: Mammography and breast ultrasound are screening methods for diagnosing breast lesions. Reports of BI-RADS 4 and 5 should be verified with pathology because there is a high chance of cancer.

Objectives: This research aims to predict the positive predictive value (PPV) of mammography and breast ultrasound in BI-RADS categories 4 and 5 and to study the relationships with pathological results.

Methods: This retrospective descriptive study was conducted with 442 cases included. Descriptive statistics analyzed general data, clinical data records, and PPV the relationship between pathological results using the Chi-Square.

Results: 53.1% of the samples who were found with a lump in the breast were diagnosed with breast cancer. 22.4 % of the samples were found with a lump in the breast, a fibroadenoma. 19.7% of the samples had the PPVs of mammography and breast ultrasound in BI-RADS categories 4A, 4B, 4C, and 5. A lump size of 2 cm. or more had a higher risk of developing breast cancer than those with a lump size less than 2 cm at 2.68 times. The BI-RADS 5 group had a higher risk of developing breast cancer than BI-RADS 4 at 16.95 times.

Conclusions: The size of the lumps found and the PPVs of the BI-RADS 4 and 5 can effectively predict the likelihood of developing breast cancer.

Keywords: ultrasound, mammogram, positive predictive value

* Radiological division, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol University

**Medical department, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol University

Corresponding Author: Jaruwan Santinun, E-mail: jaruwan.san@mahidol.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละ 2.26 ล้านคน และเสียชีวิตปีละ 6.85 แสนคน สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง โดยพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิต 8,266 รายต่อปี¹

การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญกับการพยากรณ์โรค ทำให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดอัตราการตายของโรคนี้ได้ การตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมเป็นวิธีการเบื้องต้นที่ใช้ตรวจคัดกรองและวินิจฉัยความผิดปกติของเต้านม สามารถตรวจพบก้อนขนาดเล็กที่คลำไม่ได้ด้วยมือ การตรวจด้วยวิธีแมมโมแกรมสามารถตรวจพบหินปูนขนาดเล็กได้ดีกว่าการตรวจอัลตราซาวด์ แต่การตรวจอัลตราซาวด์จะสามารถแยกลักษณะก่อนว่าเป็น cystic หรือ solid mass ได้ดีกว่า ดังนั้นการตรวจทั้ง 2 อย่างร่วมกัน จะทำให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำมากขึ้น ข้อเสนอส่วนใหญ่ควรเริ่มต้นตรวจแมมโมแกรมเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มที่ไม่มีอาการและกลุ่มเสี่ยง² ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี มักใช้วิธีการตรวจอัลตราซาวด์เป็นหลัก ในปี พ.ศ.2546 American College of Radiology (ACR) ได้พัฒนาระบบการรายงานผลการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมที่เรียกว่า Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS)³ ขึ้น เพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคโดยพิจารณาความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในแต่ละกลุ่ม

ซึ่งนำมาช่วยในการตัดสินใจวางแผนการตรวจทางพยาธิวิทยาและการรักษา

การรายงานผลแบบ BI-RADS มี 7 ระดับ โดยกลุ่ม BI-RADS 4 บ่งชี้ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 95 แบ่งเป็น 4A (low suspicion for malignancy) ความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งร้อยละ 2 - 10, 4B (moderate suspicion for malignancy) ความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งร้อยละ 10 – 50, 4C (high suspicion for malignancy) ความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งร้อยละ 50-95 และ BI-RADS 5 ความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งสูงมากถึงร้อยละ 95 รอยโรคใน 2 กลุ่มนี้จะถูกแนะนำให้ตรวจชิ้นเนื้อ (tissue diagnosis) เนื่องจากมีโอกาสเป็นมะเร็งได้ค่อนข้างมาก⁴⁻⁵

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกได้เปิดบริการตรวจแมมโมแกรมมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาค่าพยากรณ์บวกของการรายงานผล BI-RADS มาก่อน โดยเฉพาะ category 4 และ 5 ซึ่งเป็นระดับที่ควรตรวจชิ้นเนื้อ เนื่องจากมีโอกาสเป็นมะเร็งได้ค่อนข้างมาก

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาค่าพยากรณ์บวกของรายงานผล BI-RADS 4 และ 5
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์กับผลการตรวจพยาธิวิทยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective Descriptive Study Design) โดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการ

ตรวจทางรังสีวิทยาเต้านมด้วยแมมโมแกรม และ/หรืออัลตราซาวด์ ร่วมกับผลตรวจทางพยาธิวิทยา จากระบบฐานข้อมูลของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ระหว่างเดือนมีนาคม 2560 ถึง เดือนกรกฎาคม 2565

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เข้ารับบริการการเจาะชิ้นเนื้อที่เต้านมด้วยวิธี core needle biopsy ตั้งแต่มีนาคม 2560 ถึง เดือนกรกฎาคม 2565 ที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกจำนวน 519 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธี Estimation of single proportion โดยกำหนดค่า PPV BI-RADS 4 ร้อยละ 40 และค่า PPV BI-RADS 5 ร้อยละ 95^o ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนทั้งสิ้น 442 คน แบ่งเป็นระดับ BI-RADS 4 จำนวน 369 คน และระดับ BI-RADS 5 จำนวน 73 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ
2. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ แพทย์ผู้รายงาน วิธีการตรวจ ข้อบ่งชี้ในการตรวจ ตำแหน่งที่พบก้อน ขนาดของก้อน ผลการตรวจทางพยาธิสภาพ ทั้งนี้แบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามคำแนะนำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ รายงานผลตรวจที่ระบุ BI-RADS 4 และ 5 ตำแหน่งที่พบก้อน ขนาดรอยโรคที่วัดจากอัลตราซาวด์ตามแนวที่มากที่สุด รังสีแพทย์

ผู้รายงานผล วิธีการตรวจ ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ ลักษณะของภาพแมมโมแกรม และผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ถูกเจาะ โดยใช้โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

- 2) วิเคราะห์ค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value: PPV) ของการตรวจแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์เต้านมในกลุ่ม BI-RADS 4 และ 5 ที่ความเชื่อมั่น (confidence interval) 95%

- 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์กับผลการตรวจพยาธิวิทยา ได้แก่ ขนาดของก้อนที่ตรวจพบ และชนิดของ BI-RADS โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) Odd Ratio (OR) และ 95%CI

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองเลขที่ Si 011/2022 ลงวันที่ 8 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.3 มีอายุ 18 – 88 ปี อายุเฉลี่ย 50.4 ปี โดยช่วงอายุ 3 อันดับแรก มีอายุ 41-50 ปี 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.4 อายุ 51-60 ปี 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.5 และอายุ 61-70 ปี 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.6

ข้อมูลทางคลินิก พบว่าตัวอย่างมีผลการตรวจ BI-RADS 4 พบในกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.2 จากจำนวน BI-RAD 4 ทั้งหมด 369 ราย และ การตรวจ BI-RADS 5 พบในกลุ่มอายุ 61-70 ปี

มากที่สุด จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.1 จากจำนวน BI-RADS 5 ทั้งหมด 73 ราย

รังสีแพทย์ที่รายงานผล BI-RADS เป็นรังสีแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 7 ราย รังสีวิทยาทั่วไปและเฉพาะทางด้านอื่น จำนวน 13 ราย และมีการรายงานผลการตรวจโดยรังสีแพทย์เฉพาะทางเต้านม จำนวน 328 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.2 รายงานผลการตรวจโดยรังสีวิทยาทั่วไปและเฉพาะทางด้านอื่น คิดเป็นร้อยละ 25.8

วิธีการตรวจ ตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์เต้านม จำนวน 339 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7 และตรวจอัลตราซาวด์เพียงอย่างเดียว จำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3

ตำแหน่งที่พบก้อนของรอยโรคที่ตรวจพบจากการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์คือเต้านมขวา และเต้านมซ้าย คิดเป็นร้อยละ 55.9 และร้อยละ 44.1 ตามลำดับ

ขนาดของรอยโรคที่วัดจากอัลตราซาวด์ตามแนวที่มากที่สุดพบในกลุ่ม BI-RADS 4 มีขนาดรอยโรคเฉลี่ย 1.7 เซนติเมตร โดยพบขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 0.32 เซนติเมตร และใหญ่ที่สุดเท่ากับ 11 เซนติเมตร และในกลุ่ม BI-RADS 5 มีขนาดรอยโรคเฉลี่ย 2.73 เซนติเมตร โดยพบขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 1.6 เซนติเมตร และใหญ่ที่สุดเท่ากับ 7.7 เซนติเมตร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก (n=442)

| ข้อมูลทั่วไปและ ข้อมูลทางคลินิก | BI-RADS category | | | | รวม จำนวน (ร้อยละ) |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| | 4A จำนวน (ร้อยละ) | 4B จำนวน (ร้อยละ) | 4C จำนวน (ร้อยละ) | 5 จำนวน (ร้อยละ) | |
| เพศ | | | | | |
| หญิง | 261 (59.1) | 54 (12.2) | 51 (11.5) | 73 (16.5) | 439 (99.3) |
| ชาย | 1 (0.2) | 2 (0.5) | - | - | 3 (0.7) |
| อายุ (ปี) (Mean = 50.4, SD. = 14.7, min = 20, max = 88) | | | | | |
| ≤ 30 | 40 (9.0) | 4 (0.9) | 1 (0.2) | - | 45 (10.1) |
| 31 – 40 | 56 (12.7) | 8 (1.8) | 4 (0.9) | 1 (0.2) | 69 (15.6) |
| 41 – 50 | 81 (18.4) | 15 (3.4) | 8 (1.8) | 17 (3.8) | 121 (27.4) |
| 51 – 60 | 41 (9.3) | 16 (3.6) | 14 (3.2) | 15 (3.4) | 86 (19.5) |
| 61 – 70 | 35 (7.9) | 10 (2.3) | 15 (3.4) | 22 (5.0) | 82 (18.6) |
| ≥ 71 | 9 (2.0) | 3 (0.7) | 9 (2.0) | 18 (4.1) | 39 (8.8) |
| แพทย์ผู้รายงานผล | | | | | |
| แพทย์รังสีวิทยาทั่วไป | 52 (11.8) | 15 (3.4) | 20 (4.5) | 27 (6.1) | 114 (25.8) |
| แพทย์เฉพาะทางเต้านม | 210 (47.5) | 41 (9.3) | 31 (7.0) | 46 (10.4) | 328 (74.2) |
| วิธีการตรวจ | | | | | |
| แมมโมแกรมกับอัลตราซาวด์ | 167 (37.8) | 53 (12.0) | 48 (10.9) | 71 (16.0) | 339 (76.7) |
| อัลตราซาวด์เต้านม | 95 (21.4) | 3 (0.7) | 3 (0.7) | 2 (0.5) | 103 (23.3) |

| ข้อมูลทั่วไปและ ข้อมูลทางคลินิก | BI-RADS category | | | | รวม จำนวน (ร้อยละ) |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| | 4A จำนวน (ร้อยละ) | 4B จำนวน (ร้อยละ) | 4C จำนวน (ร้อยละ) | 5 จำนวน (ร้อยละ) | |
| ตำแหน่งที่พบก้อน (ข้าง) | | | | | |
| เต้านมข้างซ้าย | 115 (26.0) | 23 (5.2) | 22 (5.0) | 35 (7.9) | 195 (44.1) |
| เต้านมข้างขวา | 147 (33.2) | 33 (7.5) | 29 (6.6) | 38 (8.6) | 247 (55.9) |
| ขนาดของรอยโรค (เซนติเมตร) (Mean = 1.9, SD. = 1.3, min = 0.3, max = 11.0) | | | | | |
| < 1 | 84 (19.0) | 9 (2.0) | 2 (0.5) | 0 | 95 (21.5) |
| 1 – 1.5 | 81 (18.4) | 14 (3.2) | 9 (2.0) | 9 (2.0) | 113 (25.6) |
| 1.51 – 2.0 | 50 (11.3) | 11 (2.5) | 11 (2.5) | 13 (2.9) | 85 (19.2) |
| 2.1 – 2.5 | 28 (6.3) | 8 (1.8) | 10 (2.3) | 15 (3.4) | 61 (13.8) |
| 2.51 – 3.0 | 7 (1.6) | 8 (1.8) | 8 (1.8) | 13 (2.9) | 36 (8.1) |
| > 3 | 12 (2.7) | 6 (1.4) | 11 (2.5) | 23 (5.2) | 52 (11.8) |

ข้อบ่งชี้ในการตรวจเต้านมมากที่สุด คือ
คลำพบ ก้อนที่เต้านม จำนวน 241 ราย
รองลงมา คือ การตรวจติดตามอาการ จำนวน
124 ราย และตรวจคัดกรอง จำนวน 59 ราย
คิดเป็นร้อยละ 53.1, 27.3, 13.0 ตามลำดับ

ลักษณะรอยโรคจากการตรวจแมมโมแกรม
พบรายงานผล BI-RADS 5 3 อันดับแรก คือ
mass with microcalcification จำนวน 37 ราย
รองลงมา คือ mass without microcalcification
จำนวน 30 ราย และ skin involvement จำนวน
17 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.1, 23.6 และ 13.4
ตามลำดับ

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าเป็น
benign จำนวน 302 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.3
เป็น malignancy จำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อย
ละ 31.7 ในกลุ่ม BI-RADS 4C และ 5 โดยส่วน
ใหญ่มีผลพยาธิวิทยาเป็น malignancy จำนวน
113 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.1 และเป็น benign

จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.9 จากจำนวน
ทั้งหมด 124 ราย

ผลการตรวจพยาธิวิทยาที่รอยโรคไม่ใช่
มะเร็ง แต่ได้รับการรายงานผลเป็น BI-RADS 4
และ BI-RADS 5 ที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่
fibroadenoma จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ
19.7 รองลงมาคือ benign breast tissue และ
fibrocystic change จำนวน 67 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 15.2 และ 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1
ตามลำดับ

ผลการตรวจพยาธิวิทยาที่พบมะเร็ง
3 อันดับแรก ได้แก่ invasive ductal carcinoma
จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.4 รองลงมา
คือ ductal carcinoma in situ และ invasive
mammary carcinoma จำนวน 15 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 3.4 และ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3
ตามลำดับ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผลการตรวจทางพยาธิวิทยาแบ่งตามกลุ่ม BI-RADS (n=442)

| pathologic diagnosis | BI-RADS category | | | | รวม จำนวน (ร้อยละ) |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| | 4A จำนวน (ร้อยละ) | 4B จำนวน (ร้อยละ) | 4C จำนวน (ร้อยละ) | 5 จำนวน (ร้อยละ) | |
| Benign | 248 (56.1) | 43 (9.7) | 10 (2.3) | 1 (0.2) | 302 (68.3) |
| Fibroadenoma | 76 (17.2) | 10 (2.3) | 1 (0.2) | | 87 (19.7) |
| Benign breast tissue | 58 (13.1) | 9 (2.0) | 0 | 0 | 67 (15.2) |
| Fibrocystic change | 31 (7.0) | 4 (0.9) | 1 (0.2) | 0 | 36 (8.1) |
| Sclerosing adenosis/lesion | 21 (4.8) | 2 (0.5) | 0 | 1 (0.2) | 24 (5.4) |
| Fibrosis | 15 (3.4) | 0 | 1 (0.5) | 0 | 16 (3.6) |
| Intraductal papilloma | 9 (2.0) | 5 (1.1) | 2 (0.5) | 0 | 16 (3.6) |
| Inflammation | 10 (2.3) | 2 (0.5) | 1 (0.2) | 0 | 13 (2.9) |
| Pseudoangiomatous stromal hyperplasia | 10 (2.3) | 0 | 1 (0.2) | 0 | 11 (2.5) |
| Fibroepithelial lesion | 5 (1.1) | 2 (0.5) | 1 (0.2) | 0 | 8 (1.8) |
| Collagenous stroma | 4 (0.9) | 4 (0.9) | 0 | 0 | 8 (1.8) |
| Benign phyllodes tumor | 2 (0.5) | 2 (0.5) | 0 | 0 | 4 (0.9) |
| Ductal hyperplasia | 0 | 1 (0.2) | 2 (0.5) | 0 | 3 (0.7) |
| Others | 7 (1.6) | 2 (0.5) | 0 | | 9 (2.1) |
| Malignancy | 14 (3.2) | 13 (2.9) | 41 (9.3) | 72 (16.3) | 140 (31.7) |
| Invasive ductal carcinoma | 1 (0.2) | 10 (2.3) | 28 (6.3) | 60 (13.6) | 99 (22.4) |
| Ductal carcinoma in situ | 5 (1.1) | 0 | 4 (0.9) | 6 (1.4) | 15 (3.4) |
| Invasive mammary carcinoma | 1 (0.2) | 0 | 7 (1.6) | 2 (0.5) | 10 (2.3) |
| Invasive lobular carcinoma | 1 (0.2) | 1 (0.2) | 1 (0.2) | 1 (0.2) | 4 (0.9) |
| Invasive papillary carcinoma | 3 (0.7) | 0 | 0 | 1 (0.2) | 4 (0.9) |
| Metastatic carcinoma | 1 (0.2) | 0 | 0 | 1 (0.2) | 2 (0.5) |
| Mixed invasive ductal & ductal carcinoma in situ | 0 | 2 (0.5) | 0 | 0 | 2 (0.5) |
| Lobular carcinoma in situ | 1 (0.2) | 0 | 0 | 0 | 1 (0.2) |
| Malignant neoplasm | 1 (0.2) | 0 | 0 | 0 | 1 (0.2) |
| Mucinous carcinoma | 0 | 0 | 1 (0.2) | 0 | 1(0.2) |
| Medullary carcinoma | 0 | 0 | 0 | 1 (0.2) | 1 (0.2) |
| รวม | 262(59.3) | 56 (12.6) | 51 (11.6) | 73 (16.5) | 442 (100.0) |

ค่าพยากรณ์บวกผลการตรวจแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์เต้านมกลุ่ม BI-RADS 4 และ 5 พบว่าค่าพยากรณ์บวกในกลุ่ม BI-RADS 4A 4B 4C และ 5 มีค่าร้อยละ 5.34, 23.21, 80.39 และ 98.63 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างผลตรวจแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์กับผลตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่า ขนาดของก้อนที่พบและชนิดของ BI-RADS

มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคมะเร็งเต้านม ดังนี้ ขนาดของก้อนที่พบที่มีขนาด 2 เซนติเมตรขึ้นไปเสี่ยงต่อการตรวจพบโรคมะเร็งเต้านม 2.68 เท่า ของกลุ่มที่พบขนาดก้อนน้อยกว่า 2 เซนติเมตร และกลุ่ม BI-RADS 5 เสี่ยงต่อการตรวจพบโรคมะเร็งเต้านม 16.95 เท่าของกลุ่ม BI-RADS 4 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างผลตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์กับผลตรวจทางพยาธิวิทยา

| ผลตรวจ Mammogram | ผลตรวจทางพยาธิวิทยา | | chi-square | p | OR | 95%CI |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|------|--------|---------------|
| | Malignant จำนวน (ร้อยละ) | Benign จำนวน (ร้อยละ) | | | | |
| ขนาดของ ก้อนที่พบ | ≥ 2 เซนติเมตร 20 (13.4) | < 2 เซนติเมตร 129 (86.6) | 8.369* | .004 | 2.68* | (1.35, 5.35) |
| ชนิดของ BI-RADS | BI-RADS 5 25 (34.2) | BI-RADS 4 48 (65.8) | 79.63* | <.05 | 16.95* | (7.85, 36.63) |
| BI-RADS | BI-RADS 4 11 (3.0) | BI-RADS 5 358 (97.0) | | | | |

*p<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรมและ/หรืออัลตราซาวด์ ที่รายงานผล BI-RADS 4 และ 5 จำนวน 442 คน มาด้วยอาการคลำพบก้อนที่เต้านมมากที่สุด ร้อยละ 53.1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการคลำพบก้อนที่เต้านมร้อยละ 86.7⁴ ซึ่ง BI-RADS 4 พบในกลุ่มอายุ 41-50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 28.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบ BI-RADS 4 ในกลุ่มอายุ 41-50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30.1 และ BI-RADS 5 พบในกลุ่มอายุ 61-70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36.7⁵ และพบลักษณะรอยโรคจากการตรวจแมมโมแกรมในกลุ่ม BI-RADS 5 ร้อยละ 29.13 พบเป็น mass with

microcalcification สอดคล้องกับการศึกษาที่พบ mass with microcalcification ร้อยละ 46.6 ในกลุ่ม BI-RADS 5⁶ รวมทั้งขนาดของก้อนที่พบมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคมะเร็งเต้านม ขนาดของก้อนที่พบที่มีขนาด 2 เซนติเมตรขึ้นไปเสี่ยงต่อการพบโรคมะเร็งเต้านม 2.68 เท่าของกลุ่มที่พบขนาดก้อนน้อยกว่า 2 เซนติเมตร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าก้อนที่พบที่มีขนาด 2 เซนติเมตรขึ้นไปเสี่ยงต่อการพบโรคมะเร็งเต้านม 1.87 เท่าของกลุ่มที่พบขนาดก้อนน้อยกว่า 2 เซนติเมตร⁷

มะเร็งเต้านมในคนที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี พบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป และพบมากขึ้นเมื่อมีอายุมากกว่า 55 ปี⁸ แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่สามารถ

หาสาเหตุของการเป็นมะเร็งเต้านมที่แน่ชัดได้ แต่ก็ยังเป็นโรคที่สามารถรักษาได้และพยากรณ์โรคค่อนข้างดี ถ้าสามารถตรวจพบและให้การรักษาตั้งแต่ในระยะแรกตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทั้งนี้กรมการแพทย์ร่วมกับกรมอนามัย และศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช มีการจัดแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เพื่อคัดหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น ซึ่งมีอยู่ 3 วิธี ดังนี้ 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination: BSE) 2) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical breast examination: CBE) 3) การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography: MM)⁹

เมื่อพิจารณาค่าพยากรณ์บวกในกลุ่มที่มีการรายงานผล BI-RADS 4A 4B 4C โอกาสที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นมะเร็งมีค่าการพยากรณ์บวกร้อยละ 5.34, 23.21, 80.39 สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการรายงานผล BI-RADS 4A 4B 4C มีค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 13.6, 50.0 และ 86.0 ตามลำดับ และ 19.5, 41.5, และ 74.3 ตามลำดับ^{10,11} กลุ่มที่มีการรายงานผล BI-RADS 5 โอกาสที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นมะเร็งมีค่าการพยากรณ์บวกร้อยละ 98.63 สอดคล้องกับการศึกษามีค่าการพยากรณ์บวกร้อยละ 94.8, 97.1 ตามลำดับ^{6,12} และสอดคล้องตามคำแนะนำของ ACR ที่กล่าวว่า BI-RADS 4 มีโอกาสเป็นมะเร็งร้อยละ 3-94 และ BI-RADS 5 มีโอกาสเป็นมะเร็ง ตั้งแต่ ร้อยละ 95 ขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าชนิดของ BI-RADS มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบมะเร็งเต้านมกลุ่ม BI-RADS 5

เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม 16.95 เท่าของกลุ่ม BI-RADS 4 สอดคล้องกับการศึกษาที่กลุ่ม BI-RADS 5 เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม 2.64 เท่าของกลุ่ม BI-RADS 4⁷ ซึ่งจะเห็นว่าจากการศึกษานี้มีการรายงานผลที่ถูกต้องใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ มีประโยชน์ในการพยากรณ์โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาตัดสินใจเพื่อการวางแผนการรักษาได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ค่าพยากรณ์บวกของการรายงานผล BI-RADS 4 และ 5 มีประโยชน์ในการพยากรณ์โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขนาดของก้อนและชนิดของ BI-RADS มีผลต่อโอกาสพบมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาช่วยให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าพยากรณ์บวกของรายงานผล BI-RADS 4 และ 5 เพื่อตรวจสอบมาตรฐานการแปลผลการตรวจทางรังสีเพื่อวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและนำไปพัฒนาคุณภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จเรียบร้อยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาจากงานการศึกษาวิจัยและบริการวิชาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบคุณรังสีแพทย์และบุคลากรงานรังสีเทคนิค ที่ให้การสนับสนุนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Uraierkkul C. Overview of the situation and strategies for breast cancer control. Department of Health [Internet]. 2022 [cited 2022 May 28]; Available from: URL:<http://doh.hpc.go.th/bse/issueDisplay.php?id=631&category=C10&issue=Breast%20Cancer>. (in Thai).
2. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for diagnostic screening and treatment of breast cancer. Bangkok: Kosit Printing Company Limited; 2017. (in Thai).
3. American College of Radiology. Breast imaging reporting and data system, breast imaging atlas. fifth edition. Reston, Virginia: American College of Radiology; 2013.
4. Suttawas A. Positive predictive value and biopsy rate of breast cancer in BI-RADS category 4 and 5 breast lesions. Region 4-5 Medical Journal. 2018;37(2):174-82. (in Thai).
5. Suvendu KM, Abhisek M, Tapan KS, Rashmita BN, Prafulla KD, Bhagyalaxmi N. The positive predictive values of the breast imaging reporting and data system (BI-RADS) 4 lesions and its mammographic morphological features. Indian J Surg Oncol. 2021;12(1):182-9. doi:10.1007/s13193-020-01274-5.
6. Kanchanasuttirak W. Positive predictive value of breast imaging reporting and data systems category 5 in breast cancer diagnosis. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2022;66(1):69-76. (in Thai).
7. Singhakarn C. Effectiveness of report mammogram BIRADS 4 and 5 in Phangnga Hospital. Region 11 Medical Journal. 2021;35(1):113-23. (in Thai).
8. Cancer Registry Unit, National Cancer Institute Thailand. Cancer in Thailand. Bangkok: New Thammada Press; 2015. (in Thai).
9. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Recommendations for appropriate breast cancer screening for Thailand. [Internet]. 2020 [cited 2022 December 20]; Available from: <https://www.nci.go.th/th/cpg> (in Thai).
10. He P, Cui LG, Chen W, Yang RL. Subcategorization of ultrasonographic BI-RADS category 4: Assessment of diagnostic accuracy in diagnosing breast lesions and influence of clinical factors on positive predictive value. Ultrasound Med Biol. 2019;(45)5: 1253-8. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2018.12.008.
11. Elverici E, Barca AN, Aktas H, Ozsoy A, Zengin B, Cavusoglu M, et al. Nonpalpable BI-RADS 4 breast lesions: sonographic

- findings and pathology correlation. *Diagn Interv Radiol.* 2015; 21:(3)189-94.
12. Sirikunakorn P, Marukatat N, Tangjitgamol S, Loharamtaweethong K. Positive predictive value of malignancy in BI-RADS 4 and 5 breast lesions. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine.* 2014;58(2): 1–11. (in Thai).

แนวทางการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลภูหอ อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย

ปวิตรา มานาดี* กัณนิษฐา มาเหิม* วิทยา สุขคำ** และ รัชนีย์ ไพเมือง**

บทคัดย่อ

บทนำ : ประเทศไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ นวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุและศึกษาแนวทางการพัฒนา สุขภาวะองค์รวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลภูหอ อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย

วิธีการวิจัย : กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาวะ องค์รวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ระยะวิเคราะห์ศักยภาพชุมชน 3) ระยะวางแผนและปฏิบัติการ 4) ระยะติดตามและประเมินผล

ผลการวิจัย : สถานการณ์สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ ตำบลภูหอ มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 17.23 ของ ประชากรทั้งหมด แนวทางพัฒนาสุขภาวะองค์รวมผู้สูงอายุโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วยทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ 2) ด้านจิตใจ จัดกิจกรรมผ่อนคลายจิตใจของผู้สูงอายุให้ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดหรือซึมเศร้า 3) ด้านสังคมเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยใช้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มมากระตุ้น การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเสียสละ เห็นใจผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาช่วยเหลือในชุมชน

สรุปผล : การดูแลสุขภาวะองค์รวมผู้สูงอายุต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่ ทำงานร่วมกัน และการให้ครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะ องค์รวมที่สมบูรณ์

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ สุขภาวะองค์รวม โรงเรียนผู้สูงอายุ แนวทางการพัฒนา

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**องค์การบริหารส่วนตำบลภูหอ อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : กัณนิษฐา มาเหิม, E-mail: khannistha.m@bcnk.ac.th

Received: July 22, 2023

Revised: December 11, 2023

Accepted: December 25, 2023

Guidelines for the development of holistic wellness by the innovation elderly school, Phuho Subdistrict, Phuluang District, Loei Province

Pawintra Manadee* Khannistha Mahem* Wittaya Sukkham** Ratchanee Phaemuang**

ABSTRACT

Background: Thailand is in a phase of transition to a complete ageing society. The Innovation Elderly School plays a significant role in caring for the elderly in the community.

Objective: The objectives of this study were to investigate the holistic wellness situation of the elderly and to develop guidelines for the development of holistic wellness through the innovative elderly school.

Methods: The study was conducted based on 4 phases, 1) The study phases of situation and problem holistic wellness health care for the elderly by the innovative elderly school, 2) phase of analyzing community potential, 3) phase of research and development, and 4) phase of monitoring and evaluation.

Results: The results of analyses revealed that the overall health status of the elderly population in Phuho sub-district is 17.23% of the total population. The guidelines for the development of holistic wellness through the innovative elderly school, approach includes: 1) Physical well-being promotes self-care of the elderly by providing knowledge about health care and prevention of illnesses, both infectious and non-infectious diseases; 2) Mental well-being includes activities that relax the minds of the elderly and teaching them about ways to reduce stress or depression; 3) Social well-being focus on encouraging the elderly to interact with others using group activities and involving family members; 4) Intellectual wellbeing encourages the elderly to feel sacrificed, sympathize with others and participate in voluntary activities in the community.

Conclusions: Holistic wellness health care for the elderly requires the participation of the community, agencies involved and engaging elderly families in caring for the elderly. This will provide the elderly with a comprehensive holistic well-being.

Keywords: elderly, holistic wellness, elderly school, guidelines for the development

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

**Phu Ho Sub-District Administrative Organization, Phu Ho Sub-District, Loei Province

Corresponding Author: Khannistha Mahem, E-mail: khannistha.m@bcnkk.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging society) และเป็น “สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ” (Aged society) เมื่อเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20¹ สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยมีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด² จากข้อมูลสถิติจำนวนประชากร ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น 1,144 คน คิดเป็นร้อยละ 17.23 ของประชากรทั้งหมด³

ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว⁴ จากข้อมูลด้านสุขภาพของพื้นที่ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 โรคความดันโลหิตสูง 208 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีแนวโน้มสูงขึ้น

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญสุขภาวะ (Well-being) คือ การที่สุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล 4 ด้าน

ประกอบด้วย มิติทางกายเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับสภาพโดยทั่วไปทางกายของมนุษย์ มิติทางจิตเกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ มิติทางสังคมเกี่ยวข้องกับสภาวะทั่วไปทางสังคมที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ และมิติทางปัญญาหรือทางจิตวิญญาณเกี่ยวกับความรู้ เฉลียวฉลาด รู้เท่าทันสิ่งต่างๆ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปทั้งทางกาย จิตใจและสังคม⁵ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานของรัฐที่ดูแลความเป็นอยู่และใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยมีอำนาจหน้าที่ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยการใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลไกขับเคลื่อน

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น ในพื้นที่ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลยมีโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ 2 แห่ง ครอบคลุมทั้งหมด 13 หมู่บ้านจัดตั้งขึ้น เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดการข้อมูลที่มีอยู่ในพื้นที่มาวิเคราะห์ นำมาใช้ในการค้นหาทุนและศักยภาพของชุมชน พัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือในการออกแบบและพัฒนางาน โดยจัดตั้งคณะกรรมการการขับเคลื่อนด้านการดูแลผู้สูงอายุในระดับตำบลภูหอ แต่ขาดการวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทุนทางสังคม

หน่วยงานภาครัฐคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ขาดแนวทางการดูแลที่มีแบบแผน และการดำเนินงานที่ชัดเจนในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพขององค์กรรวม ดังนั้นทีมวิจัยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนใจศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาพขององค์กรรวมของผู้สูงอายุโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นหลักในการขับเคลื่อน นำไปสู่การสังเคราะห์ชุดความรู้สู่การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพขององค์กรรวมของผู้สูงอายุตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาพขององค์กรรวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis, McTaggart and Nixon⁶ ว่าด้วยการเสริมพลังอำนาจของชุมชนมาสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการและศักยภาพชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ข้อคิดเห็นซึ่งกันและกันผ่านกระบวนการสะท้อนคิดของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นสมาชิกชุมชน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การเสวนากลุ่มโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้กำหนดกระบวนการเรียนรู้และการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การสนับสนุนกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการสะท้อนคิดจากผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้อารมณ์เห็นที่

หลากหลายที่เกิดขึ้นจริงและส่งเสริมให้เกิดความรู้ใหม่ พร้อมทั้งข้อมูลที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ประชากรและตัวอย่าง

1. ระยะเวลาสถานการณ์ปัญหาประชากร คือ ผู้สูงอายุในตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย จำนวน 1,132 คน

2. ระยะเวลาวิเคราะห์ศักยภาพชุมชน ระยะเวลาวางแผนและปฏิบัติการ และระยะติดตามและประเมินผล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key information) ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุสม่ำเสมอทุกเดือน จำนวน 20 คน 2) คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน 3) ผู้นำชุมชน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 15 คน และ 4) ทูตทางสังคมหรือกลุ่มที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ทำหน้าที่ดูแลประชาชน ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน บุคลากรในหน่วยงานสุขภาพจำนวน 2 คน และตัวแทนองค์กรหรือกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามการพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand community network assessment program: TCNAP และ TCNAP Plus) ของชนิษฐา นันทบุตร และคณะ⁷ ข้อมูลที่ได้เป็นเชิงปริมาณในระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วย 2 ชุด ชุดที่ 1 สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุและคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของโรงเรียนผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุที่ดี ความคาดหวังต่อโรงเรียนผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในพื้นที่ ชุดที่ 2 สำหรับผู้นำชุมชนหรือแกนนำชุมชนและทุนทางสังคม มีข้อคำถามคล้ายกับชุดที่ 1 เพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ การสนับสนุนโรงเรียนผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ความต้องการในการสนับสนุนการทำงาน of โรงเรียนผู้สูงอายุ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับบริบทพื้นที่ในการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ ปัญหาความต้องการและร่วมกันวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ค่า IOC เท่ากับ 1.00 บันทึกข้อมูลการสนทนาด้วยการจดบันทึกและเทปบันทึกเสียงการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ในระยะวิเคราะห์ศักยภาพชุมชนและระยะติดตามและประเมินผล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK 38-2019 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2563

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ระยะศึกษาศถานการณ์ปัญหาเพื่อศึกษาศถานการณ์สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย เป็นระยะที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเข้าสู่พื้นที่ศึกษาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคนในชุมชน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และทำความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทประชากรผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (TCNAP)

2. ระยะวิเคราะห์ศักยภาพชุมชนจัดประชุมนักวิจัย คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลภูหอ เพื่อสรุปสถานการณ์สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในพื้นที่ ปัญหาและความต้องการของการดูแลสุขภาวะองค์รวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ วิเคราะห์ศักยภาพของชุมชน และร่วมกันวางแผนการจัดประชุมเพื่อสะท้อนข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group)

3. ระยะวางแผนและปฏิบัติการ โดยการจัดประชุมเพื่อสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุและองค์การบริหารส่วนตำบลภูหอ สรุปสถานการณ์และปัญหาความต้องการ พบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนต้องได้รับการดูแล 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะมีการดูแลที่แตกต่างกันไป แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จากนั้นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อหาแนวทางการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวรวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการวางแผนกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุครอบคลุม 4 ด้าน ในแต่ละกลุ่มของผู้สูงอายุ จากนั้นนำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ลงสู่การปฏิบัติ โดยอาศัยความร่วมมือของคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนหรือแกนนำชุมชน และทุนทางสังคมกลุ่มที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ทำหน้าที่ดูแลประชาชน โดยปรับกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน เดือนละ 1 ครั้งในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

4. ระยะติดตามและประเมินผลเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นต่อจากกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา โดยให้ชุมชนกำหนดประเด็นความสำเร็จที่สอดคล้องกับเป้าหมาย โดยทีมผู้วิจัยเข้าสังเกตการณ์การใช้แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่อง 2 เดือน และประเมินผลร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชน คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนหรือแกนนำชุมชน และทุนทางสังคมกลุ่ม โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้มีส่วนร่วมในการนำผลการวิจัยไปดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนต่อไป โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลบริบทประชากรผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสุขภาพของครอบครัวรวมของผู้สูงอายุโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาที่พบรวบรวมเรื่องราวเพื่อเขียนปรากฏการณ์โดยใช้ภาษาของเจ้าของประสบการณ์ มีการตรวจซ้ำและเขียนข้อความรู้ที่ได้

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์สุขภาพของครอบครัวรวมของผู้สูงอายุตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย
บริบทประชากรผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย แบ่งการปกครองออกเป็น 13 หมู่บ้าน ประชากรผู้สูงอายุในชุมชนประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,132 คน แบ่งเป็นเพศชาย 548 คน คิดเป็นร้อยละ 48.45 เพศหญิง 584 คน คิดเป็นร้อยละ 51.65 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 684 คน คิดเป็นร้อยละ 49.53 และในช่วงอายุ 50-59 ปีอยู่ในระยะเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ 1,013 คน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกที่เป็นลูก หลาน หรือญาติพี่น้อง 482 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 23.77 รองลงมาผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับเด็ก 175 ครัวเรือน โดยผู้สูงอายุในชุมชนสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มติดสังคม 657 คน คิดเป็นร้อยละ 58.03 กลุ่มติดบ้าน 468 คน คิดเป็นร้อยละ 41.34 กลุ่มติดเตียง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.63

ด้านสถานะภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครัวเรือนมีการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 37.99 ทำกิจกรรมปรับปรุง

สภาพแวดล้อม และปรับภูมิทัศน์ของชุมชน
รองลงมาร้อยละ 24.54 การใช้สิทธิเลือกตั้ง และ
พบว่าร้อยละ 31.00 ไม่ได้เข้าร่วมทำกิจกรรม
กับสังคม ประเภทของกลุ่มกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้
เข้าร่วมทำกับชุมชน ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรม
กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.31 รองลงมากลุ่มฌาปนกิจ
ร้อยละ 17.81 ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุที่ทำให้
ให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน
ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 18.31
รองลงมา คือ ไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 9.10
ปัญหาอุปสรรคของครัวเรือนที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน พบว่าปัญหา
สมาชิกในครัวเรือนไม่สามารถไปรับไปส่งเข้า
ร่วมกิจกรรมได้ ร้อยละ 14.64 รองลงมา คือ
ขาดผู้ดูแลบ้านและต้องทำหน้าที่เฝ้าบ้าน ร้อยละ
7.39 ปัญหาอุปสรรคการได้รับการดูแลช่วยเหลือ
จากชุมชน ยังไม่พบการดำเนินกิจกรรมหรือ
โครงการดูแลช่วยเหลือในชุมชน ร้อยละ 9.63

โรงเรียนผู้สูงอายุเกิดจากรัฐบาลมี
นโยบายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้ง
โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้
ของผู้สูงอายุและกลุ่มทางสังคมอื่นที่มาร่วม
สนับสนุนดำเนินการที่เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้
และพัฒนาภาวะผู้นำสำหรับผู้สูงอายุจาก
ประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือกัน กิจกรรมส่วน
ใหญ่ที่เกิดขึ้นในโรงเรียนผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม
ผู้สูงอายุทุกกลุ่มจึงเกิดประเด็นว่า “ทำอย่างไร
ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้านจะเข้าสู่สังคม” และ
กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยโรงเรียนผู้สูงอายุที่
เกิดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง ไม่ได้มีการวางแผน
ล่วงหน้าในระยะยาว ทำให้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน
หรือไม่ได้ประชาสัมพันธ์ผู้สูงอายุล่วงหน้า

“...โรงเรียนผู้สูงอายุ หลักๆ เลยจัด
กิจกรรมเดือนละครั้ง จะมีการออกกำลังกาย ให้
ความรู้ในด้านต่างๆ ที่ทางโรงเรียนผู้สูงอายุ
กำหนดขึ้นมาว่าจะให้หน่วยงานไหนมาพูด วันที่
10 ของทุกเดือน คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ
จะนัดประชุมกันว่าจะมีกิจกรรมอะไรในเดือนนั้น...”

“...อยากให้โรงเรียนผู้สูงอายุดูแลกลุ่ม
ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุไม่ได้
ถึงแม้จะสมัครเข้าเป็นสมาชิกแต่บางคนก็ยังไม่
เข้าร่วมกิจกรรม ตอนนี้สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ
มีประมาณ 830 คน แต่ครั้งที่จัดกิจกรรมจะมี
สมาชิกมาเข้าร่วมประมาณ 200-250 คน...”

“...บทบาทของโรงเรียนผู้สูงอายุตอนนี้
ยังเข้าไม่ถึงกลุ่มติดบ้านติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่จะ
เป็นหน้าที่ของคุณหมอมจาก รพสต. กับ
เจ้าหน้าที่ อบต. ถ้าทีมโรงเรียนผู้สูงอายุได้มี
ส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มนี้ด้วยก็น่าจะดี...”

2. แนวทางการพัฒนาสุขภาวะองค์กร รวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

เริ่มต้นจากจัดเวทีแลกเปลี่ยน โดยเชิญ
ตัวแทนผู้สูงอายุ คณะกรรมการโรงเรียน
ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นและบุคลากรสายสุขภาพในชุมชน
โดยคืนข้อมูลชุมชนและเปิดเวทีแลกเปลี่ยน
ความคิดเห็นในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ
ทุกกลุ่มในชุมชนให้ครอบคลุมสุขภาวะองค์กรรวม
4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม
และด้านจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะ
มีการดูแลที่แตกต่างกันออกไป แบ่งเป็น
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง รายละเอียด
ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ผู้สูงอายุ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งจัดกิจกรรมขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง และเนื่องจากโรงเรียนผู้สูงอายุมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องหลายปี ทำให้มีการพัฒนากิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ หลากหลายครอบคลุมสุขภาพองค์รวม 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ มีกิจกรรมบริหารร่างกายหรือออกกำลังกายทุกครั้งเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมถึงแนะนำทำบริหารร่างกายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ที่บ้าน ประเมินผลการเรียนรู้ของผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลการนำความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ไปถ่ายทอดให้คนในครอบครัวฟัง 2) ด้านจิตใจ จัดกิจกรรมผ่อนคลายจิตใจโดยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดหรือซึมเศร้าที่หลากหลายวิธีแตกต่างกันออกไปในแต่ละเดือน และประเมินภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุ หากพบผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือบุคลากรติดตามต่อไป โดยบันทึกข้อมูลการประเมินเพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุในแต่ละเดือน 3) ด้านสังคม ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาและความต้องการในชุมชน และเป็นสื่อกลางในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยใช้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มมากระตุ้น การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุมีส่วน

ร่วมในการดำเนินงานวันสำคัญต่าง ๆ ในชุมชน และ 4) ด้านจิตวิญญาณ มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเสียสละ เห็นใจผู้อื่น เช่น การออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ร่วมกัน และเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาช่วยเหลือในชุมชน

2.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือกลุ่มที่ไปมาได้แต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุหรือกิจกรรมชุมชน โดยคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุชี้แจงสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุเห็นถึงปัญหาและแนะนำให้ผู้สูงอายุสอบถามถึงปัญหาของการไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่รู้จักหรืออยู่บ้านข้างเคียงกัน นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกับคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อชักชวนผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าร่วมกิจกรรมสังคม และโรงเรียนผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมสัญจรนอกสถานที่ในวันสำคัญต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมากขึ้น โดยเนื้อหา กิจกรรมสอดคล้องกับกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อจำลองบรรยากาศการเรียนรู้อะไร และครอบคลุมสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุด้วย

2.3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

คณะกรรมการของโรงเรียนผู้สูงอายุที่ดูแลเกี่ยวกับผู้สูงกลุ่มติดเตียง ประสานการทำงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อุดบล และองค์การบริหารส่วนตำบลภูหอทำทะเบียนข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน วางแผนการดูแลสุขภาพองค์รวม ครอบคลุม 4 ด้าน โดยออกเยี่ยมพร้อมทีมเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลภูหอเดือนละ 1 ครั้ง เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ

ติดเตียง เสริมแรง และเสริมกำลังใจ ทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

จากการนำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมสุขภาวะองค์รวมที่ได้วางแผนร่วมกับ คนในชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าถึง กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุมากขึ้น และ โรงเรียนผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ทุกกลุ่ม โดยประสานกับองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน ทุกมิติของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

แนวทางการพัฒนาสุขภาวะองค์รวม โดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมีกระบวนการ ดังนี้
1) สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยโรงเรียนผู้สูงอายุ เน้นดูแลกลุ่มติดสังคมเป็นหลัก เป็นศูนย์กลาง ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอยดูแลด้าน สุขภาพทั้งกลุ่มที่แข็งแรงดีและเจ็บป่วยโดยใช้ โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นตัวกลาง และองค์การ บริหารส่วนตำบลที่ดูแลความเป็นอยู่ทั่วไป และ อีกทั้งคอยสนับสนุนงบประมาณต่างๆ จากภาครัฐ รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ผู้นำชุมชน ทูทางสังคม ต่างๆ ที่ช่วยหนุนเสริมให้ระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุแข็งแรงมากขึ้น 2) หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึง ผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับทบทวนระบบการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน โดยหน่วยงานหารือและ ปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ครอบคลุม สุขภาวะองค์รวม 4 ด้านที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุก กลุ่ม รวมถึงมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ เพื่อให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุเข้มแข็ง และทำงานประสานกันในแต่ละหน่วยงานได้อย่าง คล่องตัว ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของ

ชุมชน และยังเข้าถึงปัญหาของผู้สูงอายุ
3) องค์การบริหารส่วนตำบล โดยกองสวัสดิการ สังคมกำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาวะองค์ รวมของผู้สูงอายุโดยนวัตกรรมโรงเรียน ผู้สูงอายุของพื้นที่ ประสานความร่วมมือกับ โรงเรียนผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

อภิปรายผล

1. สถานการณ์บริบทชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีข้อจำกัดในการเข้าร่วม กิจกรรมที่แตกต่างกัน การขับเคลื่อนการดูแล ผู้สูงอายุทุกกลุ่มโดยโรงเรียนผู้สูงอายุจึงมี ความสำคัญมาก เนื่องจากใกล้ชิดกับผู้สูงอายุใน ชุมชนมากที่สุด การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ ละกลุ่ม เพื่อให้ครอบคลุมสุขภาวะองค์รวมของ ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลภูหอ อำเภอภู หลวง จังหวัดเลย ได้พัฒนาแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมสำหรับสมาชิกที่มาเข้า ร่วมกิจกรรมทุกเดือนและเพิ่มกิจกรรมสำหรับ ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ครอบคลุมการดูแล สุขภาวะองค์รวมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้าน จิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็น กิจกรรมที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถนำ ความรู้ไปดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้อง กับการศึกษาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับ ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลยพบว่า ระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ตำบลภูหอ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ผู้ดำเนินการ หลัก 4 องค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือทั้ง

ภาคประชาชน ท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) การดูแลอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ 6 ชุดกิจกรรมหลัก และ 3) กิจกรรม 5 อ. และ 5 ก. เพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชนท้องถิ่น⁸ และการศึกษาของนิราศศิริโรจนธรรมกุลพบว่า การเพิ่มพูนความรู้ การฝึกอบรมทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้รับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ⁹

2. แนวทางการพัฒนาสุขภาพะผู้สูงอายุองค์รวมต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ความเข้มแข็งของคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ผลักดันกลไกการดำเนินงานให้ เป็นไปตามที่วางแผนกันไว้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาสุขภาพะทางสังคมที่ดี คือ การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ชุมชนที่ทำงาน สังคม และในโลก รวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดีและสันติภาพ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นจะช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จของโรงเรียนผู้สูงอายุในภาคเหนือประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านผู้นำ 2) ด้านเป้าหมายต้องชัดเจน 3) ด้านการมีส่วนร่วม 4) ด้านเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง 5) ด้านการเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 6) ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนุนเสริม¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี โรจน

ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ปัจจัยคือ ด้านทุนทรัพยากรบุคคล ด้านเงินทุนในการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ด้านระบบการบริหารจัดการของชมรมผู้สูงอายุ ด้านบริบทวัฒนธรรมชุมชน และด้านคุณลักษณะของประชาชนในตำบล แนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพะผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่าการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพะผู้สูงอายุในชุมชนต้องดำเนินการภายใต้การสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเสริมการดำเนินการผ่านระบบการพัฒนาสุขภาพะผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกลไกการดำเนินงานคือระบบบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ และการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม โดยมีแกนนำผู้สูงอายุและผู้สูงอายุจิตอาสาในชุมชนเป็นกลไกด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ¹¹

การส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพะองค์รวมของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา ใจเย็นพบว่า แนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พิการในพื้นที่ของเทศบาลตำบลท่าไม้ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะในด้านการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองแก่ผู้สูงอายุที่พิการ 2) การส่งเสริมสถาบันครอบครัวในการจัดกิจกรรมร่วมกัน และ 3) การดำเนินงานในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พิการ ระหว่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และผู้บริหารเทศบาล¹²

การดูแลสุขภาพขององค์กรรวม ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดิตสังคมที่สูญเสียคู่สมรส ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย คือ KEMISE model ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) การฝึกปฏิบัติ 3) การนำเสนอตัวแบบ 4) การสร้างความสุขด้วยตนเอง 5) การแข่งขันประชันการณ และ 6) การเยี่ยมบ้าน¹³ และการศึกษาของพรทิพย์ สุขอดิษฐ์, จันทรีชลี มาพุท และรุ่งฟ้า กิติญาณัฐสันต์ พบว่าแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 1) ระดับบุคคลควรมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ มีการตรวจสุขภาพหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ออกกำลังกาย บริโภคอาหารครบ 5 หมู่ นำธรรมชาติเป็นที่พักใจ สร้างสัมพันธ์ที่ดีทั้งในครอบครัวและชุมชน 2) ระดับชุมชนควรมีการดำเนินการ คือ จัดสถานที่ออกกำลังกาย และพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน จัดกลุ่มจัดการขยะที่นำมาใช้ใหม่ จัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ระดับหน่วยงานควรดำเนินการ คือ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ครอบคลุมโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ กระทรวงศึกษาธิการควรส่งเสริมด้านโภชนาการทุกสถานศึกษา และกรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายจัดพยาบาลสุขภาพจิตระดับตำบลดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชน¹⁴ และการศึกษาของธนกร สร้อยศรีพบว่า แนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุในโรงเรียน พบแนวทางในการพัฒนาด้านร่างกาย โดยจัดกิจกรรมด้านอาหารและโภชนาการ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างบูรณาการกับสวัสดิการด้านอื่นๆ ด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนในการให้คำปรึกษาและร่วมกิจกรรม ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม จัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้จากผู้สูงอายุที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคลระหว่างวัย ด้านความมั่นคงในชีวิต ให้อบรมอาชีพเสริมให้แก่ผู้สูงอายุ¹⁵ และการศึกษาของสุพรต บุญอ่อน และคณะ พบว่าการดำเนินการของโรงเรียนผู้สูงอายุในภาคกลาง ดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพทางกาย อาหาร ออกกำลังกาย และมีการตรวจสุขภาพประจำปี ด้านสังคม เน้นให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุและมีการจัดสายด่วนผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ ผ่านกิจกรรมนันทนาการและธรรมบ่าบัต และด้านสติปัญญา ผ่านกิจกรรมทางวิชาการ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น และการประเมินระบบการจัดการสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาสุขภาพขององค์กรรวมผู้สูงอายุ ควรติดตามประเมินผลเป็นระยะเพื่อประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรม โดยแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในส่วนของการประเมินผลการจัดกิจกรรม และรายงานผลการติดตามในการประชุมประจำเดือน

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมผู้สูงอายุ โดยโรงเรียนผู้สูงอายุให้เข้มแข็งมากขึ้นโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่ายพื้นที่ภาคอีสานตอนบน ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) และผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนและให้โอกาสในการร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยขอรับรองว่าผลการวิจัยและหลักสูตรในการดูแลผู้สูงอายุโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุที่ได้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนโดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

Reference

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 1]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. National Statistical Office. The 2021 survey of the older persons in Thailand. [Internet]. 2017 [cited 2023 May 1]; Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1663828576-1747_1.pdf.
3. Phuho Subdistic Administrative Organization. Population database report. [Internet]; 2022 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://www.phuho.go.th/>. (in Thai).
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2020. [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://thaitgri.org/?p=39772>. (in Thai).
5. World Health Organization. Mental health. [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 1]; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=Cj0KCQi AkKqsBhC3ARIsAEEjuJ1vQGK12KDIQfZojT6wCfRsmN03QX4ND2mXwFbsFTd298Zip5cwFAaAn7IEALw_wcB.
6. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner. [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 1]; Available from: <http://elibrary.mukuba.edu.zm:8080/jspui/bitstream/123456789/625/1/The%20Action%20Research%20Planner.pdf>.
7. Nuntaboot K. Thailand Community Network Appraisal Program: TCNAP. [Internet]. 2019 [cited 2020 May 1]; Available from: [https://tcnap.org/production/download/คู่มือ%20TCNAP%20\(ผลิต%20ก.ย.62\).pdf](https://tcnap.org/production/download/คู่มือ%20TCNAP%20(ผลิต%20ก.ย.62).pdf).
8. Mahem K, Manadee P, Sukkum W, Pimuang R. A community care system for older people requiring assistance, Phu Ho Sub-district, Phu Luang District, Loei Province. Nursing Journal CMU. 2022;49(2):80-96. (in Thai).
9. Rojanadhamkul N. Factors affecting the self health care behavior of the elderly “Kharuratana Senior Instructors Club Rajabhat Phranakhon University” Bang Khen District, Bangkok. Journal of Innovation and Management. 2020;30(2):115-28. (in Thai).

10. Larping U. A Study of how to apply objects of sympathy to develop the elderly's social health in Northern Thailand. *Thammathas Academic Journal*. 2018;18(2):233-43. (in Thai).
11. Rojpaisamkit K, Kreingkaisakda W. Development of guidelines for implementation of the community for developing well-being of the elderly. *Journal of the Association of Research*. 2017;22(1):81-97. (in Thai).
12. Jaiyen N. Guidelines for improving the quality of life of the elderly with disabilities in the area of Tha Mai Subdistrict Municipality, Tha Maka District, Kanchanaburi Province [Dissertation]. Bangkok: Silpakorn University; 2014. (in Thai).
13. Kehatan B, Nawsuwan K, Khammathit A, Singweratham N. The development of the health promotion model for social-bound widowed older adults. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2021; 29(3): 416-30. (in Thai).
14. Sukadisai P, Mapudh C, Kitiyanusan R. Life style and guidelines for well being of the elderly in the Eastern Region. *Journal of Education and Social Development*. 2014;10(1):90-102. (in Thai).
15. Soisri T. Elderly school: Patterns and processes of elderly health care in Phetchabun Province. *Journal of Rattana Panna*. 2020;5(2):184-194. (in Thai).
16. Boon-on S, Kemako P, Samniang P, Choenram T. Elderly schools: Health management and welfare for the elderly in the Central Region. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*. 2020;5(1):122-40. (in Thai).

การพัฒนาารูปแบบการสร้างสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนาโมเดล

สุพัตรา วัฒนเสน* อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ์* ประทีป กาลเขว่า* เตือนใจ ภูสระแก้ว*

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาเกษตรกรให้มีสุขภาวะที่ดีตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจะช่วยให้พึ่งพาตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาารูปแบบการสร้างสุขภาวะของเกษตรกร ในกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนาโมเดล อำเภอมีชัยบุรี จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตัวอย่างที่ใช้สำรวจข้อมูลสถานการณ์สุขภาวะจำนวน 224 คน กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาารูปแบบ จำนวน 30 คน และตัวอย่างที่เป็นสมาชิกกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาวะพื้นที่ต้นแบบ จำนวน 35 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างสุขภาวะ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความสุข และแบบประเมินการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการพัฒนาารูปแบบ แนวคำถามการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ Paired sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบประกอบด้วย 1) การสร้างเครือข่าย 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 3) การพัฒนาศักยภาพเกษตรกรในการสร้างเสริมสุขภาพ 4) การช่วยเหลือกัน แบ่งปันและเยี่ยมบ้าน 5) ร่วมอนุรักษ์ธรรมชาติและดูแลสิ่งแวดล้อม 6) การกระตุ้น เสริมแรง ติดตาม ประเมินผล และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการสร้างสุขภาวะ คุณภาพชีวิต ความสุข การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการพัฒนาารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : รูปแบบการสร้างสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาวะที่ดี เพิ่มคุณภาพชีวิตและความสุขให้กับเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนา

คำสำคัญ : การพัฒนาารูปแบบ การสร้างสุขภาวะ กลุ่มเครือข่ายเกษตรกร โคกหนองนาโมเดล

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : สุพัตรา วัฒนเสน, E-mail: supatra@scphkk.ac.th

The model development to enhance well-being followed the Philosophy of Sufficiency Economy for farmer network groups under Khok Nong Na Model

Supatra Watthanasaeen* Atchara Kittivongvisut* Prateep Kankhwao* Thuanjai Poosakaew*

Abstract

Background: The development of a well-being promotion model based on the philosophy sufficiency economy could help farmers to be independent and achieve good quality of life.

Objective: To develop a well-being promotion model based on the philosophy sufficiency economy for farmers in Mancha Khiri district, Khon Kaen province.

Methods: Participatory action research with the following samples: 224 people for the situation analysis of wellbeing, 30 people for model development, and 35 people representing members of the farmer network who participated in wellbeing development activities. Research instruments included wellbeing development behaviors- questionnaire, quality of life measurement, Thai mental health indicator, and evaluation form of participation and satisfaction with the model development, question guides for group discussion and in-depth interviews. The collected data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-test and content analysis.

Results: The model consisted of six components as follows: 1) network building, 2) community and network participation, 3) potential for wellbeing development of the farmers, 4) helping, sharing and home visit, 5) participation in natural conservation and environmental care, 6) encouragement, reinforcement, monitoring and evaluation. It was found that the mean of wellbeing developing behaviors, quality of life, happiness, participation and satisfaction with the model development was increased with statistical significance ($p < .001$). It was found that the body mass index of the samples was statistically significantly reduced ($p < .001$).

Conclusions: The model of wellbeing development based on the philosophy of sufficiency economy could bring wellbeing, quality of life and happiness to the farmers in the network of Khok Nong Na Model.

Keywords: model development, well-being development, farmer network, Khok Nong Na model

* Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, PBRI.

Corresponding Author: Supatra Watthanasaeen, E-mail: supatra@scphkk.ac.th

บทนำ

ภาคการเกษตรมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ แต่การพัฒนาที่ผ่านมาได้เปลี่ยนจากเกษตรกรรมเพื่อยังชีพมาเป็นเกษตรแบบเชิงเดี่ยว มุ่งเน้นป้อนผลิตสินค้าให้กับอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก ส่งผลให้เกิดความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและปัญหาหนี้สินจากการลงทุน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ¹ การจัดการปัญหาดังกล่าวต้องมีกลไกสนับสนุนให้เกษตรกรสามารถพัฒนาระบบการผลิตให้มีความยั่งยืนด้วยการนำเกษตรอินทรีย์มาเป็นแนวทางในการพัฒนา ช่วยแก้ปัญหาความยากจน ช่วยอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมและไม่ก่อให้เกิดมลภาวะเป็นพิษกับสิ่งแวดล้อมทำให้เอื้อต่อการพัฒนาสังคมและชุมชน² โดยการน้อมนำเกษตรทฤษฎีใหม่ตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยอาศัยหลักความพอประมาณ ความมีเหตุผล และต้องมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี ภายใต้เงื่อนไขที่มีความรู้และคุณธรรม³ ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ที่จะช่วยให้เกษตรกรสามารถพึ่งตนเอง เพราะเป็นแนวทางการพัฒนาการเกษตรอย่างเป็นขั้นตอนลดความเสี่ยงต่อเกี่ยวกับความผันแปรของปัจจัยต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาการเกษตรที่นำเอารูปแบบ “โคกหนองนาโมเดล” มาแก้ไขปัญหาการจัดการน้ำและพื้นที่เกษตรผสมผสานกับภูมิปัญญาพื้นบ้านและออกแบบพื้นที่ให้คำนึงถึงภูมิสังคมเป็นสำคัญ⁴ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรนอกจากจะแก้ปัญหาผลกระทบเชิงระบบจากการผลิตแล้วยังต้องส่งเสริมให้เกษตรกรมีสุขภาพตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงกล่าวคือมีการ

พัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญาเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล บนพื้นฐานการพึ่งตนเองเป็นหลักให้ดำเนินในทางสายกลาง พอประมาณ มีเหตุผล รอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวังและมีคุณธรรม⁵ สอดรับกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 มุ่งหวังให้คนทุกช่วงวัยได้รับการพัฒนาศักยภาพและสร้างเสริมให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ที่ได้พัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี⁶

อำเภอมีัญจาคีรีมีการขับเคลื่อนพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนท้องถิ่นตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง มีการดำเนินโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักทฤษฎีใหม่ ประยุกต์สู่ “โคกหนองนาโมเดล” เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบในแต่ละแปลง มีกลุ่มเกษตรกรและผู้สนใจทำการเกษตรในชุมชนมาร่วมกันทำกิจกรรมช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามวัฒนธรรมและวิถีชีวิต โดยเป็นสมาชิกเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนา อย่างไรก็ตาม จากรายงานสภาวะสุขภาพของคลังข้อมูลสุขภาพ⁷ ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราป่วยสองลำดับแรกของประชากรอำเภอมีัญจาคีรีเป็นโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยมีผู้ป่วยรายใหม่ เท่ากับ 1143.07 และ 624.49 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ สาเหตุของการเกิดโรคมียหลายสาเหตุแต่ที่สำคัญเกิดจากการใช้ชีวิตและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม การดูแลสุขภาพของ

ชุมชนที่ผ่านมา กลุ่มสมาชิกเครือข่ายเกษตรกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างสุขภาวะน้อย และยังไม่ได้รับการพัฒนาอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มีสุขภาพที่ดี ลดอัตราการเกิดโรคลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข⁸

การสร้างสุขภาวะในกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรรมเป็นการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและเสริมสร้างศักยภาพของประชากรให้เป็นทุนมนุษย์ที่มีศักยภาพสูง มีสุขภาพดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ลดปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม⁹ และให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนเอง¹⁰ คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการส่งเสริมการสร้างสุขภาวะให้กับกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรรม จึงนำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม⁹ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง³ การมีส่วนร่วมของชุมชน¹¹ แรงสนับสนุนทางสังคม¹² ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม¹³ กับชุมชนร่วมวิเคราะห์กำหนดปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเอง มาเป็น

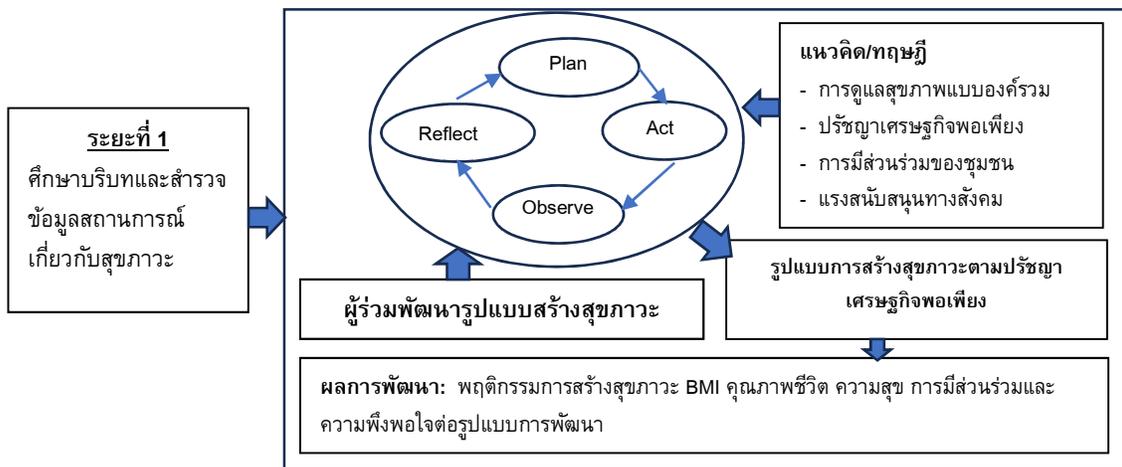
แนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาวะในกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรรมโคกหนองนาโมเดล อำเภอมีชัยจตุรพักตรพิมาน จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะของกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรรมโคกหนองนาโมเดล อำเภอมีชัยจตุรพักตรพิมาน จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสร้างสุขภาวะของกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรรมโคกหนองนาโมเดล อำเภอมีชัยจตุรพักตรพิมาน จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม¹³ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ประกอบด้วยขั้นตอน 2 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและสำรวจข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาวะ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวทางการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะ

ระยะที่ 1 ใช้วิธีการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาบริบทและสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาวะ สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพแบบองค์รวม คุณภาพชีวิต ความสุข เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อประกอบการวางแผน ในระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างสุขภาวะ เพื่อใช้ประเมินกับเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนา ในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ในการสร้างสุขภาวะ ในมิติสุขภาพแบบองค์รวม ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย 5 ตอน ใช้วัดระยะที่ 1 ก่อนการพัฒนาและระยะที่ 2 หลังการพัฒนา ดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ (3) ความรู้ในการสร้างสุขภาวะ จำนวน 15 ข้อ และจัดระดับตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁶ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้สูง(>= 80%) ปานกลาง(60-69%) และต่ำ(<60%) ค่าความเชื่อมั่น KR 20 เท่ากับ 0.85 ค่าความยาก เท่ากับ 0.27-0.80 และค่าอำนาจจำแนก คือ 0.30-0.63 (4) เจตคติในการสร้างสุขภาวะ จำนวน 19 ข้อ (5) การปฏิบัติในสร้างสุขภาวะ จำนวน 24 ข้อ ตอนที่ 4 และ 5 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ประยุกต์จากมาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ จัดระดับตามเกณฑ์ของ Best¹⁷ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค มีค่า 0.82 และ 0.92 ตามลำดับ **2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย**

(WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิต¹⁸ จำนวน 26 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 **3) แบบวัดความสุข** ใช้ดัชนีชี้สุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Mental Health Indicator (TMHI - 15) ของกรมสุขภาพจิต¹⁹ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrently: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในประเด็นสถานการณ์และสภาพปัญหา สภาวะสุขภาพองค์รวม การทำกิจกรรมสร้างสุขภาวะที่ผ่านมา การได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค 2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ร่วมโครงการและหรือเจ้าของแปลงพื้นที่ ในการทำโคกหนองนา ข้อมูลเกี่ยวกับการทำเกษตร การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการสร้างสุขภาวะ ส่วนเจ้าหน้าที่ อบต. สอบถามการสนับสนุนการดำเนินงานดูแลสุขภาพ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อายุ 20-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีพื้นที่แปลงเกษตรโคกหนองนา ในเขตอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 ตำบล รวมทั้งสิ้น 36,012 คน ตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ รวมทั้งสิ้น 224 คน แบ่งเป็น 1) เกษตรกรที่ทำเกษตร

เศรษฐกิจพอเพียงประยุกต์สู่โคกหนองนาโมเดล หรือเป็นผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักทฤษฎีใหม่ ประยุกต์สู่โคกหนองนาโมเดล อำเภอแม่จางาศรี จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2564 จาก 27 แปลง พื้นที่เกษตร จำนวน 27 คน 2) ประชาชน ที่มีอายุ 20-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีพื้นที่แปลงเกษตร โคกหนองนา อำเภอแม่จางาศรี จังหวัดขอนแก่น และเป็นเครือข่ายที่ได้มาร่วมการทำกิจกรรมต่าง ๆ ใน การทำเกษตร จำนวน 197 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีประชากรมี ขนาดเล็ก¹⁴ และใช้ข้อมูลจากการศึกษาของตลนภา ไชยสมบัติ, จรรยา แก้วใจบุญ และ อัมพร ยานะ¹⁵ สุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multistage) ทั้งนี้เพื่อ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาวะ ในภาพรวมของกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนอง นาโมเดล อำเภอแม่จางาศรี จังหวัดขอนแก่น ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ เกี่ยวกับสุขภาวะ ศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลหลักของ ตำบลหนองแปน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เกษตรกร สนใจเข้าร่วมโครงการและเป็นพื้นที่ที่มีการรวมตัว กันของชุมชนเป็นกลุ่มองค์กรมาก จำนวน 20 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ได้รับ อนุญาต ทำการศึกษาจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 642044 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานและขออนุญาตดำเนินการวิจัย กับพัฒนาชุมชน สาธารณสุขอำเภอแม่จางาศรีและ

เครือข่ายเกษตรกรในพื้นที่ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถามและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จาก การสังเกต การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิง พรรณนา โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ส่วนข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มี กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) 1) ประชุม ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบเพื่อร่วมกันประเมินและ วิเคราะห์สภาพการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ แบบองค์รวมของเกษตรกร และการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาวะของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และใช้ข้อมูลนำเข้าจากระยะที่ 1 ร่วมวิเคราะห์ ก่อนเริ่มดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหาหรือ พัฒนา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกข้อมูลให้ ชุมชนและวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดย กระบวนการ A-I-C เพื่อกำหนดเป้าหมาย และ ร่วมกันวางแผนในการดำเนินงาน และกำหนดแนว ทิศทางการพัฒนา/โครงการและกิจกรรมการ ดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนิน กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะ ใน ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566

สำหรับผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการสร้างสุข ภาวะในการศึกษารั้งนี้ ได้เลือกจากพื้นที่ 1 แห่ง ตำบลหนองแปน เนื่องจากเป็นพื้นที่เริ่มต้นใน การทำโคกหนองนาโมเดลและมีความพร้อมใน การสร้างสุขภาวะเพื่อเป็นต้นแบบ โดยเป็นกลุ่ม

ผู้ให้ข้อมูลหลักและร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน การดำเนินกิจกรรมและติดตามประเมินผล กิจกรรม จำนวน 30 คน ได้แก่ เกษตรกรที่ทำ เกษตรเศรษฐกิจพอเพียง เจ้าของกรรมสิทธิ์พื้นที่ ตัวแทนประชาชน ตัวแทนกลุ่มองค์กรต่าง ผู้นำ ชุมชน พัฒนาการชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) หนองแปน บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข คัดเลือกโดยเป็นผู้นำชุมชน ตัวแทนของภาคีเครือข่ายและมีความยินดี สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act)

ปฏิบัติตามแผน โครงการ/กิจกรรมการสร้างสุขภาพในกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรที่อาศัยอยู่ใน พื้นที่ต้นแบบ คือ บ้านนาจาน ตำบลหนองแปน จำนวน 35 คน ตามแผนการแก้ไขปัญหาหรือ พัฒนาที่ได้ร่วมประชุมทำแผนปฏิบัติการ ร่วมกันในขั้นตอนที่ 1 ในระหว่างเดือน มิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2566 แผนกิจกรรม ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะของสมาชิกกลุ่มเครือข่าย เกษตรกรโคกหนองนาโมเดล ได้แก่ การสร้าง เสริมสุขภาพแบบองค์รวมตามปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง การป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน เกษตรให้ปลอดภัยตามหลักการยศาสตร์ การ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ภูมิปัญญาไทยสมุนไพร และการนวดไทยคลายเมื่อยล้ากับสุขภาพของ เกษตรกร สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับเกษตรกร การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การจัดการขยะ และ ศึกษาดูงานเกษตรอินทรีย์ การจัดทำบัญชี คริวเรือน 2) การออกกำลังกายวิถีเกษตรโคก

หนอง นา ที่บ้านและพื้นที่แปลงเกษตรและการ รวมกลุ่มกันออกกำลังกายในตอนเย็นในหมู่บ้าน 3) ขับเคลื่อนเรื่องสมุนไพรเพื่อสุขภาพ การปลูก สมุนไพรทั้งที่วัดและที่บ้าน 4) การร่วมกัน อนุรักษ์อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ปลูกป่า การเอามื้อ สามัคคี และจัดการขยะ 5) การเยี่ยมบ้านให้ คำแนะนำโดยทีมผู้ร่วมพัฒนาและสมาชิก เครือข่ายเกษตรกร

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ

(Observe) การสังเกตผลการปฏิบัติ และติดตาม ประเมินผล และประเมินผลหลังการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการ ดำเนินงานในระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2566

ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ทำการศึกษาใน สมาชิกกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรที่อาศัยอยู่ใน พื้นที่ต้นแบบบ้านนาจาน ตำบลหนองแปน อำเภอแม่จัน จังหัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ เริ่มต้นในการทำโคกหนองนาโมเดลของอำเภอ และมีความพร้อมในการให้ความร่วมมือ จำนวน 35 คน ในการเข้าร่วมทำกิจกรรมสร้างสุขภาพ ตามแผน/โครงการที่เกิดจากการประชุมเชิง ปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา รูปแบบ ทั้งนี้ตัวอย่างเป็นสมาชิกเครือข่ายที่ ได้มาร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของการทำ เกษตรโคกหนองนาพื้นที่ต้นแบบ คำนวณสูตร ขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย¹⁴ ใช้ข้อมูล เจตคติก่อนและหลังการพัฒนาการสร้างเสริม สุขภาพตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจาก การศึกษาของ สมรทิพย์ วิภาวนิช และนรินทร์ สังข์รักษา¹⁰ แล้วจึงสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อ

ของสมาชิก นอกจากนี้ได้ประเมินพฤติกรรม การสร้างสุขภาวะ คุณภาพชีวิต ความสุข ในกลุ่ม เครือข่ายเกษตรกรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต้นแบบ และ ประเมินการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการ พัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะในกลุ่มผู้ร่วม พัฒนารูปแบบ ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) นำข้อมูลที่รวบรวมไว้ในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 มาวิเคราะห์ โดยพิจารณาร่วมกันในกลุ่มผู้ ร่วมพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะ เพื่อสรุป และถอดบทเรียนถึงผลการดำเนินงาน การ พัฒนาการสร้างสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง การเรียนรู้การสร้างสุขภาวะ การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับเครือข่ายเกษตรกรและ ชุมชน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อ การพัฒนาต่อไป ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิง พรรณนา และ Paired sample t-test โดย โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้การวิเคราะห์เชิง เนื้อหากับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบทและ สภาพการณ์ของพื้นที่ พบว่าสภาพความเป็นอยู่ แบบเรียบง่ายเป็นสังคมแบบชนบท ยึดถือจารีต ประเพณีดั้งเดิมของคนอีสาน ส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพทางด้านเกษตรกรรม ส่วนบ้านนาจานที่ ใช้เป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนาสุขภาวะฯ ใน

ครั้งนี้ เป็นพื้นที่ตอนไม่มีแหล่งน้ำผิวดิน ในฤดู แล้งฝนขาดช่วงมักจะแห้งแล้งและขาดแคลนน้ำ อำนวยอำนวยได้มีการขับเคลื่อนพัฒนา หมู่บ้านและชุมชนท้องถิ่นตามหลักเศรษฐกิจ พอเพียงและพัฒนาด้านเกษตร และบ้านนาจาน เป็นพื้นที่เริ่มต้นของการทำโคกหนองนาโมเดล ของอำเภอ เจ้าของแปลงพื้นที่ได้รับการส่งเสริม ให้ไปอบรมหลักสูตรกิจกรรมสู่ระบบเศรษฐกิจ พอเพียง และกลับมาทำโคกหนองนาในพื้นที่ เกษตรของตนเองทันทีและพัฒนาเป็น “ศูนย์ การเรียนรู้โคกหนองนาโมเดล ศุภพัชริทราภรณ์ สุ นทอง” อย่างไรก็ตามการพัฒนาด้านสุขภาพใน กลุ่มเกษตรกรโคกหนองนายังไม่ได้ดำเนินการ ที่ผ่านมาเป็นการให้บริการสุขภาพกับประชาชน ทั่วไปในพื้นที่จาก รพ.สต. และมี อสม. เป็นผู้ให้ ข้อมูลข่าวสารแนะนำให้กับชุมชนและร่วม ป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคพิษสุนัขบ้า รวมทั้งมีโครงการรับซื้อขยะจากชุมชนโดยการ สนับสนุนของอบต.

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 224 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.1 มี อายุเฉลี่ย 57.06 ปี (SD = 8.63) มีโรค ประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.3 และ 19.2 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมในการสร้างสุข ภาวะในภาพรวมอำเภอ พบว่าประมาณหนึ่งใน สามมีความรู้ในระดับระดับต่ำ เจตคติในการ สร้างสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 และการปฏิบัติตนในการสร้างสุขภาวะอยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 49.6 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.9 และความสุขอยู่

ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.0 ส่วนกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรที่เป็นสมาชิกในการทำกิจกรรมในพื้นที่ต้นแบบ จำนวน 35 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.9 อายุเฉลี่ย 53.86 ปี (SD = 7.51) จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีค่ากลางของรายได้ 6,000 บาท เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.7 และ 8.6 ตามลำดับ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 8.6 ไม่เคยเข้ารับบริการบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 94.7 รับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง และพบว่ามีปัญหาโรคอ้วนในระดับ 1-3 พบ ร้อยละ 34.3 31.4 และ 11.4 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมในการสร้างสร้างสุขภาวะสอดคล้องกับภาพรวมอำเภอ พบว่า มีความรู้ อยู่ในระดับระดับต่ำ ร้อยละ 31.4 เจตคติในการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.1 การปฏิบัติตนในการสร้างสุขภาวะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.0 ความสุขอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 71.4 คุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 88.6 การรับรู้สถานะสุขภาพตนเองภาพรวมระดับปานกลาง และจากการสนทนากลุ่มพบว่าเกษตรกรมีปัญหาปวดกล้ามเนื้อ ปวดเข่า โรคผิวหนังจากการใช้สารเคมีและยังมีการกินยาชุด มีภาวะเครียด วิดกกังวลกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสส่งผลให้รายได้ลดลง ชุมชนมีปราชญ์ชาวบ้าน และมีวัดป่าโนนสำนักเป็นศูนย์รวมใจและปลูกสมุนไพร

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะและผลของการใช้รูปแบบการสร้างสุขภาวะของกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนาโมเดล ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา ดังนี้

1) การวางแผน ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C โดยขั้นตอนสร้างการรับรู้ (Appreciation: A) ได้คืนข้อมูลให้ชุมชน และนำข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 มาร่วมวิเคราะห์จากการศึกษาข้อมูลบริบทและสถานการณ์ของอำเภอและพื้นที่ต้นแบบข้อมูลสอดคล้องไปในทางเดียวกัน และผู้ร่วมพัฒนามีภาพฝันที่ต้องการคือให้มีสุขภาพที่ดี มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ในการจัดการตนเองด้านสุขภาพแบบองค์รวม และต้องการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับตนเอง ครอบครัวและชุมชน และนำภูมิปัญญาไทยมาดูแลสุขภาพ ไม่เป็นหนี้สิน มีสิ่งแวดล้อมที่ดี และมีความสามัคคี ช่วยเหลือแบ่งปันกัน จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการสร้างแนวพัฒนา (Influence: I) และขั้นตอนการแนวทางปฏิบัติ (Control: C) ได้แผนในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขภาวะ โดยพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรมและผู้รับผิดชอบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพแบบองค์รวมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะของสมาชิกกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนาโมเดล ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราและการดูแลทำความสะอาดช่องปาก การพัฒนาศักยภาพด้านภูมิปัญญาการนวดไทยและสมุนไพร การเสริมสร้างสุขภาพจิต พัฒนาความรู้และแรงบันดาลใจ เกษตรปลอดสารพิษ อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและดูแลสิ่งแวดล้อม พัฒนาความรู้และทำบัญชี

ครัวเรือน ศึกษางานเกษตรอินทรีย์ การเอามือ
สามัคคีในการทำเกษตร (ช่วยเหลือกัน) และ
แบ่งปันพันธุ์ไม้ ผลผลิตการเกษตร

2) การดำเนินกิจกรรมและโครงการต่าง
ๆ ตามแผน ประกอบด้วย การรวมตัวกันของ
สมาชิกเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่ายสมาชิกในการร่วมพัฒนาและให้
การสนับสนุน ดังนี้

ด้านร่างกาย: มีการพัฒนาศักยภาพ
ในการดูแลดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
ได้แก่ ออกกำลังกายวิถีเกษตรโคกหนองนาทั้ง
การออกกำลังกายที่บ้านและพื้นที่แปลงเกษตร
เช่น การเดินและยืดเหยียดและรวมกลุ่มเพื่อนรำใน
หมู่บ้าน ด้านอาหารและโภชนาการ ลดหวานมัน
เค็ม ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และ
การดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อน การเรียนรู้โรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้ยาให้ปลอดภัย การปฐม
พยาบาล ช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการดูแล
สุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคและความเสี่ยง
จากการทำงานเกษตรกรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็น
มิตรกับเกษตรกรและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
การจัดการขยะ ภูมิปัญญาการนวดไทยและการ
ใช้สมุนไพรกับสุขภาพเกษตรกร และฝึกทักษะ
ดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปาก และมีการ
บันทึกข้อมูลและแผนการดูแลสุขภาพของ
ตนเองในสมุดสุขภาพและบันทึกกิจกรรมอื่น ๆ
ที่ได้ไปร่วมทำกับเครือข่ายเกษตรกร ด้านจิตใจ:
การเสริมสร้างสุขภาพจิตและการผ่อนคลาย
ด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ: การเยี่ยม
บ้านเพื่อให้กลุ่มเครือข่ายเกษตรได้ช่วยเหลือกัน
แลกเปลี่ยนและให้คำแนะนำด้านสุขภาพตาม

สภาพวิถีชีวิตที่แท้จริงที่บ้านของเกษตรกร การ
กระตุ้น เสริมแรงให้กำลังใจ การขับเคลื่อนเรื่อง
สมุนไพรเพื่อสุขภาพ โดยทำสวนสมุนไพรที่โคก
หนองนา วัด บ้านเพื่อใช้กันเองในชุมชน และ
การเอามือสามัคคี การรณรงค์เกษตรปลอด
สารพิษ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การปลูกต้นไม้ และ
จัดการขยะ การศึกษางานเกษตรอินทรีย์เพื่อ
สุขภาพตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการ
พัฒนาความรู้และทักษะในการทำบัญชี
ครัวเรือนอย่างไรให้ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ การ
แปรรูปผลิตภัณฑ์การเกษตร จากกลุ่มเครือข่าย
เกษตรกร โดยเพื่อนสอนเพื่อนทำน้ำหวานทาง
จระเข้ และกล้วยตาก และมีการปลูกผักในบ้าน
ด้านปัญญาและคุณธรรม: จากการเอามือสามัคคี
และแบ่งปันพันธุ์ไม้ สมุนไพร ผลผลิตเกษตร
ทำบุญตามประเพณีสำคัญ

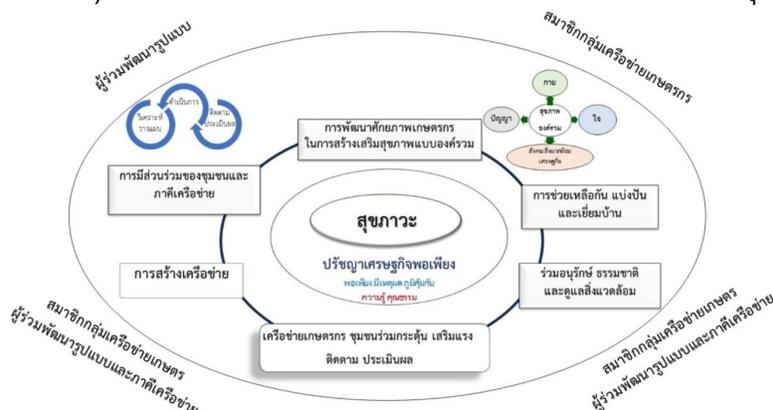
3) การสังเกตและผลการปฏิบัติ ผู้ร่วม
พัฒนารูปแบบฯ ร่วมกันวิเคราะห์สภาพการณ์
ปัญหาต่าง ๆ และแสดงความคิดเห็นในการ
ประชุมทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมรวมทั้ง
ได้ร่วมการสนับสนุนการทำกิจกรรม การติดตาม
ผลและสะท้อนผลการประเมิน และกลุ่มผู้ร่วม
พัฒนาและกลุ่มเครือข่ายเกษตรกร ได้ร่วมเยี่ยม
บ้านเสริมแรงซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ภาคี
เครือข่ายจากสถานีเพาะชำพันธุ์กล้าไม้ขอนแก่น
(บ้านแฮด) ได้มาติดตามการปลูกป่าหลังจากได้
สนับสนุนพันธุ์ไม้ ส่วนผลการดำเนินงาน พบว่า
คะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการ
สร้างสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความสุข การมีส่วน
ร่วมและความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบ
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ จากการสะท้อนผลและการถอดบทเรียนของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาพบว่าด้านร่างกาย: สุขภาพร่างกายมีแนวโน้มดีขึ้น จากการได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีกิจกรรมออกกำลังกายทั้งเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายตัวเองและใช้เวลาตามที่เกษตรกรสะดวกทั้งที่บ้าน ดังคำบอกกล่าวของสมาชิกกลุ่มเครือข่ายเกษตรกร “ได้รับแรงใจในการออกกำลังกายจากโครงการนี้ เมื่อก่อนไม่เคยออก พอเข้าร่วมโครงการได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกายมีความสุข และออกกำลังกายโดยวิธีการรำ” ด้านจิตใจ อารมณ์: เกิดความสามัคคีทำให้สุขภาพจิตดี ได้ถามความเป็นอยู่กันอย่างต่อเนื่อง อารมณ์ดี ปลดวางไม่เครียด ด้านสังคม: การเอาใจสามัคคี การช่วยเหลือกันและแบ่งปันกัน เยี่ยมบ้านกระตุ้นเสริมแรงให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีผู้นำชุมชนที่นำชุมชนมาร่วมกันพัฒนาและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและภาคีเครือข่ายสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม: มีการร่วมรณรงค์ปลูกป่า ในวัดต่าง ๆ ของตำบลหนองแปน โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย สถานีเพาะชำพันธุ์กล้าไม้หนองแก่น (บ้านแฮด) และ สำนักงาน

ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดหนองแก่น รวมทั้ง ปลูกสมุนไพร และลดการใช้สารเคมี จัดการขยะร่วมกับโครงการของอบต.หนองแปน ด้านเศรษฐกิจ: มีการจัดบัญชีครัวเรือน ลดรายได้ไม่จำเป็นสร้างรายได้ต่าง ๆ และแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร ด้านคุณธรรม: การแบ่งปันให้กับเพื่อนเกษตรกร มีความเพียรในการดูแลสุขภาพตนเอง เสียสละเวลาตนเองร่วมกิจกรรมเพื่อสังคม และการทำบุญ ทำทาน เช่น ในประเพณีบุญข้าวสากเป็นการทำบุญเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้กับญาติผู้ล่วงลับไปแล้ว และลูกหลานได้กลับมาเจอกันทำให้ครอบครัวอบอุ่น

รูปแบบการสร้างสุขภาวะของเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนา ประกอบด้วย 1) การสร้างเครือข่าย 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 3) การพัฒนาศักยภาพเกษตรกรในการสร้างเสริมสุขภาพ 4) การช่วยเหลือกัน แบ่งปัน และเยี่ยมบ้านแนะนำด้านสุขภาวะ 5) ร่วมอนุรักษ์ธรรมชาติและดูแลสิ่งแวดล้อม ปลูกต้นไม้ สมุนไพร ปลูกป่าและปลูกผักปลอดสารพิษ 6) การกระตุ้น เสริมแรง ติดตาม ประเมินผล (ภาพที่ 2) นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ มีผู้นำชุมชนในการนำทีมพัฒนาและมีการเรียนรู้ตลอดเวลา การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความพร้อมที่จะพัฒนาของชุมชน



ภาพที่ 2 รูปแบบการสร้างสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนาโมเดล

อภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบการสร้างสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนาโมเดลและภาคีเครือข่ายสมาชิกให้ความร่วมมือและผู้นำชุมชนมีการพัฒนา ร่วมกันเรียนรู้ตลอดเวลา และได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กลุ่มเกษตรกรมีพฤติกรรมการสร้างสุขภาวะ คุณภาพชีวิตและความสุขที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาและดัชนีมวลกายที่เกินจากระดับปกติลดลง กลุ่มเครือข่ายเกษตรกรมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแนวทางจัดการปัญหาโดยมีผู้นำชุมชนและชาวบ้านย่อนมองปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และกลับมาแก้ปัญหาด้วยการดำเนินชีวิตพอเพียงและสร้างองค์ความรู้ให้กับชุมชนและการศึกษาครั้งนี้เครือข่ายเกษตรกรได้เรียนรู้จริงและปฏิบัติจริงในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰ และการศึกษาของวนิดา ศิริวิรสกุล และคณะ²⁰ คุณภาพชีวิตของเกษตรกรมีระดับมากขึ้น หลังจากพัฒนาเกษตรแบบยั่งยืน เนื่องจากเกษตรกรหันมาให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้การช่วยเหลือกัน ความสามัคคีของชุมชน แบ่งปันและเยี่ยมบ้าน โดยเพื่อนเครือข่ายเกษตรกรให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจ ช่วยกระตุ้นและให้เสริมแรงในการดูแลสุขภาพ นับว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของตัวบุคคล^{9,12} การปฏิสัมพันธ์กับ

เพื่อนเครือข่ายเกษตรกร ทำให้ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนทำให้เกิดความรู้สึกคลายเครียดและรู้สึกได้การยอมรับจากคนอื่น และการได้ร่วมปลูกต้นไม้ สมุนไพร ปลูกป่าในบริเวณวัดซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจและได้เห็นการเจริญเติบโตของต้นไม้ ทำให้เกิดความภูมิใจที่จะช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี และการที่เครือข่ายเกษตรกรและภาคีเครือข่ายกระตุ้น เสริมแรงติดตาม ประเมินผล ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาและนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้นต่อไป การศึกษาค้นคว้าพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมและพึงพอใจในการพัฒนา รูปแบบเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร วงศ์ตรี⁸ ที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคล และชุมชนในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาพ

การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการสร้างสุขภาวะนั้น ด้านพอประมาณ ด้วยการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งการบริโภค การออกกำลังกาย จัดการกับความเครียด สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ประหยัดอดออม ด้านความมีเหตุผล การตัดสินใจอย่างมีเหตุผลที่ผ่านการวิเคราะห์สาเหตุ นั้น ๆ มีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีมีการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้เงื่อนไขด้านความรู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพแบบองค์รวม และด้านคุณธรรมที่มีความเอื้อเพื่อช่วยเหลือกัน เสียสละ ลดเลิกปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพ สอดคล้องกับหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง³ คือ ทางสายกลาง ไม่ทำอะไรอย่างสุดโต่ง มีหลักวิชา มีความรอบรู้ รอบคอบในการนำหลักวิชาไปใช้ในการวางแผน และดำเนินการ และพึงตนเองได้อยู่บนพื้นฐานของตนเอง สังคมวัฒนธรรมเชื่อมโยงกับจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

องค์ความรู้ในการสร้างสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนให้เครือข่ายเกิดความเข้มแข็ง ร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพและดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พัฒนาศักยภาพเกษตรกรในการสร้างเสริมสุขภาพ มีการช่วยเหลือกันแบ่งปันและเยี่ยมบ้านแนะนำด้านสุขภาวะ ร่วมอนุรักษ์ธรรมชาติและดูแลสิ่งแวดล้อมและมีการกระตุ้น เสริมแรง ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1) การพัฒนาเกษตรกรในโครงการต่างๆ ควรเพิ่มเนื้อหาและกิจกรรมการสร้างฐานการเรียนรู้ด้านการสร้างสุขภาวะในหลักสูตร

2) นำรูปแบบการสร้างสุขภาวะปรับใช้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3) ค้นหาศักยภาพของผู้นำเพื่อให้เป็นผู้นำในการพัฒนาและนำผลิตภัณฑ์เกษตรปลอดภัยในรูปแบบใหม่มาจำหน่าย

4) ควรทำวิจัยประเมินผลเพื่อติดตามผลลัพธ์และผลกระทบจากการใช้รูปแบบการสร้างสุขภาวะนี้ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มเครือข่ายเกษตรกรโคกหนองนา อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่นที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

References

1. Prajuabwan N. The development of a sustainable agricultural system in Ban Lak Metre Community, Tung Khwang, Kamphaengsaen, Nakhon Pathom Province. Area Based Development Research Journal. 2015;7(4):90-123. (in Thai).
2. Panyakul V. Sustainable agricultural policy - organic agriculture: process is as important as content. 2019 [cited 2021 Apr 7]; Available from: <https://www.greennet.or.th>. (in Thai).
3. Sriong N. Concepts, principles and practices of the sufficiency economy philosophy. Bangkok: O.S. Printing House; 2014. (in Thai).
4. Agricultural Technology and Sustainable Agriculture Policy Division. Khok Nong Na Model. [internet]. 2017 [cited 2021 Oct 26]; Available from: https://www.opsmoac.go.th/km-km_article-files-401591791792. (in Thai).
5. Rungruang Kitpati. Health on principle of sufficiency economy. [internet]. 2010 [cited 2023 Apr 1]; Available from: <https://www.oknation.net/post/detail/634e8701366c888e657c46bf>. (in Thai).
6. Ministry of Public Health. The 12th national health development plan (2017-2021). [internet]. 2016 [cited 2023 May 31]; Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/download/699>. (in Thai).
7. Health Data Center. Illness with major non-communicable diseases. [Internet]. 2020

- [cited 2020 Nov 6]; Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai).
8. Wongtree S. Community behavior modification model for chronic disease risk group in Haudon Sub-District, Khuang Nai District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*. 2018;4(2):93-113. (in Thai).
 9. Seangpraw K. Theory, techniques for developing health behavior and application in public health. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai).
 10. Vipavanich S, Sungrugsa N. The model development of health promotion based on The philosophy of sufficiency economy for community well-being. *Veridian E-Journal, Silpakom University*. 2016;9(2):1207-23. (in Thai).
 11. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concept and measures for project design implementation and evaluation. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University. 1981.
 12. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
 13. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *The SAGE handbook of qualitative research* 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005.
 14. Chirawatkul A. *Statistics for health science research*. 4th ed. Bangkok: Wittayapat; 2015. (in Thai).
 15. Chaisombut D, Kaewjiboon J, Yana A. Factors influencing pesticide use behaviors among farmers: a case study in Tambon San Pamuang, Amphur Muang, Phayao Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2018;4(special issues):s305-16. (In Thai).
 16. Bloom BS. *Taxonomy of educational objectives handbook I: cognitive domain*. New York: David McKay; 1956.
 17. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
 18. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of the Mental Health of Thailand*. 1998;5:4-15. (in Thai).
 19. Mongkol A, Huttapanom W, Chethotisakd P, Warnaprapa W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop THAI mental health indicator. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2001;46(3):209-25. (in Thai).
 20. Siriworasakul W, Intaprom W, Bunyasathit W, Amornphan K. Farmer's quality of life with sustainable agriculture development model. *Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Nakhondhat*. 2021;8(11):54-66. (in Thai).

การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

คุณัญญาประเสริฐ วิทยุเศรษฐ์* ประจักษ์ วิทยุเศรษฐ์** อริสา สำรอง***

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เกิดจากปัจจัยหลายประการ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยส่วนบุคคล

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดฯ จำนวน 250 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วย Sheffe

ผลการวิจัย : พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดฯ มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 20 -29 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1 -5 ปี และปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉินมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงที่สุดในแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนจำนวนชั่วโมงในการทำงานพบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุป : ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานที่แตกต่างกัน ผู้บริหารควรมอบหมายงานให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญ และจัดสรรส่วนภาระงานที่เหมาะสม และควรรับฟังความคิดเห็นและคอยให้ความช่วยเหลือเพื่อลดความเหนื่อยล้าในการทำงาน

คำสำคัญ : โควิด 19 ปัจจัยส่วนบุคคล แผนกที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงในการทำงาน ภาวะความเหนื่อยล้าในงาน

*โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก

***ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อริสา สำรอง, E-mail: arisa_luck@hotmail.com

Received: September 2, 2023

Revised: December 2, 2023

Accepted: December 28, 2023

A comparison of job burnout among registered nurse during pandemic of COVID-19 classified according to personal factors

Kunutprasert Witoonset* Prajak Witoonset** Arisa Samrong***

Abstract

Introduction: Job burnout in the context of the COVID-19 pandemic is caused by several factors in registered nurses as well as personal factors.

Objectives: This research aimed to study and compare the differences in job burnout among registered nurses during the COVID-19 pandemic according to personal factors.

Methods: This descriptive study was conducted with a sample group of 250 registered nurses working in the context of the COVID-19 pandemic. Data was collected using questionnaires to gather information on personal factors and job burnout. Data were analyzed using descriptive statistics, and job burnout of registered nurses was compared according to personal factors using one-way ANOVA statistics and Sheffe's Method.

Results: The registered nurses working during the COVID-19 pandemic had moderate job burnout. Registered nurses aged 20-29 years, registered nurses with a working period of 1- 5 years, and registered nurses working in emergency departments had significantly higher levels of burnout than those in each group at $p < .05$. The number of hours per day is not significantly different.

Conclusions: Personal factors have different effects on job burnout. Administrators should assign jobs following registered nurses' expertise, allocate the appropriate workload, listen to opinions, and provide assistance to reduce job burnout at work.

Keyword: Covid-19, personal factors, work department, the number of hours per day, job burnout

*Mae Fah Luang University Hospital

**Faculty of Liberal Arts RajaMangala University of Technology Tawan-ok

***Department of Psychology Faculty of Education Ramkhamhaeng University

Corresponding Author: Arisa Samrong, E-mail: arisa_luck@hotmail.com

บทนำ

อุบัติการณ์ของโรคโควิด 19 ได้เริ่มต้นขึ้นที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน¹ การระบาดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วกระจายไปทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นการระบาดใหญ่² ไทยเป็นประเทศแรกที่พบผู้ป่วยยืนยันนอกประเทศจีน³ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น จากการทำต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความตึงเครียดทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจส่งผลให้มีความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หดพลัง เกิดภาวะหมดไฟหรือภาวะเหนื่อยล้าในงานได้⁴ จากการสำรวจสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า บุคลากรมีความเครียดระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 34.8 และมีความเครียดระดับมากจากร้อยละ 6.4 เป็นร้อยละ 7.9⁵ ซึ่งความเครียดเรื้อรังทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้⁶

ภาวะหมดไฟหรือภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน (Job burnout) คือ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังสะสมมานาน จนรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ เบื่อหน่าย มองงานที่กำลังทำอยู่ในด้านลบ ขาดความสุข รู้สึกถึงการสูญเสียพลังงานทางจิตใจ จนทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง⁷ ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานเกิดขึ้นมากเฉพาะในกลุ่มอาชีพทางด้านสุขภาพ การศึกษาในวิชาชีพพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความเสี่ยงจะเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

มากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ⁸ สาเหตุภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานที่เกิดจากพยาบาลเอง ซึ่งมีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล งานที่ต้องรับผิดชอบ และระบบงาน⁹⁻¹⁰ เกิดผลกระทบต่อบุคคลมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน และเกิดผลเสียต่อภาพลักษณ์ขององค์กร รวมถึงทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง¹¹

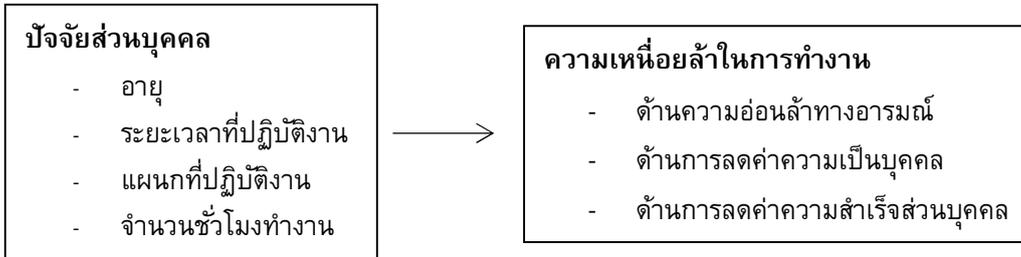
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ต้องดูแลผู้ป่วยในโรคที่ไม่เคยพบและไม่มีประสบการณ์มาก่อน ทำให้เกิดความเครียด มีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในการทำงาน เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตหรือการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ ซึ่งมีรายงานในต่างประเทศว่า วิชาชีพพยาบาลต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าในการทำงานระดับสูงในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19¹² นอกจากนี้ยังพบว่า วิชาชีพพยาบาลมีการลาออกจากงานมากถึง 7,000 คน หลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19¹³ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และปรับเปลี่ยนหน้าที่ในการทำงานพยาบาลในอนาคต เพื่อลดการลาออกของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกกรอบแนวคิดงานวิจัย

ตามอายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงาน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จากแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 642 คน แบ่งได้ ดังนี้ หอผู้ป่วยนอก จำนวน 48 คน หอผู้ป่วยใน จำนวน 392 คน ห้องผ่าตัด จำนวน 66 คน ห้องฉุกเฉิน จำนวน 30 คน และอื่นๆ จำนวน 106 รวมทั้งสิ้น จำนวนทั้งหมด 642 คน คำนวณขนาดของตัวอย่างตามสูตรของ Yamane ได้จำนวน 250 คน และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรแต่ละแผนก (proportional stratified random sampling) ได้ตัวอย่างแยกตามแผนกดังนี้ ผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน แผนกผ่าตัด แผนกฉุกเฉิน และอื่นๆ จำนวน 18, 150, 25, 12 และ 45 คนตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงาน มีจำนวนคำถาม 4 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (best answer) และมีคำถามปลายเปิดให้เติมคำในช่องว่าง

2. แบบสอบถามภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยทำการดัดแปลงจากแบบสอบถามความเหนื่อยล้าในการทำงานของ Maslach¹⁴ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 22 ข้อ คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ และด้านการลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ การแปลผลให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00 – 2.20 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในการทำงานในระดับต่ำมาก คะแนน 2.21 – 3.41 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในการทำงานระดับต่ำ

คะแนน 3.42 – 4.62 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในการทำงานในระดับปานกลาง คะแนน 4.63 – 5.83 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในการทำงานในระดับสูงคะแนน 5.84 – 7.00 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในการทำงานในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ของแบบสอบถามภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) แบบสอบถามระดับความเหนื่อยล้าได้เท่ากับ .86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยจัดส่งทางระบบสื่อสารภายในองค์กรไปยังแผนกต่างๆ ให้เอกสารรายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัยและยินยอมของกลุ่มตัวอย่างพร้อมแบบสอบถาม ให้ซองเอกสารปิดผนึกส่งกลับมาให้ผู้วิจัย หลังได้รับกลับคืนจะมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์สถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าในการทำงาน จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงาน โดยจะใช้สถิติ one way ANOVA เมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำไปเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการเชฟเฟ (Sheffe's Method)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้การพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ใบรับรอง EC16/2565 เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ.2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.6 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน (IPD) คิดเป็นร้อยละ 60.8 ระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.2 และจำนวนชั่วโมงในการทำงาน อยู่ที่ 8 -16 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 39.2 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=250)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------------|------------|--------|
| อายุ | | |
| 20-29 ปี | 89 | 35.6 |
| 30-39 ปี | 36 | 14.4 |
| 40-49 ปี | 69 | 27.6 |
| 50 ปีขึ้นไป | 56 | 22.4 |
| แผนกที่ปฏิบัติงาน | | |
| OPD | 18 | 7.2 |
| IPD | 152 | 60.8 |
| OR | 25 | 10.0 |
| ER | 12 | 4.8 |
| อื่นๆ | 43 | 17.2 |
| ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน | | |
| 1-5ปี | 82 | 32.8 |
| 5.1-10ปี | 35 | 14.0 |
| >10ปี | 133 | 53.2 |
| ชั่วโมงการทำงาน | | |
| 8 hr | 86 | 34.4 |
| 8-16 hr | 98 | 39.2 |
| >16 hr | 66 | 26.4 |

2. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.19 (SD=0.93) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 4.20 (SD=1.23) ด้านการลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคลและด้านการลดค่าความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.51 และ 2.48 (SD=1.05 และ 1.32) ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกตามอายุพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุที่ต่างกันมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในภาพรวม และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำไปเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการเชฟเฟ (Sheffe's Method) พบว่าพยาบาลที่มีช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่าช่วงอายุ 40 - 49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในการทำงาน จำแนกตามช่วงอายุ (n=250)

| ปัจจัย | อายุ (ปี) | | | | | | | | F | p |
|---------------------------|------------|-------------------|------------|--------------------|------------|-------------------|-------------|-------------------|-------|-------|
| | 20 – 29 ปี | | 30 – 39 ปี | | 40 – 49 ปี | | 50 ปีขึ้นไป | | | |
| | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | | |
| รวมความเหนื่อยล้า | 3.46 | 0.90 ^A | 3.20 | 0.70 ^{AB} | 3.01 | 0.93 ^B | 2.99 | 1.02 ^B | 4.489 | .004* |
| ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ | 4.59 | 1.19 ^A | 4.24 | 0.93 ^{AB} | 3.95 | 1.22 ^B | 3.86 | 1.31 ^B | 5.777 | .001* |
| ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล | 2.75 | 1.46 | 2.24 | 1.04 | 2.42 | 1.20 | 2.29 | 1.34 | 5.253 | .154 |
| ด้านการลดค่าความสำเร็จ | 2.64 | 0.96 | 2.62 | 1.02 | 2.33 | 1.17 | 2.45 | 1.04 | 6.158 | .104 |

*p<.05

**ถ้ามีอักษรไม่เหมือนกันแสดงว่าค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าแตกต่างกัน และถ้าอักษรเหมือนกันแสดงว่าความเหนื่อยล้าไม่แตกต่างกัน

4. การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้า
ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณการระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกที่ต่างกัน มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในภาพรวมและด้านความอ่อนล้าทาง

อารมณ์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำไปเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการเชฟเฟ (Sheffe's Method) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน (ER) มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่าแผนกอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในการทำงานจำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน (n=250)

| ปัจจัย | แผนกที่ปฏิบัติงาน | | | | | | | | | | F | p |
|---------------------------|-------------------|--------------------|-----------|--------------------|------------|--------------------|-------------|-------------------|--------|-------------------|-------|-------|
| | ผู้ป่วยนอก | | ผู้ป่วยใน | | ห้องผ่าตัด | | ห้องฉุกเฉิน | | อื่น ๆ | | | |
| | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | | |
| รวมความเหนื่อยล้า | 3.14 | 1.05 ^{AB} | 3.22 | 0.92 ^{AB} | 3.29 | 0.99 ^{AB} | 3.90 | 0.70 ^A | 2.85 | 0.83 ^B | 3.404 | .010* |
| ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ | 3.93 | 1.37 ^{AB} | 4.32 | 1.21 ^A | 4.27 | 1.09 ^{AB} | 5.06 | 1.08 ^A | 3.61 | 1.15 ^B | 4.733 | .001 |
| ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล | 2.54 | 1.40 | 2.48 | 1.29 | 2.54 | 1.44 | 3.53 | 1.52 | 2.15 | 1.14 | 8.988 | .061 |
| ด้านการลดค่าความสำเร็จ | 2.62 | 1.26 | 2.46 | 1.04 | 2.66 | 1.15 | 2.83 | 0.91 | 2.44 | 1.00 | 2.340 | .674 |

*p<.05

**ถ้ามีอักษรไม่เหมือนกันแสดงว่าค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าแตกต่างกัน และถ้าอักษรเหมือนกันแสดงว่าความเหนื่อยล้าไม่แตกต่างกัน

5. เปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าใน
การทำงานของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานการณการระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่

ต่างกัน มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในภาพรวมและด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงได้นำไปเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการเชฟเฟ (Sheffe's Method) พบว่า พยาบาล

วิชาชีพที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานช่วง 1-5 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่าช่วง 10 ปี ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานจำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (n=250)

| ปัจจัย | ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน | | | | | | F | p |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|-------------|--------------------|--------|-------------------|-------|-------|
| | 1 - 5 ปี | | 5.1 - 10 ปี | | >10 ปี | | | |
| | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | | |
| รวมความเหนื่อยล้า | 3.43 | 0.87 ^A | 3.26 | 0.86 ^{AB} | 3.03 | 0.95 ^B | 5.049 | .007* |
| ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ | 4.53 | 1.16 ^A | 4.40 | 1.26 ^{AB} | 3.94 | 1.21 ^B | 6.701 | .001* |
| ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล | 2.70 | 1.43 | 2.50 | 1.21 | 2.34 | 1.27 | 3.563 | .168 |
| ด้านการลดค่าความสำเร็จ | 2.65 | 0.96 | 2.46 | 1.04 | 2.43 | 1.11 | 3.296 | .192 |

*p<.05

**ถ้ามีอักษรไม่เหมือนกันแสดงว่าค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าแตกต่างกัน และถ้าอักษรเหมือนกันแสดงว่าความเหนื่อยล้าไม่แตกต่างกัน

6. เปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกตามชั่วโมงในการทำงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีชั่วโมงในการทำงานต่อวันที่แตกต่างกันมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

1. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าพยาบาลได้ผ่านการระบาดของโรคโควิด 19 มาหลายครั้ง ทำให้มีการปรับตัวกับการระบาด ทำให้ไม่เกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานมากนักแต่ก็ยังมีอยู่อาจเป็นความเครียดที่ยังไม่มากไม่เรื้อรังจนเป็นภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวดี สุมาลัย¹⁵ ในปีพ.ศ.2564 ศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการ

ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบาราศนราดูรพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 47.2 ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 แต่อย่างไรก็ตามมีการทำ Meta-analysis พบว่า มีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานเพิ่มมากขึ้นในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19¹⁶

2. เปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

2.1 ช่วงอายุ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีอายุต่างก็มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานแตกต่างกัน โดยช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ อาจเป็นเพราะประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลทั้งในเรื่องส่วนตัวและการทำงาน คนที่มีอายุมากกว่าประสบการณ์จะมากกว่า เจอหลากหลายสถานการณ์ในชีวิต

ทำให้มีคุณภาพทางอารมณ์มากขึ้น รู้จักปล่อยวาง มองทุกอย่างได้ลึกซึ้งและรอบคอบ ปรับตัวกับสถานการณ์ได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภ วิชาเจริญสุข ที่ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ พบว่า อายุที่แตกต่างกันเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานแตกต่างกัน¹⁷

2.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกันมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานแตกต่างกัน โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาในปฏิบัติงานช่วง 1 - 5 ปี มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่าช่วง 5.1 - 10 ปี และช่วง 10 ปีขึ้นไป อาจเป็นเพราะระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากกว่าทำให้มีประสบการณ์มากกว่า ปรับตัวได้เร็ว รอบคอบและจัดการปัญหาและความเครียดได้ดีกว่า จึงเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวดี สุมาลัยที่ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสถาบันบาราศนราดรุ พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานแตกต่างกัน¹⁵ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของดุขฎิ อุดมอิทธิพงศ์ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่า พยาบาลที่ทำงาน 1 - 5 ปีแรก มักมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานมากกว่า¹⁸

2.3 แผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาด

ของโรคโควิด 19 ที่ปฏิบัติงานแผนกต่างกัน มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานแตกต่างกัน โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน (ER) มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่าแผนกอื่นๆ อาจเป็นเพราะห้องฉุกเฉินต้องทำงานแข่งกับเวลาเป็นอย่างมากแต่ละนาทีคือโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังทำงานกะตึก บางครั้งต้องอยู่เวรตึกช่วง 8.00 - 24.00 น. โดยบริบททำให้ไม่ได้พักผ่อนเท่าแผนกอื่นๆ เกิดปัญหาการนอนได้ ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังตามมา และไม่สามารถจัดการได้ เกิดซ้ำๆ ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้มากกว่าแผนกอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา แยมมาที่ศึกษาปัญหาการนอนหลับ ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า แผนกที่ปฏิบัติงานมีผลกับปัญหาการนอนหลับทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เช่น แผนกฉุกเฉิน เป็นต้น¹⁹

2.4 จำนวนชั่วโมงในการทำงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่างกันมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะพยาบาลส่วนมากที่ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยใน (IPD) ซึ่งปฏิบัติงานเป็นกะๆ ละ 8 ชม. และบริบทการทำงานเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่มีลักษณะงานเป็นวิชาชีพที่มีการทำงานเป็นทีมที่มีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำงาน ทำให้พยาบาลที่มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่างกันมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของวรภรณ์ เลิศวิไลย์ ทำการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการ

ทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเทคนิคการแพทย์ ในกรุงเทพมหานคร จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานที่มากมีโอกาสมากในการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้มากกว่า²

สรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี และทำงานอยู่ในแผนกหอผู้ป่วยใน (IPD) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงานที่ต่างกันมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่างกัน มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญกับพยาบาลวิชาชีพ ให้ทำงานสอดคล้องกับความเชี่ยวชาญ มีสัดส่วนภาระงานที่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาภาระงานมากเกินไป ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 20-29 ปี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปีมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นผู้บริหารองค์กรควรให้ความสนใจกับพยาบาลกลุ่มนี้ในการรับฟังความคิดเห็นและให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการปรับตัวและปัญหาในการทำงาน โดยอาจจัดอบรมให้ความรู้และมีการจัดระบบพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำงาน จะช่วยลดภาวะเหนื่อยล้า

ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งภาวะเหนื่อยล้าในด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษางานวิจัยในเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยทำการขยายงานวิจัยเพิ่มเติมไปยังบุคลากรสายงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หัวหน้าการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกต่างๆ รวมถึงบุคลากรทุกคนที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนจนวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

References

1. Hui DS, Azhar EI, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Int J Infect Dis.* 2020;91(2020):264–6.
2. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed.* 2020;91(1):157–60.
3. C. Elizabeth. “Thailand confirms first case of Wuhan virus outside China”. [Internet]. 2020 [cited 2020 April 11]. Available from: <https://www.scmp.com/news/hongkong/health-environment/article/3045902/wuhan-pneumonia-thailand-confirms-first-case>.
4. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the

- COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020;288(6):112936.
5. Department of mental health. Department of mental health joins hands with Sathiantham, a mental rehabilitation center for medical personnel workers in the COVID-19 situation and at-risk groups of people to create a prototype for the Bangkok area. [Internet]. 2020 [cited 2020 April 11]. Available from: https://th.rajanukul.go.th/_adminfile-downloadFM-9372-1591591285pdf. (in Thai).
 6. Wannarit K. Burnout syndrome. [Internet]. 2020 [cited 2020 April 11]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1385>
 7. Cheaplamp S, Dangdomyouth P. Burnout Syndrome. *Royal Thai Air Force Medical Gazette.* 2020;65(2):44–52. (in Thai).
 8. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(2):649–61.
 9. Chutharat Saelor SP. Factors affecting job burnout of professional nurse in Suratthani hospital. 2017;9(2):95–103. (in Thai).
 10. Ezenwaji IO, Eseadi C, Okide CC, Nwosu NC, Ugwoke SC, Ololo KO, et al. Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses: Implications for administrators, research, and policy. *Medicine Baltimore.* 2019;98(3):e13889.
 11. Songbundit A. Factor affecting teacher burnout of teacher under the secondary education service area office 2 in Bangkok. *SWU Educational Administration Journal.* 2022;19(36):196-207. (in Thai).
 12. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021;77(8):3286–302.
 13. National News Bureau of Thailand. Many Filipino nurses resign amid COVID-19 outbreak that is intensifying [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://thainews.prd.go.th>. (in Thai).
 14. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. *Maslach burnout inventory: Consulting psychologists.* Palo Alto: CA Press; 1986.
 15. Sumalai P. The register nurses' burnout in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province.* 2021;29;4(2):66–78. (in Thai).
 16. Ge MW, Hu FH, Jia YJ, Tang W, Zhang WQ, Zhao DY, et al. COVID-19 pandemic increases the occurrence of nursing burnout syndrome: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 38 countries. *Nurse Educ Pract.* 2023;69:103643.
 17. Vanlop V, Soontorn S. Job burnout and related factors among pharmaceutical representatives of international pharmaceutical

- company. Thammasat Medical Journal. 2015;15(2):225–31. (in Thai).
18. Udomitthipong D, Keawyong K. Burnout syndrome among nurses. Journal of Somdet Chaopraya of Psychiatry 2014;8(2):40-53. (in Thai).
19. Yamma Ch, Lueboonthavatchai P. Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Journal Psychiatry Association of Thailand 2013; 58(2):183-96. (in Thai).
20. Lerdwilai W, Karnchanatawan B. Job burnout and related factors among medical technologist [Dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai).

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพใน สาวจัดฟันในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

กิตตินันท์ ศรีแสนต่อ* จุฑามาศ ไชยผิง** นริศรา แก้วสอนดี*** สุทธิดา ทองเชิดชู****
ทิภากร พุ่มเนลา***** วรยุทธ นาคอ้าย*****

บทคัดย่อ

บทนำ: การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้จัดฟันที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อสูงในช่วงสถานการณ์ระบอบการกักกัน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสาวจัดฟันโดยมุ่งศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาคั้งนี้คือสาวจัดฟันแบบติดแน่น จำนวน 11 คน โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลมีความอิ่มตัว และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการจัดกลุ่มแก่นสาระ

ผลการวิจัย: ประสบการณ์และผลกระทบของสาวจัดฟันสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ผลกระทบด้านสุขภาพพบว่าเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้แก่ มีแผลในช่องปาก มีการเกะของคราบหินปูน ปัญหาการโยกของฟัน และฟันล้ม และมีความเครียดและความวิตกกังวลสืบเนื่องจากการไม่ได้รับการรักษาตามแผน 2) ผลกระทบด้านการเงินทำให้ไม่สามารถจุนเจือครอบครัว และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและครอบครัวลดลง และยังส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาที่ไม่เป็นไปแนวทางที่กำหนดและต้องใช้เวลาในการรักษาและการจัดฟันนานมากขึ้น

สรุป: การวางแผนชีวิตทั้งด้านการเยียวยาร่างกาย จิตใจ การจัดการเรื่องการออมทรัพย์ และการสนับสนุนสวัสดิการ อาจเป็นแนวทางหนึ่งของการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาของทันตแพทย์น้อยลง

คำสำคัญ: โควิด-19 สาวโรงงาน ผลกระทบด้านสุขภาพ การจัดฟันแบบติดแน่น

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกลางนา จังหวัดราชบุรี

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระต๊อบ จังหวัดนครปฐม

*** โรงพยาบาลนายายอาม ตำบลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

**** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

***** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้พิมพ์ประสาน : วรยุทธ นาคอ้าย, E-mail: worayuth@scphc.ac.th

A qualitative study of experiences and health impacts from COVID-19 pandemic in females wearing orthodontic devices

Kittinan Srisantor* Juthamat Chaipong** Naritsara Kaewsondi*** Sutthida Tongchoedchoo****
Thipakorn Phumchalao***** Worayuth Nak-Ai*****

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has had a significant impact particularly on groups requiring continuous dental treatment or management. This is because they are at a higher risk of infection and transmission during dental procedures.

Objectives: To explore the experience of the health impacts of close-set braces in women and the impact on dentists' treatment plans during the COVID-19 pandemic.

Methodology: The study involves 11 key informants with tightly arranged braces, selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews until saturation was reached. Data analysis utilized content and thematic analysis techniques.

Results: The experiences on individuals health impacts among female wearing orthodontic devices be concluded into 2 aspects: 1) Health-related impacts, including oral health problems due to prolonged brace wear, such as mouth sores, plaque accumulation, tooth mobility, and tooth loss. Additionally, those affected experienced COVID-19-related symptoms and mental health issues, such as stress and anxiety, due to a lack of planned treatment. 2) Financial impacts emerged as a primary concern for individuals with braces, affecting their ability to support their families and diminishing relationships with friends and family during the pandemic. There was an impact on treatment plans, which revealed deviations from the planned treatment and extended treatment times.

Conclusions: Life planning encompassing physical and mental wellbeing, financial management, and welfare support may be a potential solution to address the challenges. This could significantly reduce the impact on dental treatment plans, providing dentists with more manageable scenarios.

Keywords: COVID-19, factory workers, health impact, orthodontic device

* Public Health Technical Officer Nong Klang Na Tambon Health Promoting Hospital, Ratchaburi Province

** Public Health Technical Officer Krateep Tambon Health Promotion Hospital, Nakhon Pathom Province

*** Public Health Technical Officer Nayaiam Hospital, Chanthaburi Province

**** Public Health Technical Officer Health Promotion Hospital Bankhaohin, Chonburi Province

***** Sirindhorn College of Public Health, Faculty of Public Health and Allied Health Science, PBRI.

Corresponding Author: Worayuth Nak-Ai, E-mail: worayuth@scphc.ac.th

Introduction

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a contagious disease in severe acute respiratory syndrome and is a novel strain of coronavirus. The outbreak began in December 2019¹ and spread to countries in all regions throughout the world, constituting the worst crisis in decades². The World Health Organization has assessed the situation and observed the COVID-19 outbreak was spreading fast, resulting in fears. On January 30, 2020, the outbreak was declared a Public Health Emergency of International Concern, recommending all countries to conduct surveillance, prevention and control of the disease.

The government formulated public health policies to cope with and reduce the spread of COVID-19 through the emergency decree, "Stay at Home, Stop the Virus, for the Nation" on March 26th, 2020. A travel bans and curfew including closing department stores, public places and establishments at high risk of COVID-19 were enforced. The measures directly and indirectly affected people in all dimensions, including the economy, society, health and security in life while other issues resulted in the closure of establishments and industrial estates due to employment concerning implementing relevant measures. Especially in Chonburi with many tourist attractions, crowds formed in the province. Moreover, Chonburi is also an industrial estate area where people of working

age groups live in a dense proportion, causing the epidemic situation in Chonburi to increase in the number of people testing positive. Tourist attractions and industrial estates included with dental clinics had to close and shut down, resulting in unemployment, reduced employment among low-income workers and affected to loss follow up in females wearing orthodontic devices also³.

The COVID-19 outbreak directly affected the healthcare system and patients. The study by Cotrin et al.⁴ informed that the quarantine and coronavirus pandemic showed to have impact on orthodontic appointments and patients' anxiety. Patients willing to attend an orthodontic appointment presented significantly lower level of anxiety than patients that would not go or would go only in urgency/emergency. Females were more anxious than males about coronavirus pandemic, quarantine and impact on their orthodontic treatments. Delay in treatment was the greatest concern of patients undergoing orthodontic treatment. As for the case of oral and dental diseases, the risk of increasing severity of the disease due to delayed treatment including an infectious disease from the teeth, gingivitis, periodontitis, and dental caries could also be severe⁵. Dental professionals providing care have a high likelihood of coming into close contact with patients especially patient wearing orthodontic devices that has long time to treatment⁶⁻⁷. Dentists are exposed to

respiratory droplets which can impact the provision of dental services. This has led to concerns and anxiety among some patients who avoid seeking dental treatment, causing them to miss regular care. Additionally, there are financial losses incurred due to unemployment, which further prevents individuals from accessing dental clinics⁸.

Orthodontics is a form of “beauty” that is popular in today's society for both women and men and is more popular due to the advanced techniques in methods and science. Lagorsse and Gebeile-Chaut⁹ concluded that adolescent females were a relatively frequent group of orthodontic patients due to their aesthetic needs, leading to a greater need for orthodontic treatment than males¹⁰. The study preliminarily analyzed the service recipient database and interviewed dentists at a dental clinic in Chonburi, reporting that those receiving metal brace orthodontic services at the dental clinic during June 2022 were aged 24 to 34 years old. Most were female or 52% working in Amata Nakorn Industrial Estate, Chonburi. During the COVID-19 pandemic, most patients did not receive treatment nor continue the follow-up according to the disease control measurements.

The impact of the COVID-19 pandemic, although currently controllable, has multifaceted effects on the quality of life and oral health of individuals undergoing orthodontic treatment. Some individuals recovering from COVID-19 may experience long COVID, affecting both

physical and mental well-being⁴. Especially, in people who wearing orthodontic devices had impacted on orthodontic treatment, delays in orthodontic appointments and longer waiting times for treatment have been observed. While, accessing dental care during the pandemic may pose challenges, leading to increased oral health problems¹¹.

Moreover, females were more concerned than males about the pandemic, causing postponed appointments, resulting in delayed treatment in orthodontics. This was the biggest problem among patients experiencing orthodontics¹²⁻¹³. Due to this emerging disease and popular orthodontics, the researchers are interested in studying the health impacts, including direct, indirect and cumulative effects on females wearing metal bracket orthodontic devices working in industrial plants and the dentists' treatment plans during the COVID-19 epidemic at a dental clinic in Na Pa Subdistrict, Mueang District, Chonburi. Therefore, this study aimed to explored the experience and the health impacts on females who wore metal bracket orthodontic devices working in industrial plants during the COVID-19 pandemic.

Methodology

This research constitutes phenomenological qualitative research.

Study instruments

The instrument was the semi-structured interview created by the

researchers that covered the research problems, including personal information, and community context, reasons for orthodontics, impacts on physical, mental, social and economic dimensions during the COVID-19 outbreak, and the impact on the treatment and orthodontics to better understand the meaning of the concept and values of women with metal braces. The content validity was examined by two experts having experience in COVID-19 management to give some suggestion about the question that related to health and social impact. While, a dentist with experience in orthodontics who is not part of the study group suggested about the question for the treatment effect. The instrument which was adjusted accordingly based on feedback and the language used was checked before leading to building an understanding of qualitative research data collection in the research team.

A team of researchers concluded, reflected and asked key informants to provide additional information. The question guidelines were flexible and provided informants the opportunity to express or tell stories of life experiences and independent perspectives on illness. The research team used "Thai" as the main language to create a mutual understanding and friendliness between the researchers and the informants.

Key informants

Total, 11 key informants with purposive

sampling were women with metal brace orthodontic devices at a dental clinic in Na Pa Subdistrict, Mueang District, Chonburi and working in industrial plants in Amata Nakorn Industrial Estate. Who's experienced with orthodontic and working during December 2019 and the COVID-19 pandemic. The data were collected in August 2022.

Ethical considerations

This research's human research ethics has been certified by the Human Research Ethics Committee, Sirindhorn College of Public Health, Chonburi, according to the approval letter No. COA.NO 2022/S22 dated July 22, 2022.

Data collection

After the approval of Human Research Ethics Committee, the research team made an appointment with the volunteers through the dental clinic owner for an interview. After, the research team introduced themselves and clarified the objectives of the study with the consent of the volunteers. The data were collected by informal interview. All researchers were trained in qualitative research technique with interview and non-participate observation by advisor at Sirindhorn college of public health Chonburi, and practice again by using research interviewing guideline in comparable sample before study in field. Two researchers jointly asked for discussion, reviewed, reflected and examined the informants' understanding. Permission was requested to record audio during the discussion. The

researchers took 60 minutes to complete one interview. All interviews were conducted at appointment points, such as a coffee shop or a dental clinic to facilitate the convenience of informants and their relatives and to create a sense of privacy for the informants. Data collection is conducted through individual in-depth interview one time per case but in case of uncompleted information the researcher makes an interview again by mobile phone until comprehensive and rich data is obtained. In this study, the total of 11 key informants gave the data with saturation and richness for analysis.

Data analysis

The preliminary data were analyzed instantly during the interview to create follow-up or secondary questions during the conversation. The analysis after the interview was a discussion among the research team members, the volunteers and the dentist. Finally, the researcher transcribed the data obtained from the interviews for synthesis and interpretation, aiming to extract meaning based on the research objectives. Following Krueger's approach¹⁴, the researcher will consider similarities and differences in the data to organize and reduce unnecessary information. Subsequently, the researcher will interpret the data, attempting to derive meaning and identify connections among the presented information¹⁵. Through this interpretative process, the researcher can generate conclusions from observed phenomena

and find connections or relationships among the sub-conclusions.

Results

1) Background of Female Factory Workers and Orthodontics

As for interviews with 11 key informants, all migrated to work in Chonburi for different reasons. The decision to migrate caused changes in social roles from students or female farmers living in provincial areas to factory workers. The reasons for the transition to industrial can be divided in four reasons, namely, 1) seeking a job after graduation, 2) moving influenced by a lover, 3) moving to live with relatives and 4) moving influenced by higher earnings. In this transition, all had a similar purpose which was "finance" to obtain a job with a huge salary, but they had to exchange for sleep deprivation and living a hurried life to eat and go to the toilet. For some factories, they may have to stand all night to work to earn enough money for personal expenses, including orthodontics and monthly family expenses.

They offered two reasons they received orthodontics. (1) They had the inherent abnormality of the teeth, oral anatomy and facial structure, including problems with the abnormal alignment of teeth, overlapping teeth, crooked teeth and misaligned teeth which affected their lives. These were the main reasons for deciding to have metal braces "*I have a lot of problems with an overlapping*

lower tooth making it difficult to clean.” (F2, August 23rd, 2022) and (2) they wanted to enhance their confidence and to have satisfactions with their appearance. Therefore, orthodontics would help the teeth that are stacked to be beautifully realigned. It can impair oral health and enhance confidence in socializing. “When I smile, it’s not pretty - I dare not smile and talk.” (F1, August 21st, 2022)

2) The experience form COVID-19

The experience on health impacts during the COVID-19 outbreak depicted the relation of the impacts on the individual through direct, indirect impacts. Multiple impacts were observed. Female factory workers who wore orthodontic devices had impacts in terms of physical and mental illness; mouth ulcer, plaque accumulation, tooth mobility, and tooth loss and some long covid symptom such as dyspnea and cough. Social aspects, due to the lockdown measurement especially the regulation to social distancing and limitation of travel, affected to them relationship either her partner or their parent. Financial aspects; the decreased income affected directly to the them capacity for treatment pay, including their family economy as well. Such impacts were like a domino effect on their health, orthodontic plan, their family and social relationship.

Impacts also had a causal relation to the co-occurring factors. The pattern of such relation involved a "messy" connection or a complex systematic relationship. The health

impacts on women with metal braces during the COVID-19 outbreak were divided in two parts as described below.

2.1) Physical illness: there was a direct impact refers to the impact of the COVID-19 epidemic that directly causes problems for both physical and mental health. The mechanisms of COVID-19 deteriorated health. Even after being cured of the disease, health status was difficult to return to normal conditions. It also results in a mental state of fear and awkwardness to face the epidemic, including being quarantined and witnessing people dying from the disease. These have a deteriorating impact on their mental and physical health.

Physical Illness: For those testing positive, the most common symptoms included fever, cough, tasteless tongue, odorless nose and fatigue. After being cured, abnormal symptoms remained such as cough and dyspnea. To prevent infection, it became necessary to wear a mask every time. Especially the hot weather caused facial skin and oral health problems. While the limited time to go to the toilet at the factory, some female factory workers developed cystitis, causing unclean brushing and more tartar as well. as follows;

“I have to wear a mask all the time that causes acne.” (F1, August 28th, 2022)

“I got COVID from my boyfriend. It’s made me feel tired, panting and coughing all the time until today.” (F9, September 12th, 2022)

The women with orthodontics need more oral health care and always to check up and treatment. Since in the pandemic, all dental clinic has closed, it affected to them lose follow up and miss appointment. Some of them had oral health problems such as mouth sores, plaque accumulation, bad breath, tooth mobility, and tooth loss as the mention;

"In the severity pandemic, the dental clinic was closed, I have ulcer in my mouth many time." (F11, September 12th, 2022)

"I had a problem with bad breath and tooth mobility in the period of closed clinic." (F7, September 5th, 2022)

- Mental Illness: Due to the COVID-19 outbreak with an increasing number of infections and deaths, everyone became afraid of the news and people around them. Owing to uncertain and severe events, a feeling of insecurity in life progressed and they still felt uncomfortable with the COVID-19 situation. To protect themselves they did not go out to meet friends or family members and didn't want to take off a mask in public, especially in the toilets in busy factories, causing inconvenience for oral cleaning. Moreover, when testing positive to COVID-19; they needed to be treated and quarantined for several days, resulting in boredom and inner agitation. *"I feel scared, and fear that it will not recover because many deaths were reported in the media"* (F6, August 21st, 2022)

"I feel worried. It's not just infection. But the income has decreased while expenses

have remained constant and even increased when it came to purchasing personal protective equipment. No need to ask if I have money to pay for orthodontic treatment in installments." (F10, September 9th, 2022)

- Change treatment Plan: The COVID-19 epidemic caused many patients to fear receiving treatment due to contracting the disease from the dental clinic, including the tools or the dentist's equipment that were unclean, unsafe and unsterilized. People, affected by the epidemic, faced problems related to daily expenses, i.e., they had no money to follow up. The postponement of appointments was likely to affect the adjustment of the treatment plan. As a result, patients lost more money and time. Especially orthodontics requires a visit every 4 to 6 weeks; thus, missing the appointment may be more detrimental if orthodontic rubbers are not replaced as scheduled, causing deterioration. As a result, the tooth alignment would not advance according to the plan, causing the tooth to move, creating tooth gaps and not dissolving the root. Also, the patient would have difficulty chewing food and the body would deteriorate faster from the lack of vital nutrients.

"After the clinic opened, I didn't go to my appointment. Because the income is not enough to pay for treatment so the appointment was postponed. The dentist said my teeth were loose and likely to fall. The doctor had to change the material and delayed treatment. It

was a serious problem. (F1,6,9,10, September 9th, 2022)

Moreover, the oral health problems encountered by the woman with braces are as follows: dislodged brackets and wire poking gums that affected to increased risk of oral ulcers. The preventive measures and mask-wearing associated with the COVID-19 pandemic might make oral care more challenging and this situation can make it difficult to maintain regular oral hygiene practices. While, gum problems were the result of swelling and inflammation: Lack of proper cleaning or challenges in maintaining oral hygiene may contribute to swollen and inflamed gums, bleeding during brushing which vigorous brushing due to the presence of braces may lead to bleeding gums and could be sign of Gingivitis and early stage of gum diseases. The combination of issues, including bleeding gums and increased risk of decay, could contribute to a higher risk of tooth loss as the mention;

“During that time, I had problems with rubber bands and a lot of bleeding. Regarding brushing my teeth incorrectly because I just recently had braces.” (F8,F9, September 12th, 2022)

2.2) Financial and social impact, there was indirect impact refers to the change of aspects affecting various health factors until they modify health. The changes from the COVID-19 outbreak that caused and impact on health, family members and the economy.

- Access to Public Health Services: The increasing number of people contracting COVID-19 resulted in a crisis of insufficient beds for patients. They could not figure out where they should go when they tested positive. During the first wave of the outbreak, female factory workers took medicine on their own with treatment according to folk wisdom, such as using herbs.

The government measure on the closure of services or workplaces causing people to gather or to remain at risk of spreading the disease, directly affected “women with orthodontic devices” through a lack of treatment according to the treatment plan. This caused a period of orthodontic treatment to be postponed or anxiety from going to the clinic and risking contracting COVID-19. As a result, the female factory workers avoided traveling to receive services according to the dentist's treatment plan as the mentions;

“I and my boyfriend were infected with Covid during the severe outbreak. Hospitals and field hospitals are full. Ultimately, I must preserve and take care of myself.” (F9, September 12th, 2022)

*“When I was infected, I had to buy medicine to take myself. Especially, must find the *Andrographis paniculata*.” (F2, August 23th, 2022, F7, September 5th, 2022)*

- Social Relations: The government measure on social distancing led to a factory policy that limited the number of people working and set measures and lifestyle in the factory

to ensure safety and reduce the risk of spread in the factory or from outside into the factory. strict regulations made the relationship of colleagues distant from each other due to and fear of contracting the disease. Social measures with social distancing and staying at home quarantine caused boredom and awkwardness and deteriorated relationships with family and colleagues. This resulted in difficulties in working under the epidemic situation as the mention;

“During the outbreak, relationships between my boyfriend, my friends have disappeared. Because my boyfriend works in another factory, he must follow the measures of his factory. Each side is afraid of each other.” (F4,F6 September 3rd, 2022)

- Financial Impact: Economy and income of the female factory workers have declined from decreased salaries and overtime pay, and some people were affected by the factory shut down and reduced staff, resulting in lower income. They had to use their savings They cannot send money back home. They did not go to the doctor for appointments because the government measuring that purpose to stop the outbreak and moreover, they fear infection. Many people avoided treatment from government agencies to cover up illnesses that would affect jobs and money according to the factory's policy to force the patients testing positive to leave work.

Since the outbreak of COVID-19, factories have shifted employment contracts from full

time to day-to-day. Workers did not receive (enough) welfare. Overtime payment was also decreased. This reduced the income of the working age group, resulting in insufficient money. Due to regular follow up of metal brace orthodontic devices, they avoided dental services at the clinic. Appointment was postponed for 1 to 2 months, resulting in a lack of insurance. Some people may have had problems with their oral and dental health as the mentions;

During that time Factories have limited workers and OT. Income has been cut in half. So, it affected the expenses in daily life. Home support and doctor's fees. (F1-11)

On the other hand, COVID-19 can have advantages in that female factory workers learned and adapted to the situation and social measures by finding ways to save money, “change themselves, travel less and save more money”. They needed to change their lifestyle, especially focusing on health, having time for themselves, taking care of themselves and being more cautious, “pay more attention to health and become a health coach.” (F2, August 23th, 2022)

Discussion

Impact from the COVID-19 Pandemic
Regarding direct impact with their physical illness, the COVID-19 epidemic directly caused problems for both physical and mental health. The effects of COVID-19 deteriorated health. Even after being cured of the disease, health

status was difficult to return to normal conditions. It also resulted in a mental state of fear and awkwardness to face the epidemic. This was consistent with the concept of health impact assessment¹⁶⁻¹⁷ for both positive and negative impacts on public health that may arise from one or more policies, projects or activities. From this study, apart from female factory workers, directly affected physically by COVID-19, a part of the impact was directly affected by the implementation of government, factory and clinical policies affecting the health of women with metal braces working in a factory to reduce the impact on health. Alternative were considered for receiving dental services for women with metal brace orthodontic devices working in industrial plants and adjusting the dentist's treatment plans in accordance with the epidemic to reduce the risk factors associated with the disease. Further, threats to the health of women with metal braces working in the factory included environmental, economic, social and behavioral factors, which caused physical, mental, social and spiritual health impacts.

The financial and social impact, the indirect impact was a result of increasing socio-economic changes including the outbreak of COVID-19. This was consistent with the Social Impact Assessment (SIA) as the impact of the project on the community of people living in SIA, including changes in societies, economy, culture and quality of life¹⁸. The findings revealed the impacts of the COVID-19

epidemic on female factory workers in terms of socio-economic impacts, resulting in the crisis of patients with COVID-19 and the need to stay at home. Due to COVID-19, the government has issued measures and the factory implemented measures to prohibit the removal of masks, talking while eating, keeping their distance and restricting people using the bathroom. This caused changes in the lives of people in the factory. The relationships with family members and colleagues worsened. Under the spread of COVID-19, state and clinical measures were used to control the disease to reduce the social impact. It was also used to consider options to receive dental treatments for women with metal brace orthodontic devices working in industrial plants and to adjust the dentist's treatment plans according to the epidemic, including minimizing the impact on female factory workers as much as possible. This agrees with research of Manlae et al.¹⁸ conducted a study on the impact and adaptation of people during the COVID-19 epidemic in Nakhon Si Thammarat. The results showed that the working age group was mostly affected by the economy, causing their incomes to drop. While in the United State, the COVID-19 pandemic had a broad and significant impact on patient care and financial aspects¹⁹.

Even though the Covid outbreak has subsided, but the orthodontist's psyche by the infection and the loss of a colleague

remains including the effects of unemployment. Impact of loss of income it also results in accumulated anxiety and stress in orthodontic women who must allocate enough money to complete the treatment as planned by the dentist. There was the accumulative impact refers to the impact from physical and mental impacts, including socio-economic conditions when faced with various problems, resulting in psychosis, paranoia or stress. It can result in both positive and negative outcomes. This was consistent with research by Cotrin et al.⁴ conducted a study on the impact of the COVID-19 pandemic on appointments and patients' anxiety about orthodontics. The results demonstrated that disease control measures and the spread of the coronavirus affected orthodontic appointments and patients' anxiety, and women were more concerned than men about the spread of the coronavirus¹¹.

Regarding the impact on the treatment plan, the COVID-19 epidemic caused many patients to fear receiving treatment due to contracting the disease from the dental clinic, including the tools or the dentist's equipment that were unclean, unsafe and unsterilized. People affected by the epidemic faced problems related to daily expenses. They had no money to see a dentist. The postponement of appointments was likely to affect the adjustment of the treatment plan. As a result, patients lost more money and time, followed by impacts on oral cavity problems. There was relating to the study of Bustati and

Rajeh.²⁰ reported that the COVID-19 pandemic has had a significant impact on orthodontic treatments. Almost every orthodontic patient had to stop attending their appointments, which put them in complicated situations and in fear of delayed treatment. Patients from a public clinic and patients with fixed appliances reported more problems than others. Moreover, Leela-adison²¹ found that during the COVID-19 outbreak since 2020, the number of patients receiving services in both Roi Et Hospital and the dental work group decreased due to the government's policy to prevent the spread by asking people to avoid traveling during that period. It may also be because patients still had concerns about the safety of coming to hospitals and some types of services that must be suspended.

Conclusions and Recommendations

The impact on social aspects or social relationships by specifying the number of workers, limiting the capacity of factories, and regulating the time spent in restrooms has positive effects on disease prevention and control. This leads to increased cleanliness and more widespread cleaning, especially in restrooms. Therefore, this measure can be adapted to reduce the risk of infection among factory workers. Moreover, it helps alleviate anxiety among workers when using restrooms. From the study, it was found that the impact on the treatment plan of dentists is the cost

incurred by women with braces who face problems due to unemployment and reduced income. The clinics' measures, such as installment payment plans and reduced expenses for patients treated at the clinic, lead to an increase in patients attending appointments. This contributes to the adherence to the treatment plan. Therefore, other clinics can adopt this installment payment plan to make it convenient for patients and ensure that dental treatment follows the established plan.

From this study, it is found that the impact affecting the treatment process for women with braces is financial problems. Therefore, it is advisable to conduct a study on the saving patterns and financial management of factory workers to cope with the health-related impacts in the situation of the disease spreading.

References

1. World Health Organization. Disease outbreak news: Covid-19 - China. [internet]. 2020 [cited 2022 Aug 6]; Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233>.
2. Sriwilai S, Thongsri R. The effects of the spread of COVID-19 pandemic on Thai tourism. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*. 2021;7(8):405-16. (in Thai).
3. Nasueb S. Social and economy impact from COVID-19 pandemic in global and Thailand [Research report]. Nonthaburi: IHPP, Division of Non communicable Diseases; 2021. (in Thai).
4. Cotrin P, Peloso RM, Oliveira RC, de Oliveira RCG, Pini NIP, Valarelli FP, et al. Impact of coronavirus pandemic in appointments and anxiety/concerns of patients regarding orthodontic treatment. *Orthod Craniofac Res*. 2020;23(4):455-61. doi: 10.1111/ocr.12395.
5. Chaicharoen P. Concern about severe and widespread oral and dental problems when Covid-19 lasts for a long time. [internet]. 2020 [cited 2022 May 29]; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/10/20288>. (in Thai).
6. Amato A, Caggiano M, Amato M, Moccia G, Capunzo M, De Caro F. Infection control in dental practice during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4769. doi: 10.3390/ijerph17134769.
7. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci*. 2020;12(1):9. doi: 10.1038/s41368-020-0075-9.
8. Promchinnawong W, Jansawang S, Deeraksa S, Jitpreeda W, Thanakanjanaphakdee W. Perspectives on dental services of the patients in the pandemic of Corona Virus (COVID-19) Thakhantho District, Kalasin Province. *Thai Dental Nurse Journal*. 2021;32(1):80-8. (in Thai).
9. Lagorsse A, Gebeile-Chaut S. Does gender make a difference in orthodontics? A literature review. *Orthod Fr*. 2018;89(2):

- 157-68. doi: 10.1051/orthodfr/2018011.
10. Prueitworanan A. Normative and perceived needs for orthodontic treatment of the 12-14-year-old students in Amphoe Muang Chiang Mai and Amphoe Muang Uttaradit [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2001. (in Thai).
 11. Department of Medical Services. Guidelines for the care and treatment of COVID-19. [internet]. 2022 [cited 2022 Sep 15]; Available from: <https://covid19.dms.go.th>. (in Thai).
 12. Dickson-Swift V, Kangutkar T, Knevel R, Down S. The impact of COVID-19 on individual oral health: a scoping review. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):422. doi: 10.1186/s12903-022-02463-0.
 13. Burgersdijk R, Truin GJ, Frankenmolen F, Kalsbeek H, van't Hof M, Mulder J. Malocclusion and orthodontic treatment need of 15-74-year-old Dutch adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991;19(2): 64-7. doi: 10.1111/j.1600-0528.1991.tb00111.x.
 14. Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1988.
 15. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Huberman AM, Miles MB, Editors. *The qualitative researcher's companion*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
 16. Karen L. Health impact assessment. *BMJ*. 2000;320(7246):1395-8. doi: 10.1136/bmj.320.7246.1395.
 17. World Health Organization. Health impact assessment toolkit for cities document 1 vision to action. [internet]. 2005 [cited 2022 Jun 4]; Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/101500/HIA_Toolkit_1.pdf.
 18. Manlae W, Prathum B, Kaew-On S, Chamnian K. Effects and adjustment of people during COVID-19 pandemic in Nakhon Si Thammarat. *Journal of MCU Nakhondhat*. 2021;8(11):327-40. (in Thai).
 19. Motevasel H, Helms LR, Eckert GJ, Stewart KT, Albright DA. The impact of the COVID-19 pandemic on U.S. orthodontic practices in 2020. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2022;161(2):198-207. doi: 10.1016/j.ajodo.2020.11.040.
 20. Bustati N, Rajeh N. The impact of COVID-19 pandemic on patients receiving orthodontic treatment: an online questionnaire cross-sectional study. *J World Fed Orthod*. 2020; 9(4):159-63. doi: 10.1016/j.ejwf.2020.10.003.
 22. Leela-Adisorn N. Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) epidemic on dental work. *Journal of Public Health*. 2021;30(3):404-10. (in Thai).

แนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

นิตติยา น้อยสีภูมิ*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินการวิจัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมที่ยังมีความสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก ความต้องการของตนเองให้กับผู้อื่นได้ ยังคงมีความสามารถในการจดจำหรือระลึกถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ และสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ บทความนี้รวบรวมข้อมูลความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและจากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ทำวิจัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถือเป็นกลุ่มเปราะบาง ที่ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยอันดับต้นๆ ผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามอาสาสมัครกลุ่มนี้ควรได้รับการปฏิบัติแบบเดียวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มอื่น ๆ บทความฉบับนี้เน้นถึงแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยคำนึงถึงประเด็นจริยธรรมที่ควรพิจารณา 6 ประเด็น ได้แก่ การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมงานวิจัยเชิงคุณภาพ การให้ข้อมูลการวิจัยและการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมการวิจัยและแนวทางการจัดการกับความเสี่ยง วิธีการดำเนินงานวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ และข้อควรตระหนักในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ทราบถึงมุมมอง ประสบการณ์ที่แท้จริงกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัย

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติที่ดี งานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นิตติยา น้อยสีภูมิ, E-mail: nittiya.n@bcnnv.ac.th

Received: May 21, 2023

Revised: December 18, 2023

Accepted: December 20, 2023

Good practice for conducting qualitative research with older people with early stage dementia

Nittiya Noysipoom*

Abstract

This article aims to demonstrate good practice for conducting research with older people with early-stage dementia who have real-life experience of dementia. They still able to communicate their own experiences, opinions, feelings, and needs to others. They are still able to remember or recall relevant information to the study and can decide to participate in the study. This article draws on information from a review of the literature related to studies involving older people with dementia and from the author's experiences conducting research studies with older people with early dementia.

Older people with early-stage dementia are considered vulnerable. The researcher must consider the sensitivity of the impacts of participating in the research study, including physical, mental, social, and spiritual aspects. However, this group of research subjects should be treated in the same way as other subjects. The aspects to consider include selection of participants to participate in a qualitative research study, providing study information and obtaining consent to participate in research, ethical risks in research and risk management, research methods, interview techniques, and considerations for conducting the research. All this to understand the perspectives, real-life experiences of living with early stage dementia, problems and needs of the older people with dementia who are the informants.

Keyword: good practice, qualitative research, older people with dementia

*Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchana Institute
Corresponding author: Nittiya Noysipoom, E-mail: nittiya.n@bcnnv.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นอีกหนึ่งปัญหาในผู้สูงอายุที่พบได้เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นประเด็นที่มีผู้ให้ความสนใจมากขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความคิดเห็นจากมุมมองของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักถูกมองข้ามไป เนื่องจากไม่แน่ใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ว่าสามารถเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด¹⁻² งานวิจัยที่ทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จึงเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ และกิจกรรมการทดลองซึ่งมักดำเนินการวิจัยในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางหรือระยะรุนแรง เนื่องจากเป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงชัดเจนแล้ว ถึงแม้ว่าบางงานวิจัยที่สอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมโดยใช้แบบสอบถามแบบเลือกตอบ แต่ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแล และยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบอกเล่าประสบการณ์ แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในอนาคตอยู่ในระดับน้อย¹⁻³

ปัจจุบันนี้นักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุข เริ่มเห็นความสำคัญของการเชิญผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมในงานวิจัย และพยายามเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็น หรือบอกเล่าประสบการณ์ของการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดความเข้าใจมุมมองของผู้สูงอายุมากขึ้น³⁻⁴ ด้วยเหตุนี้การดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เชิญผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นเข้าร่วมงานวิจัยจึงเป็นประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากสามารถเป็น

ตัวแทนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการบอกเล่าความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการวิจัยร่วมกับอาสาสมัครกลุ่มนี้ถือเป็นเรื่องละเอียดอ่อน¹⁻³ ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของผู้วิจัย และจริยธรรมการวิจัย เนื่องจากอาสาสมัครจำเป็นต้องได้รับการปกป้องสิทธิ์ ตั้งแต่เริ่มต้นการคัดเลือกอาสาสมัคร ไปจนถึงตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ประสงค์ในการนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ถ่ายทอดประสบการณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกที่แท้จริงของเขาได้ พร้อมทั้งนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดการกับความท้าทายและความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม⁵⁻⁶

เนื้อเรื่อง

ภาวะสมองเสื่อมพบมากในผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมอง ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติที่เกิดจากเซลล์สมองเสื่อมลง หรือเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยในระยะเริ่มต้น อาการที่พบบ่อย คือ อาการหลงลืม ซึ่งผู้สูงอายุมักคิดว่าเป็นอาการปกติในวัยที่มีอายุมากขึ้น ต่อมาอาจมีความผิดปกติที่ชัดเจนมากขึ้น จนทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ของตนเองนั้นลดลง เช่น การจดจำข้อมูล การคิดเลข การวางแผน การสื่อสารกับกลุ่มคน ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด และความสนใจในการเข้าสังคมที่ลดลงแต่ยังคงสามารถบอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้⁷⁻⁸ อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจะทำให้ภาวะสมองเสื่อมเริ่มเข้าสู่ระยะกลางได้เร็วขึ้น และมีอาการที่ชัดเจนขึ้น ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุจะเริ่มรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น มีปัญหาด้านการสื่อสาร การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุจะมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้ การดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่เจาะลึกจากความคิดเห็นและประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จึงถือเป็นการวิจัยที่มีประโยชน์มาก อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความสามารของของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเองด้วย⁹

บทความวิชาการฉบับนี้ถูกเขียนขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการสังเคราะห์ประสบการณ์ตรงของผู้เขียนจากการดำเนินการวิจัยกับอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้นทั้งในและต่างประเทศ โดยเน้นการศึกษาการมีชีวิตรอยู่กับภาวะสมองเสื่อมและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลที่ได้มาจากการสืบค้นงานวิจัย จากฐานข้อมูลวิชาการด้านสุขภาพและ

การสาธารณสุข โดยผู้เขียนเน้นการคัดเลือกบทความตามแนวทางของ PRISMA และเลือกใช้เฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพเท่านั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีการรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกระยะ แต่สำหรับการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นจะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลได้ชัดเจน และหลากหลายกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะอื่น อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ดังที่กล่าวมาข้างต้น นำมาสู่ข้อสรุปที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ตามประเด็นจริยธรรมที่ควรพิจารณา 6 ประเด็น ดังนี้

1. การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมงานวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัยแต่ละเรื่องจะมีการกำหนดลักษณะของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัย และปัญหาของการวิจัย เพื่อตอบคำถามการวิจัย หากผู้วิจัยต้องการศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่วนใหญ่จะคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเข้าร่วมการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากในระยะนี้ยังมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย มีความสามารถในการจดจำ เรียบเรียงข้อมูล และตอบคำถามได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะอื่น¹⁰ นอกจากนี้การประเมินสภาพสมองเสื่อมมักใช้แบบประเมิน MMSE MOCA ซึ่งหากผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่ามี

ภาวะสมองเสื่อมแล้วมักจะไม่มีการประเมินสภาพสมองซ้ำ เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ดังนั้นผู้วิจัยสามารถประเมินได้จากความสามารถในการจดจำข้อมูล เรียบเรียงข้อมูล หรือประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (The Clinical Dementia Rating: CDR) ได้

1.2 ผู้วิจัยอาจเป็นผู้คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง หรือหากมีการสมัครผ่านบุคลากรสาธารณสุขที่รู้จักและคุ้นเคยกับผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม บุคลากรสาธารณสุขอาจเป็นผู้ที่สามารถช่วยประเมินความสามารถในการเข้าร่วมการวิจัยเบื้องต้นได้¹¹ แต่ก็มีข้อควรระวัง คือ กรณีที่ผู้ช่วยคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัยอย่างแท้จริง ก็อาจคัดผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายออกจากความเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งๆ ที่อาจจะยังสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้¹² นอกจากนี้ ผู้วิจัยต้องเตรียมเอกสารแนวทางการคัดเลือกอาสาสมัคร พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยให้ผู้ช่วยคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใจอย่างถูกต้องแท้

2. การให้ข้อมูลการวิจัยและการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หลังจากผู้วิจัยคัดเลือกอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เรียบร้อยแล้วการได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมการวิจัยถือเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเป็นบุคคลที่มีความเปราะบาง และในบางราย

จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นอาจมีข้อจำกัดหรือความสามารถในการตัดสินใจ การสื่อสาร การจดจำข้อมูลลดลง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่สามารถให้ความยินยอมในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยได้¹³ ดังนั้นกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ควรมีแนวทางและข้อพึงระวัง ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องใช้เวลาในการอ่านหรือรับทราบข้อมูล และซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยและกระบวนการดำเนินการวิจัยอย่างเพียงพอ ดังนั้นก่อนที่จะขอความยินยอมผู้วิจัยจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย กระบวนการวิจัยโดยละเอียดครบถ้วน พร้อมกับอธิบายสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษา¹⁴ และการช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสม^{4,13} เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลวิจัยและใช้เวลาในการตัดสินใจว่าต้องการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยหรือไม่⁴

2.2 ผู้วิจัยจำเป็นต้องประเมินความสามารถในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยประเมินจากความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูล การจดจำข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งประเด็นการวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเรียบเรียงข้อมูล การตอบคำถาม และความเต็มใจในการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสังเกตและสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนที่จะมีการสัมภาษณ์ทุกครั้ง (ongoing consent)¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งหลังจากการขอความยินยอมครั้งแรกแล้ว ในครั้งต่อไปผู้วิจัยสามารถขอความ

ยินยอมด้วยวาจาได้ เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลของกลุ่มอาสาสมัคร

3. ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมการวิจัยและแนวทางการจัดการกับความเสียหาย
ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมการวิจัยที่ผู้วิจัยต้องพิจารณา อาจเกิดขึ้นในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจรู้สึกอึดอัดใจว่าเป็นความจำเป็นที่ต้องเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเนื่องจากได้รับเชิญจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นกรณีที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยไม่ควรแสดงตนว่าเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ หรืออาจจะต้องมีผู้ช่วยในการเชิญชวนประชาสัมพันธ์ และคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย ส่วนกรณีที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่สถานที่เก็บข้อมูล การแต่งกายที่จะช่วยให้แสดงถึงความเป็นมิตรและไม่กดดันผู้สูงอายุในการบอกเล่าถ่ายทอดเรื่องราวหรือแสดงความรู้สึกนึกคิด ไม่ควรเป็นชุดเครื่องแบบของการทำงาน แต่ควรเป็นชุดสุภาพที่ไม่ได้แสดงถึงการที่ผู้วิจัยมีสถานะที่อยู่ในการเป็นเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีความรู้สึกไวใจและสบายใจที่จะบอกเล่าเรื่องราว จะช่วยให้ได้ข้อมูลในมุมมองของผู้รับบริการที่แท้จริง

3.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องพูดถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง การเผชิญกับการวินิจฉัยทางการแพทย์และผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังทราบว่าเป็นตนเองมีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยควรใช้ทักษะ

เกี่ยวกับการประเมินความเครียดและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเพื่อให้คำปรึกษาและหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

3.3 ในระยะแรกของการให้ข้อมูล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจรู้สึกไม่มั่นใจ ต้องการให้มีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยในขณะที่มีการสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกอุ่นใจ¹⁵ อย่างไรก็ตาม การมีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะทำการสัมภาษณ์ อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจ และความต้องการการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องใช้ทักษะการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันหรือไม่ และใช้ทักษะการสัมภาษณ์ ที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจจากผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการใช้ชีวิต ประสบการณ์ การได้รับการดูแล หรือปฏิบัติจากครอบครัว

3.4 การรักษาความลับและการไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีความกังวลเกี่ยวกับข้อมูลของตนเองที่จะถูกนำไปเผยแพร่ต่อผู้อื่น ผู้วิจัยจะต้องแจ้งกระบวนการเก็บรักษาข้อมูลของผู้สูงอายุ และอธิบายถึงวิธีการเก็บรักษาข้อมูลเอกสารที่เป็นกระดาษ และไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้รหัสในการเข้าถึงข้อมูล ไม่ระบุชื่อผู้สูงอายุลงในแบบบันทึกต่าง ๆ ที่ใช้เก็บข้อมูล รวมทั้งข้อมูลการถอดเทปที่จะใช้รหัสหรือนามสมมติแทน¹⁶ ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับการรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครวิจัยที่มีความเปราะบาง เพื่อให้ไม่สามารถระบุตัวตนถึงผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตาม

เพื่อเป็นการเคารพในการตัดสินใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยต้องยอมรับว่าผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

4. วิธีการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย โดยเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องเก็บรวบรวม และนำเสนอภาพรวมของข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลจริง รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ หลายประเภท เช่น งานวิจัยปรากฏการณ์วิทยาซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง งานวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาที่ผู้วิจัยต้องอยู่ในภาคสนาม เพื่อศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรมการใช้ชีวิตของกลุ่มคนที่กำลังศึกษาอยู่ หรือแม้กระทั่งงานวิจัยแบบกรณีศึกษาที่เน้นการศึกษามุมมองการใช้ชีวิตของบุคคลอย่างลึกซึ้งในประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ¹⁷ เป็นงานวิจัยที่ผู้วิจัยมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึกของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมงานวิจัย และมีข้อมูลเพียงพอที่จะตอบคำถามการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจำเป็นต้องสำรวจมุมมองและรูปแบบในชีวิตประจำวันของบุคคลในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติที่แท้จริงของข้อมูล โดยใช้วิธีการพูดคุย สังเกต พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวบุคคลรวมไปถึงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะต้องสร้างความไว้วางใจให้แก่อาสาสมัคร โดยมีหลักการที่ควรคำนึงถึงในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย¹⁸⁻¹⁹ ดังนี้

4.1 ระยะเวลาของการเข้าถึงบุคคลในภาคสนาม ผู้วิจัยต้องค้นหาค้นหาบทบาทของตนเอง และเริ่มปรับตัว ทำความคุ้นเคยกับสถานที่ เพื่อ

เรียนรู้และทำความเข้าใจบริบทและสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุและครอบครัวอาศัยอยู่ โดยจะต้องลงพื้นที่เพื่อทำความคุ้นเคยมากกว่า 1 ครั้ง

4.2 การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ควรเริ่มจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคล สิ่งแวดล้อม และเป็นการเข้าถึงข้อมูลทั่วไปเบื้องต้น

4.3 เมื่อเริ่มมีการแสดงออกให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับอาสาสมัคร ผู้วิจัยสามารถทำการรวบรวมข้อมูลเชิงลึกได้มากขึ้น และเริ่มสัมภาษณ์ตามแนวสัมภาษณ์ที่วางแผนไว้โดยใช้ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และบอกเล่าข้อมูล เกี่ยวกับบริบท สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และความเชื่อของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

4.4 ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยต้องสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุขณะที่ทำการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามรถสนับสนุนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ และผู้วิจัยควรให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุหากประเมินแล้วพบว่ามีความต้องการการช่วยเหลือหรือสนับสนุนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากอันตรายบางอย่าง หรือเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยอาจส่งต่อปัญหาที่พบเจอให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่คุกคามถึงชีวิต เช่น ประเด็นการทารุณกรรมทางร่างกายหรือจิตใจ แต่ต้องขออนุญาตและขอความยินยอมจากผู้สูงอายุก่อน จึงจะสามารถส่งต่อประเด็นปัญหาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการ

ช่วยเหลือต่อไปได้ พร้อมทั้งเขียนรายงานไว้ใน การวิจัยด้วย

4.5 ระยะถอนตัวเป็นระยะที่สิ้นสุดการทำวิจัยและมุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัย อาจมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมได้หากพบว่า ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ แต่ควรแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบไว้ก่อน

5. เทคนิคการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นเรื่องท้าทาย และต้องใช้ทักษะเฉพาะ ยกตัวอย่างเช่น ทักษะ การเข้าถึงผู้สูงอายุ การประเมินสภาพแบบองค์รวม การสื่อสาร และทักษะทางการแพทย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม Murphy และคณะ²⁰ ได้เน้นย้ำและ เตือนนักวิจัยให้ตระหนักถึงความท้าทายและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วม การวิจัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย โดยเฉพาะการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องมีการ สัมภาษณ์เชิงลึก โดยเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมควรคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ดังต่อไปนี้

5.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยควรมีการ ฝึกซ้อมวิธีการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความรู้สึกมั่นใจ และสามารถปรับ หรือแก้ไขวิธีการสัมภาษณ์ ในขณะที่สัมภาษณ์จริงได้

5.2 การเตรียมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ควรให้ออกสารหรือ คู่มือการเข้าร่วมการวิจัย หรือแนวคำถามที่จะใช้ ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์จริง เพื่อให้อาสาสมัคร ได้มีโอกาสเตรียมตัวเข้าร่วมงานวิจัย เตรียมตอบ คำถาม และบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง²¹ อย่างไร ก็ตาม หากผู้วิจัยให้ออกสารคู่มือหรือแนวคำถาม

ไปแล้ว แต่ผู้เข้าร่วมบางรายไม่ได้เตรียมตัว ผู้วิจัย ควรสร้างสัมพันธ์ภาพและมีการเริ่มต้นบทสนทนา ในลักษณะไม่เป็นทางการ แล้วค่อยๆ เริ่มการ สนทนาที่เข้าสู่คำถาม

5.3 การเตรียมสถานที่ การเลือก สถานที่และการจัดสิ่งแวดล้อม สำหรับการ สัมภาษณ์ ควรให้อาสาสมัครเป็นผู้เลือกสถานที่ โดยเป็นที่ที่ผู้สูงอายุสะดวก รู้สึกปลอดภัย สบายใจ และมีบรรยากาศที่ไม่เป็นทางการมากเกินไป แต่ก็ ต้องปลอดภัยสำหรับผู้วิจัยด้วย การจัดสถานที่ สำหรับการสัมภาษณ์ควรจัดให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่ ผ่อนคลาย สะดวกสบาย เป็นกันเอง เพื่อกระตุ้น ให้อาสาสมัครบอกเล่าเรื่องราว ความรู้สึก ความ คิดเห็น ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับภาวะสมอง เสื่อม และการได้รับการดูแลได้เป็นอย่างดี ซึ่งจาก การศึกษาพบว่าบ้านของผู้สูงอายุเป็นสถานที่ที่ดี ต่อการให้สัมภาษณ์^{14,22-23} เนื่องจากผู้วิจัย สามารถสังเกตการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ^{15,21} นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจำนวนหนึ่ง ที่ ดำเนินการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล สถานพยาบาล²² หรือสถานรับดูแลระหว่างวัน (day care)¹⁵ ซึ่ง สถานที่ดังกล่าวนี้สามารถทำให้ผู้วิจัยมีความ เข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับชีวิตของกลุ่ม อาสาสมัครได้ อย่างไรก็ตาม การเลือกสถานที่ อาจขึ้นอยู่กับ การออกแบบการวิจัย ความจำเป็น ในการเข้าร่วมวิจัย ความเหมาะสมของสถานที่ และ ความสะดวกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย

5.4 หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวก ให้ข้อมูล ผู้วิจัยควรถามต่อว่าสามารถติดต่อ กลับมาใหม่ในโอกาสถัดไปที่อาสาสมัครสะดวก ได้หรือไม่²¹ เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสมองเสื่อม ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายจะอยู่ในระยะเริ่มต้น แต่อาจมีอาการหลงลืม และมีความรู้สึกสับสนเกิดขึ้นได้ในบางเวลา

5.5 ความเข้าใจในบริบทของผู้สูงอายุ อำนวยความสะดวก และกระตุ้นการสนทนา ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกสะดวกสบายที่จะนั่งคุยที่เปลญวน หรือนอนคุยบนเปลนอนเล่น เนื่องจากปวดหลังเวลานั่งนาน บางรายสะดวกที่จะนั่งรับประทานขนมและชกชวณผู้วิจัยด้วย เพื่อสร้างความเป็นกันเอง²¹ ดังนั้นหากผู้วิจัยพยายามใส่ใจในบริบทและความรู้สึกของผู้สูงอายุ อาจช่วยให้ผู้สูงอายุเริ่มมีความรู้สึกไว้วางใจและต้องการบอกเล่าข้อมูล

5.6 การบันทึกเสียง ผู้วิจัยต้องแจ้งแก่ผู้สูงอายุว่าจะมีการบันทึกเสียงก่อนการสัมภาษณ์ และวางเครื่องบันทึกเสียงไว้ในที่ที่ไม่เป็นจุดสนใจต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นธรรมชาติในการสนทนา

5.7 ผู้วิจัยควรอธิบายรายละเอียด ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยคร่าวๆ ทุกครั้ง ที่ทำการสัมภาษณ์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุจดจำ และระลึกรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยได้

5.8 การสัมภาษณ์ที่มีเพื่อนซึ่งเป็นผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยขณะทำการสัมภาษณ์ อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สร้างความรู้สึกสบายใจหรือมั่นใจโดยเฉพาะในครั้งแรกของการให้สัมภาษณ์¹⁵ ในทำนองเดียวกัน อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ปลอดภัย หากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี^{11,21} หรือมีการพูดแทรกและใช้คำพูดที่ทำร้ายจิตใจอาสาสมัครได้

5.9 การเริ่มต้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยควรเริ่มทำการสนทนาด้วยบทสนทนาที่ไม่เป็นทางการ²⁴ ซึ่งอาจเริ่มต้นด้วยคำถามเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของอาสาสมัคร สิ่งแวดล้อมต่างๆ บริเวณสถานที่ที่ทำการสัมภาษณ์ และความรู้สึกของผู้สูงอายุหลังจากได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม จากนั้นจึงเป็นการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิต และการได้รับการดูแลของบุคคล เพื่อเพิ่มความเข้าใจในมุมมองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัย เช่น ให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวการใช้ชีวิตร่วมกับการมีภาวะสมองเสื่อม

5.10 คำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ อาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ เมื่อการสนทนาดำเนินไป ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ต้องติดตาม นำไปสู่การตอบคำถามงานวิจัย หรือสามารถเชื่อมโยงหรือเป็นข้อมูลสนับสนุนประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบทสนทนาในแต่ละครั้ง

5.11 การสัมภาษณ์เชิงลึกอาจจำเป็นต้องใช้เวลานาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการตอบคำถามการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 30-60 นาที โดยที่ไม่รวมระยะเวลาของการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ^{14,24}

5.12 ผู้วิจัยควรทำการสัมภาษณ์มากกว่า 1 ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบความสอดคล้อง ความถูกต้อง และความครอบคลุมของข้อมูลในแต่ละครั้ง โดยการตรวจสอบข้อมูลจะเกิดขึ้นทุกครั้งเมื่อผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เสร็จ

การกลับไปสัมภาษณ์อีกครั้งถือเป็นการสอบถามเพื่อความกระจ่างของข้อมูลบางส่วน อาจไม่ใช่การถามคำถามเดิม ซึ่งผู้วิจัยอาจปรับเปลี่ยนคำถามให้เข้าใจง่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบอกเล่าเรื่องราวได้

5.13 การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งควรมีระยะห่างกันไม่เกิน 1-2 สัปดาห์ เพื่อไม่เป็นการรบกวนชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมากเกินไป และอาสาสมัครยังจดจำรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยได้

5.14 กรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถจำผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยอาจจำเป็นต้องมีเทคนิคที่ช่วยในการจดจำใบหน้าหรือลักษณะของผู้วิจัย เช่น การใส่ชุดเดิมที่เคยพบกับผู้สูงอายุตั้งแต่วันที่ทำการเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัย หรือใส่เสื้อกางเกง กระโปรงสีเดิมหรือรูปแบบเดิม ถือกระเป๋าหรือทำผมในลักษณะเดิม เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการสับสนในตัวเอง

6. ข้อควรตระหนักในการดำเนินการวิจัย

6.1 ผู้วิจัยจำเป็นต้องตระหนักถึงความพร้อมของอาสาสมัคร ในประเด็นของการสื่อสารว่าอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละครั้ง²⁴ รวมถึงความเหนื่อยล้าขณะเข้าร่วมการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการให้สัมภาษณ์ การทำแบบสอบถาม หรือแบบประเมินต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยต้องให้เวลาแสดงออกถึงความสนใจ เอาใจใส่ในเรื่องราวที่ผู้สูงอายุกำลังถ่ายทอด ทำความเข้าใจความหมายของข้อมูลด้วยการซักถามคำตอบอย่างอ่อนโยน ไม่เร่งรัดให้ตอบคำถามด้วยการนั่งนิ่งๆ เงียบ หยุดรอคำตอบให้ผู้สูงอายุใช้เวลาฝึก

และคิดว่าต้องการพูดอะไร และมีช่วงเวลาพักเพื่อให้ไม่รู้สึกกดดันหรือเร่งรีบในการสัมภาษณ์

6.2 การสร้างความไว้วางใจและลดความกดดันในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องตระหนักเสมอว่าการเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมงานวิจัยนั้น ไม่เพียงแต่ถามเพื่อต้องการข้อมูลเท่านั้น แต่ควรให้ความสนใจและเอาใจใส่ในเรื่องอื่นๆ ของผู้สูงอายุด้วย เช่น ความเป็นอยู่ทั่วไป สุขภาพของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว หรือเรื่องที่คุณสูงอายุต้องการบอกเล่า ผู้วิจัยควรรับฟังและอาจให้คำแนะนำในบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ หรือสิทธิและสวัสดิการต่างๆ ที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้

6.3 ในบางครั้งเรื่องราวที่ผู้สูงอายุถ่ายทอดหรือเปิดเผยอาจไม่สอดคล้อง หรือเป็นเหตุเป็นผลกัน แต่เรื่องราวเหล่านั้น อาจมีความหมายบางอย่างที่สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตอบคำถามการวิจัยได้ ผู้วิจัยอาจจะต้องฟังเรื่องราวเดิมซ้ำๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ ควรต้องสังเกตพฤติกรรมสีหน้า ท่าทาง และความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลด้วย

6.4 ความตรงของข้อมูล ผู้วิจัยต้องมีการสังเกตและตรวจสอบความตรงของข้อมูล ด้วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ตรงกันของข้อมูลที่ได้อาจมาในบางครั้ง ซึ่งบางข้อมูลอาจสอบถามจากญาติหรือผู้ดูแล แต่บางข้อมูลผู้วิจัยต้องใช้ทักษะการสังเกตจากสิ่งแวดล้อม หรือปฏิกิริยาของผู้สูงอายุในระหว่างการสัมภาษณ์

6.5 ผู้วิจัยควรตระหนักถึงความเสมอต้นเสมอปลายในประเด็น การพบปะ ความ

เอาใจใส่ในการรับฟัง ความอดทนในการหยุดรอ ฟัง การให้เวลาคิด และ ตัดสินใจแก่กลุ่ม อาสาสมัคร ตั้งแต่ก่อนเริ่มการศึกษาวิจัย จน สิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล²⁵ หากพบความ ผิดปกติควรพักการสัมภาษณ์ และ สอบถาม อาสาสมัครว่าต้องการพูดคุยต่อหรือต้องการพัก และสะดวกหรือไม่หากผู้วิจัยจะขออนุญาตสัมภาษณ์ ในครั้งถัดไป

สรุป

ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ถูกเชิญให้เข้าร่วม โครงการ โดยส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ หรือการวิจัยที่ดำเนินการวิจัยร่วมกับผู้ดูแลและ ญาติ แต่จากการวิเคราะห์งานวิจัย และการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและ ต่างประเทศ รวมถึงประสบการณ์ตรงของผู้เขียน จากการดำเนินงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมระยะเริ่มต้น สะท้อนให้เห็นถึงความ เป็นไปได้และแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเชิง คุณภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะ เริ่มต้น ซึ่งการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการ วิจัยจะต้องประเมินและคัดเลือกจากความสามารถ ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การสื่อสาร การ จัดจำข้อมูล อย่างไรก็ตาม ทัศนคติวิจัยก็ต้องมี ความตระหนักและพึงระวังในประเด็นความเสี่ยง ทางจริยธรรม และการปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถือเป็น กลุ่มอาสาสมัครที่มีความเปราะบาง ดังนั้นการ ได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยจึงเป็น

สิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีการ เปลี่ยนแปลงของความรู้สึกและ ความคิดได้ ตลอดเวลา จึงจำเป็นจะต้องดำเนินการวิจัยด้วยความเสมอต้นเสมอปลายและต่อเนื่องเพื่อให้ เป็นไปตามความประสงค์ของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมระยะ เริ่มต้นจะ สามารถพูดคุย บอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง แสดงออกถึงความรู้สึก และความต้องการของ ตนเองได้ แต่ก็มีอาสาสมัครบางส่วนที่มีปัญหาใน การจัดลำดับในการบอกเล่าเรื่องราว ใช้เวลาใน การแปลความหมายของคำถาม การคิดคำตอบ การหยุดการสนทนา และ/หรือพูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ดังนั้นผู้วิจัยควรให้เวลากับผู้สูงอายุในการบอกเล่า เรื่องราว และถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดได้แบบไม่ เร่งรีบในการตอบคำถาม รวมถึงต้องทวนคำถาม หรือพยายามบอกถึงหัวข้อที่กำลังสนทนายร่วมกัน กับอาสาสมัครในระหว่างการดำเนินการวิจัยอีกด้วย

References

1. McKeown J. Researching with people with Dementia. In: Liamputtong P, editor. Handbook of research methods in health social sciences. East Gateway: Springer; 2019.
2. Hughes T, Castro RM. A processual consent methodology with people diagnosed with dementia. Qual Ageing Older Adults. 2015;16(4):222–34.
3. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. New York: Open University Press;1997.

4. Higgins P. Involving people with dementia in research. *Nursing times*. 2013;109(28):20-3.
5. Scottish Dementia Working Group, Research Sub-Group, United Kingdom. Core principles for involving people with dementia in research: Innovative practice. *Dementia*. 2014;13(5):680-5.
6. Gove D, Diaz-Ponce A, Georges J, Moniz-Cook E, Mountain G, et al. Alzheimer Europe's position on involving people with dementia in research through PPI (patient and public involvement). *Aging Ment Health*. 2018;22(6):723-9.
7. Ljubenkov PA, Geschwind MD . *Dementia. Semin Neurol*. 2016;36(4):397-404.
8. Coope B, Richards FA. *ABC of dementia*. Chichester, West Sussex: Wiley- Blackwell; 2014
9. Bolt SR, van der Steen JT, Khemai C, Schols JMGA, Zwakhalen SMG, Meijers JMM. The perspectives of people with dementia on their future, end of life and on being cared for by others: A qualitative study. *J Clin Nurs* 2022;31(13-14):1738–52.
10. Risco E, Cabrera E, Farre M, Alvira C, Miguel S, Zabalegui A. Perspectives about health care provision in dementia care in Spain: A qualitative study using focus-group methodology. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2016;31(3),223-30.
11. Pratt R. 'Nobody's ever asked how I felt'. In: Wilkinson H, editor. *The Perspectives of people with dementia: Research method and motivation*. London: Jessica Kingsley;2002.
12. Bartlett H, Martin W. Ethical issues in dementia care research. In: Wilkinson H, editor. *The perspectives of people with dementia: Research methods and motivations*. London, UK: Jessica Kingsley;2002.
13. Hegde S, Ellajosyul R. Capacity issues and decision-making in dementia *Ann Indian Acad Neurol*. 2016;19(1):S34-S39.
14. Sutcliffe CL, Roe B, Jasper R, Jolley D, Challis DJ. People with dementia and carers' experiences of dementia care and services: Outcomes of a focus group study. *Dementia*. 2015;14(6):769-87.
15. Svanstrom R, Sundler AJ. Gradually losing one's foothold: A fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia*. 2015;14(2):145-63.
16. Portacolone E, Johnson JK, Covinsky KE, Halpern J, Rubinstein RL. The effects and meanings of receiving a diagnosis of mild cognitive impairment or alzheimer's disease when one lives alone. *J Alzheimers Dis*. 2018;61(4):1517-29.
17. Creswell JW. *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed methods approaches* fourth edition. Thousand Oaks: Sage; 2014.

18. Spradley JP. *The ethnographic interview*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning; 1979.
19. Fetterman DM. *Ethnography: Step-by-step fourth edition*. Los Angeles, Sage; 2019.
20. Murphy K, Jordan F, Hunter A, Cooney A, Casey D. Articulating the strategies for maximising the inclusion of people with dementia in qualitative research studies. *Dementia*. 2015;14(6):800-24.
21. Noysipoom N. *The needs of older persons with early stage dementia from their perspectives: An ethnographic study in northeast Thailand*. [Dissertation]. United Kingdom: The University of Hull; 2021.
22. Górska S, Forsyth K, Irvine L, Maciver D, Prior S, Whitehead J, et al. Service-related needs of older people with dementia: perspectives of service users and their unpaid carers. *Int Psychogeriatr*. 2013; 25(7):1107-14.
23. Johansson MM, Marcusson J, Wressle E. Cognitive impairment and its consequences in everyday life: experiences of people with mild cognitive impairment or mild dementia and their relatives. *Int Psychogeriatr*. 2015; 27(6):949-58.
24. Digby R, Lee S, Williams A. Interviewing people with dementia in hospital: recommendations for researchers. *J Clin Nurs*. 2016;25(7–8):1156–65.
25. Cridland EK, Phillipson L, Brennan-Horley C, Swaffer K. Reflections and recommendations for conducting in-depth interviews with people with dementia. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1774-86.



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
(BCN Non Health Science Research Journal)

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ดิฉัน นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....มีความประสงค์
ขอชำระค่าใช้จ่ายค่าตีพิมพ์ ดังนี้

ฉบับภาษาไทย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 5,000 บาท

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 6,000 บาท

ฉบับภาษาอังกฤษ

ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 8,000 บาท

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 9,000 บาท

ชำระเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) โดยชำระทาง

เงินสด ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

โอนเข้า เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วพบ.จังหวัดนนทบุรี

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนนทบุรี

ส่งหลักฐาน e-mail: bcnnjournal@bcnnon.ac.th หรือ Fax มาที่ 0 2526 2904 ถึง

กรุณาออกใบเสร็จในนาม

.....
.....

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสาร

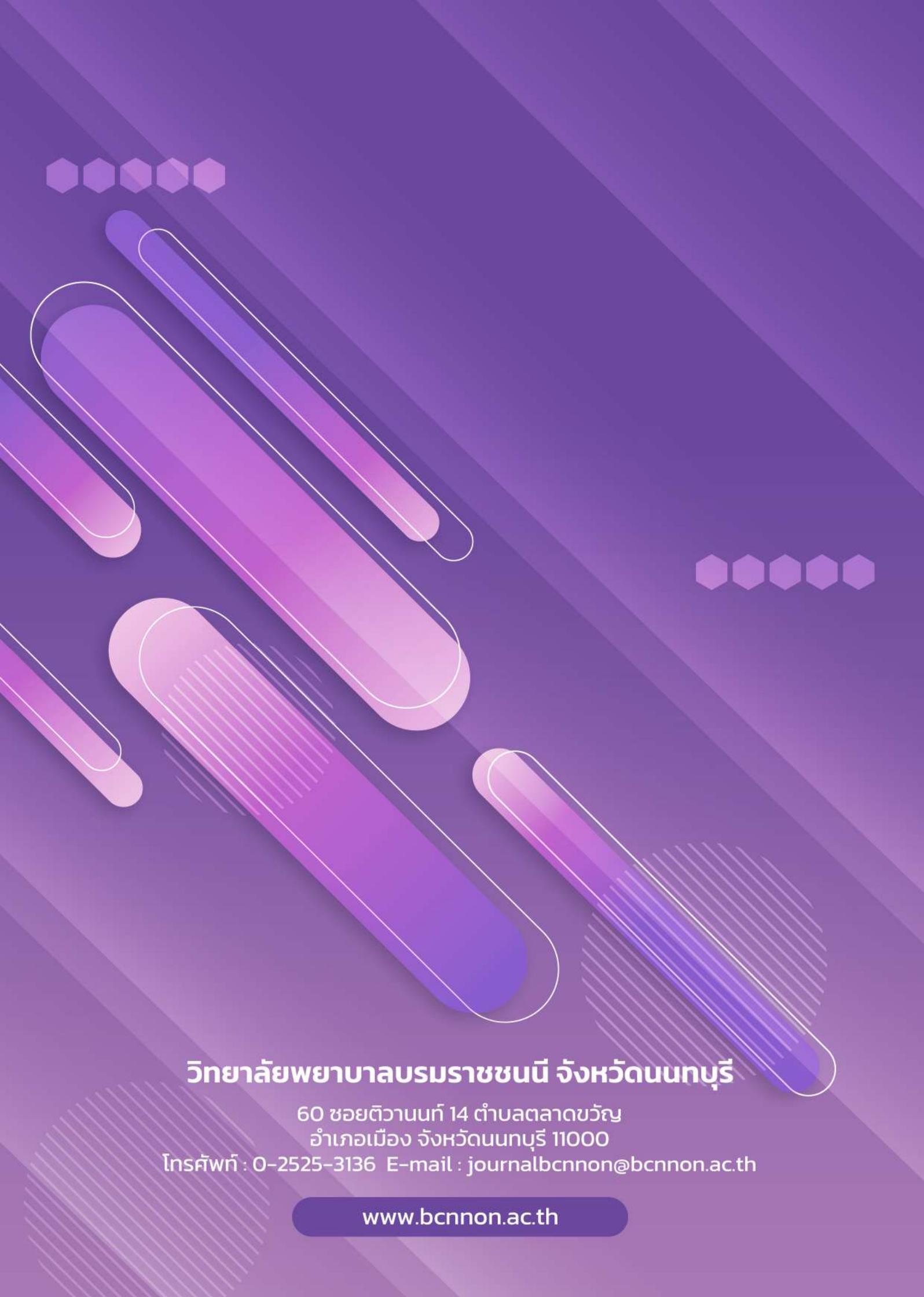
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ : บทความวิชาการ วารสารรับตีพิมพ์เพียง 2 เรื่องต่อฉบับ



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

60 ซอยติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

www.bcnnon.ac.th