Journal of Health and Nursing Research
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)
ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2563 Vol. 36 No. 3 September-December 2020

บรรณาธิการ	ดร.ขวัญตา บุญวาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
	ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผศ. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูง แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล
ดร.ศุกร์ใจ เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ดร.ณัฐวรรณ คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ผศ. ดร.นันทกา สวัสดิพานิช	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ. ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.กลีบแก้ว จันทร์หงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.ปฐมาภรณ์ ทองเติม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400
โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405
โทรสาร 0-2354-8251
e-mail: journalbcn@bcn.ac.th
http://www.tci-thaijo-org/index.php/bcnbangkok

วัตถุประสงค์:
1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และระสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ
ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา
อาจารย์ศศิวิมล บูรณะเรข
ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร 02-218-3557
cuprint@hotmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความบทความวิจัยและวิชาการ

Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2563 Vol. 36 No. 3 September – December 2020 ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

1.	พ.ต.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2.	รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3.	รศ.ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4.	รศ.ดร.นพพร ว่องสิริมาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5.	ผศ.ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
6.	ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
7.	ผศ.ดร.วรณวดี ณภัค	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8.	ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
9.	ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10.	ผศ.ดร.อรนุช ชูศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
11.	ผศ.ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
12.	ผศ.ดร.วรรณา พาหุวัฒนกร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
13.	ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์	นักวิชาการอิสระ
14.	ดร.ณัฐฐิตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15.	ดร.ศุภนารี เกษมมาลา	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
16.	ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
17.	ดร.สุดคนึง ฤทธิ์ฤชัย	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
18.	ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
19.	ดร.รัตติกร เหมือนนาดอน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
20.	ดร.ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
21.	ดร.จันทร์จิรา สีสว่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
22.	ดร.กมลพรรณ วัฒนากร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
23.	ดร.ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
24.	ดร.พรเลิศ ชุมชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
25.	ดร.อรวรรณ แผนคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
26.	ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
27.	ดร.สุวัฒนา เกิดม่วง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
28.	ดร.สุชีวา วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
29.	ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
30.	ดร.ณรินี แย้มสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
31.	ดร.นุสรา นามเดช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
32.	ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
33.	ดร.นงนุช วงศ์สว่าง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
34.	ดร.ศุกร์ใจ เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
35.	ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
36.	ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
37.	ดร.แสงดาว จันทร์ดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
38.	ดร.สิรินาถ ศรีอำพร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สารบัญ
ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2563

บทความวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษา 1
เมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด
รชฏ โคตรสินธุ์ สมรภพ บรรหารักษ์ ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ สุทิน ชนะบุญ

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ 19
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
ธีรภาพ เสาทอง ปาหนัน พิชยภิญโญ สุนีย์ ละกำปั่น

ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ 33
พวงพยอม จุลพันธ์ พรพรรณ มนสัจจกุล สุพรรณี สุดสา

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแล 45
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ปณวัตร สันประโคน อรนุช ชูศรี ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล

ผลของโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรม 57
ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กรุงเทพมหานคร
สาธิยา สุขคุ้ม อาภาพร เผ่าวัฒนา นฤมล เอื้อมณีกูล

ปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย 69
วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ ชุติมา ชลายนเดชะ อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา 80
ในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ
อนงค์นาถ ประกอบสุข นฤมล เอื้อมณีกูล สุรินธร กลัมพากร

ประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม 94
อรวรรณ แผนคง สุกัญญา กระเบียด กมลรัตน์ อัมพวา พัชรี สังข์สี

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด 105
สุรีย์พร โพธิ์ช่วย พัชราพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ พิชัย จันทร์ศรีวงศ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง 123
สุพัตรา เรืองสวัสดิ์ ประทุม สร้อยวงค์ เบญจมาศ สุขสถิตย์

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบล จังหวัดอุบลราชธานี 135
นิพพาภัทร์ สินทรัพย์ บุปผา ใจมั่น

ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ 150
สุนิสา ค้าขึ้น หฤทัย กงมหา วิจิตร แผ่นทอง ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

ผลของการใช้การเรียนโครงงานเป็นฐานเพื่อสร้างนวัตกรรมต่อการพัฒนาสมรรถนะ 164
การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล
เกษร สุวิทยะศิริ นันธิดา วัดยิ้ม ศศิธร เตชะมวลไววิทย์ สุพางค์พรรณ พาดกลาง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 178
หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์ จตุพล ยงศร จักรกฤษณ์ โปณะทอง

ลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ 192
อดิเรก ช่างเพียร กุลวดี อภิชาติบุตร เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

สารบัญ
ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2563

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน 204
สุภานัน ชัยราช กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม กนกพร นทีธนสมบัติ

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพต่อทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล 220
โสภา รักษาธรรม สุภาพร วรรณสันทัด

นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอด 233
ขวัญใจ เพทายประกายเพชร ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์

มุมมองของครูที่มีต่อการติดเกมของเด็กนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา 2 จังหวัดนครปฐม 244
เจียมใจ ศรีชัยรัตนกูล นิภาพร อภิสิทธิวาสนา มณีรัตน์ เทียมหมอก

การศึกษาการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 259
จิรพรรณ โพธิ์ทอง สุภาภรณ์ วรอรุณ ขวัญฤทัย พันธุ ประภา รัตนไชย ลักษมี ทองโกมล

บทความวิชาการ

การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน: การนำไปใช้ในการเรียนการสอน 273
สมจิตต์ สินธุชัย กันยารัตน์ อุบลวรรณ กุลธิดา พานิชกุล

นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล: จุดเปลี่ยนที่ท้าทายในการจัดการเรียนการสอน 284
ดวงเนตร ธรรมกุล มาสริน ศุกลปักษ์

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตกับภาวะซึมเศร้า: เหตุปัจจัยและแนวทางการป้องกันแก้ไข 293
ผกาวรรณ นันทะเสน อัจศรา ประเสริฐสิน

การวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี 305
ณัฏฐวรรณ คำแสน สุพรรณี เปี้ยวนาลาว จินตนา เพชรมณี จิตติมา ดวงแก้ว

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 317
ฐิตารัตน์ สารกองแดง กลีบแก้ว จันทร์หงษ์

Content
Volume 36 Number 3 September-December 2020

Research Articles

A Survey of Knowledge, Belief, Decision Making when Expecting Acute Myocardial Infarction Occurrence among Community-Dwelling Older Adults in ROI-ET Province 1
Ratchata Kotsin Samoraphop Banharak Ladawan Panpanit Sutin Chanaboon

Effects of Behavior Change on Glycemic Control in Type 2 Diabetes Patients with Uncontrolled Blood Sugar 19
Teeraparp Saotong Panan Pichayapinyo Sunee Lagampan

Relatives' Lived Experience of Caring for the Terminal Stage of Older Patients to Achieve a Peaceful Death 33
Paungpayom Jullapan Pornpun Manastachakun Supannee Sudsa

Effects of Family Caregiving Support on Caregiving Burden among Family Caregivers of Older Person with Dementia 45
Panawat Sanprakhon Orranuch Chusri Sresuda Wongwiseskul

Effects of the Program with the Information Motivation Behavioral Skill Model toward the Preventive Behavior in Alcohol Drinking among the Female Vocational Students in Bangkok. 57
Satiya Sukkum Arpaporn Powwattana Naruemon Auemaneekul

Predicting Factors of Condom Use among High School Boys 69
Worawan Tipwareerom Chutima Jalayondeja Umaporn Hanrungcharotorn

Factors Related to Hygiene Behaviors among Myanmar Workers in Seafood Processing Industries, Samut Prakan Province 80
Anongnart Pragobsuk Naruemon Auemaneekul Surintorn Kalampakorn

Effectiveness of Care in Older Adults with Chronic Illness by Community Participation 94
Orawan Pankong Sukanya Khrabiad Kamolrat Amphawa Patcharee Sangsee

Effects of Role Adaptation Promotion Program on Quality of Life among the Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy 105
Sureeporn Phochuay Patcharaporn Kerdmongkol Kwanjai Amnatsatsue Phichai Chansriwong

Factors Related to Self-Management Behaviors among Persons with Cirrhosis 123
Supattra Ruangsawat Pratum Soivong Benjamas Suksatit

Health Behaviors of the Older Adults with High Blood Pressure in Nakhon Ubol Municipal Area, Ubol Ratchathani 135
Nippapath Sinsap Buppa Jaimun

Mental Health and Related Factors among Older Adults 150
Sunisa Khakhuen Haruethai Kongmaha Wichitr Phantong Prangthip Thasanoh Elter

The Effects of Project Based-Learning to Create Innovation for Developing of Reflective Thinking Ability of Nursing Students 164
Kesorn Suvithayasiri Nuntida Wadyim Sasithorn Techamuanwaiwit Supangpan Padklang

Factors Affecting the Enhancement of Humanized Health Care Skills of Nursing Students at Nursing College, Praboromarajchanok Institute 178
Hathairat Budsayapanpong Chatupol Yongsorn Chakrit Ponathong

Personality Traits and Work Role Performance of Nurses in Regional Hospitals 192
Adirake Changpean Kulwadee Abhicharttibutra Petsunee Thungjaroenkul

Content
Volume 36 Number 3 September-December 2020

Factors Related to Self-Care Behaviours on Glycemic Control of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus Class A1 204
Supanun Chairat Kamontip Khungtumneam Kanokporn Nateetanasomba

Effect of Applying Case- Based Learning through Professional Learning Community on Problem Solving Skill of Nursing Students 220
Sopah Raksatham Supaporn Wannasuntad

Simulation Innovation in Practice: Manual Rotation of Mechanism of Labor 233
Kwanjai Pataipakaipet Paveenapat Nithitantiwat

Teachers' Views on Game Addiction Situation among Elementary School Students at Elementary Schools under NakhonPathom Primary Education Service Area Office 2 244
Jeamjai Srichairattanakull Nipaporn Apisitwasana Maneerat Thiammok

The Study of Human Resource Development for Nurse Anesthetists Under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health 259
Chiraphun Phothong Supaporn Voraroon Khwanruethai Phanthu Prapa Ratanachai Laksamee Thongkomol

Articles

Team-Based Learning: Implementing in Learning and Teaching 273
Somchit Sinthuchai Kanyarat Ubolwan Kultida Panidchakul

Innovation and Creative Work in Nursing: A Challenging Turning Point in Teaching and Learning 284
Doungnetre Thummakul Masarin Sukolpuk

Internet Addiction Behavior and Depression: Causes, Factors, and Prevention Guidelines 293
Pakawan Nantasen Ujsara Prasertsin

A Concept Analysis of HIV-Related Stigma 305
Natawan Khumsaen Supannee Peawnalaw Jintana Pechmanee Jittima Duangkaew

Role of Nurse PractItioner in Caring for Patients with Non-Communicable Disease in Community 317
Thitarat Sarkongdang Kleebkaew Janhong

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล เป็นวารสารอยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 ระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563- 31 ธันวาคม 2567 โดยได้รับการประเมินคุณภาพวารสารอยู่ในกลุ่ม TCI 1 มาอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นช่องทางการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้รับการยอมรับในการจบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา และขอผลงานทางวิชาการได้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 36 ฉบับที่ 3 มีบทความทั้งหมด 25 เรื่อง โดยวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีผู้สนใจส่งงานวิจัยที่คุณภาพหลากหลายประเด็น ทั้งทางการพยาบาล ปัญหาสุขภาพสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ เช่น ปัญหาวัยรุ่น สุขภาพวัยทำงาน แรงงาน โรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ และนวัตกรรมทางการพยาบาล มาตีพิมพ์เผยแพร่และเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจสามารถนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ วารสารจึงเปิดช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ทุกท่านได้เข้าไปอ่านทุกบทความ ในวารสารบนฐานข้อมูล TCI ใน website https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงอยากเชิญชวนทุกท่านร่วมกันใช้บทความในวารสารไปอ้างอิงผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของท่าน

ในนามของบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงวารสารโดยผู้ที่สนใจส่งผลงานตีพิมพ์โปรดศึกษาในคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับที่หน้าเวปไซต์ของวารสารหัวข้อคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ แล้วพบกับบทความที่น่าสนใจได้อย่างต่อเนื่องในฉบับถัดไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษา เมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุ ที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

A Survey of Knowledge, Belief, Decision Making when Expecting Acute Myocardial Infarction Occurrence among Community-Dwelling Older Adults in ROI-ET Province

รชฏ โคตรสินธุ์ พย.บ. (Ratchata Kotsin, B.N.S.)[1]
สมรภพ บรรหารักษ์ ปร.ด. (Samoraphop Banharak, Ph.D., GNP)[2]
ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ ปร.ด. (Ladawan Panpanit, Ph.D, NP)[3]
สุทิน ชนะบุญ ปร.ด. (Sutin Chanaboon, Ph.D.)[4]

Received: Mar 19, 2020
Revised: Apr 18, 2020
Accepted: Apr 23, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรต่อความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุ เมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 405 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากต้นฉบับซึ่งมีค่าการทดสอบซ้ำและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .78-.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และไคว์สแควร์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.36 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.32) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.42) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (ร้อยละ 44.94) ใช้สิทธิการรักษาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 80.00) ไม่เคยมีประวัติการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 92.35) และไม่เคยมีประวัติการพบเห็นผู้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 88.40) ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำทั้งด้านอาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยง ด้านความเชื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าค่อนข้างไม่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เห็นด้วยว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความรุนแรง เห็นด้วยว่าการโทรเรียก

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ประเภททุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จาก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: ratchata.k@kkumail.com
[2]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: sbanharak@kku.ac.th
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: ladpan@kku.ac.th
[4]อาจารย์ประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: sutinchanabun@gmail.com
[1,2,3]Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
[4]Sirindhorn College of Public Health Khon kaen, Khon Kaen, Thailand.

บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ค่อนข้างเห็นด้วยว่าตนเองมีสิ่งชักนำเพียงพอในการปฏิบัติ ค่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าตนมีอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งจะเลือกโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรพบความแตกต่างของความรู้ตามสถานภาพสมรส การอยู่อาศัย พื้นที่อยู่อาศัย อาชีพ สิทธิรักษาพยาบาล และประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนความแตกต่างของความเชื่อพบตาม เพศ การอยู่อาศัย พื้นที่อยู่อาศัย รายได้ต่อปีของครอบครัว อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานะทางสุขภาพ ประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประวัติการเคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพบความแตกต่างตามรายได้ต่อปีของครอบครัว และพื้นที่อยู่อาศัย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ควรมีการพัฒนารูปแบบและเนื้อหาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และควรมีวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, การตัดสินใจเข้ารับการรักษา, ความรู้, ความเชื่อ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to examine and compare basic demographic characteristics on knowledge, belief and decision making among older adults when expecting acute myocardial infarction (AMI) occurrence. Participants were 405 community-dwelling older adults living in urban, sub-urban, and rural areas, Roi-Et Province. Multistage random sampling method was used to recruit participants. Data were collected using a set of questionnaires modified by the researchers. Test-retest reliability and Cronbach's alpha coefficient for the questionnaires were between .78-.95. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, One-way ANOVA, and Chi-square test.

Results revealed that mean age of the participants was 70.36 years old (Standard deviation = 4.32). Majority were female (66.42%), living in semi-rural area (44.94%), using universal health coverage scheme (80%), no history of AMI (92.35%) and have never seen people with AMI (88.40%). Levels of knowledge on symptoms and signs, and risk factors were low. Regarding belief, older adults perceived that they are not likely to have risks of AMI, agreed that AMI is a serious situation, agreed that calling Emergency Medical Services (EMS) is useful for them, somewhat agreed that they have enough cues to action, somewhat disagreed that they have obstacle to receiving treatment. In managing of symptoms, approximately half of them will call EMS (1669) when they suspected having AMI. When comparing between different demographic data, levels of knowledge about symptoms and signs and risk factors were different based on marital status, livelihood, living area, occupational status, health care right, and AMI history. Belief of AMI was different based on gender, livelihood, living area,

family annual income, occupational status, health care right, health status, AMI history, experiences of seeing people with AMI, and educational level. Moreover, decision making when expecting AMI occurrence was different based on family annual income and living area.

According to results of the study, health education to promote knowledge of signs, symptoms and risk factors of AMI and perception enhancement of AMI should be improved. Moreover, strategies to raise awareness of calling EMS, especially in case of AMI occurrence, is important for older adults to receive proper treatment on time.

Keywords: acute myocardial infarction, decision making to treatment, knowledge, belief, older adults

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและส่งผลให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตในลำดับต้น ๆ ของโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่าสาเหตุหลักในการเสียชีวิตเกิดจากการตัดสินใจ เข้ารับการรักษาล่าช้าโดยมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา[1] จากรายงานของ World Heart Federation ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพแรกเริ่มที่จะนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั่วโลกประมาณ 17.5 ล้านคน และคาดว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573[2] ยิ่งกว่านั้นยังมีรายงานที่ระบุว่าทุก ๆ 26 วินาทีจะพบผู้ป่วย เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และทุก ๆ 90 วินาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าว[3] ทั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเมื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตแต่ละกลุ่มอายุพบว่า 9 ใน 10 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี[4] แสดงให้เห็นว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่พบมากที่สุดของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ[2]

สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เป็นพยาธิสภาพหลักที่ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั่วประเทศจำนวน 98,148 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 150.01 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ โดยอัตราส่วนเท่ากับ 1.2 : 1 โดยในเพศชายจะพบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความชุกเท่ากับ 738.06 ต่อประชากรแสนคน เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยเพศหญิงที่พบอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกเท่ากับ 589.58 ต่อประชากรแสนคน หากจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตามรหัสวินิจฉัยโรค ICD10 จะพบว่ามีผู้ป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ICD10: I21-I23) มากเป็นอันดับสอง จำนวน 22,005 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.42 รองจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดอื่น ๆ (ICD10 I24-I25) ที่มีจำนวน 61,555 ราย หรือร้อยละ 62.72 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี นอกจากนี้พบว่าในปีพ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งสิ้น 19,030 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 29.09 ต่อประชากรแสนคน และในจำนวนผู้เสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าว ช่วงอายุที่มีการเสียชีวิตมากที่สุดคือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราส่วนเท่ากับ 171.30 ต่อประชากรแสนคน และสอดคล้องกันกับรายงานการเสียชีวิตในเพศหญิง ซึ่งพบรายงานการเสียชีวิตเท่ากับ 121.54 ต่อประชากรแสนคนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเช่นกัน[5] จากสถิติโลกและในประเทศไทยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่มีความชุกเพิ่มมากขึ้น ทั้งใน

ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ทั้งนี้ ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนที่จะได้รับการรักษา

การศึกษาข้อมูลจากแบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ของจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2560 พบสถิติการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจกรณีฉุกเฉินไปยังศูนย์หัวใจศักยภาพสูงกว่า เพื่อทำหัตถการเกี่ยวกับหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2559 เท่ากับ 350 447 311 และ 315 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่าเป็นการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) เท่ากับ 107 154 168 และ 180 ราย ตามลำดับ[6] ซึ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ในการส่งต่อผู้ป่วยจากจังหวัดร้อยเอ็ดไปยังศูนย์หัวใจจังหวัดปลายทางในแต่ละครั้ง ยังใช้ระยะเวลาในการเดินทางประมาณ 90 นาที ซึ่งพบว่าความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ไปก่อนที่จะได้รับการรักษา จนอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุที่พบว่ามีการตัดสินใจและการเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่ากลุ่มอื่น[7, 8] จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะใช้เวลาในระยะการประเมินอาการก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา (Patient recognition action phase) นานกว่าระยะอื่นและมีระยะเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาทอง (Golden period) ของการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[7, 8, 9] เนื่องจากผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อีกทั้งการมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical Presentation) ทำให้ผู้สูงอายุมีการแปลความหมายหรือตีความอาการที่กำลังประสบอยู่ว่าเป็นอาการของการเจ็บป่วยอื่น เช่น มีอาการแน่นอึดอัดในช่องท้องหรือทรวงอก ผู้สูงอายุจะตีความว่าเป็นกรดไหลย้อน[8, 9] หรือเชื่อว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่พบเฉพาะในเพศชาย[8] ซึ่งสะท้อนว่า การขาดความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการตีความ การจัดการอาการ การเข้ารับการรักษาล่าช้า และก่อให้เกิดผลเสียจากการเข้ารับการรักษาล่าช้าด้วย

การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น จนทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวร[10] ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า การให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจเร็วจะได้ประโยชน์มากกว่า ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ดีกว่า จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยต้องแสดงบทบาทในการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเร็วขึ้น[7-9] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยบอกระดับความรู้ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ช่วยระบุกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้า สามารถนำไปวางแผนการดูแลและให้ความรู้กลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มที่ขาดความรู้และมีความเชื่อที่ผิดต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่เชื่อว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลรวมทั้งการตัดสินใจกระทำหรืองดเว้นการกระทำสำหรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต[11] (Life events) โดยความเชื่อด้านสุขภาพประกอบไปด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค นอกจากนี้ยังมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมหรือการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันตามลักษณะพื้นฐานทางประชากรของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2562 ทั้งสิ้น 198,464 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของ Krejcie & Morgan และปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 405 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage cluster sampling)[12] และมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป มีชื่อในทะเบียนบ้านจังหวัดร้อยเอ็ดนานกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยหรือภาษาอีสานได้ และสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนที่มีลักษณะแตกต่างกัน[13] ได้แก่ ชุมชนเมืองคือชุมชนที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จำนวน 93 คน ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทคือชุมชนที่ตั้งในตัวอำเภออื่นที่ไม่ใช่อำเภอเมือง จำนวน 182 คน และชุมชนชนบทซึ่งเป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ห่างจากตัวอำเภอตั้งแต่ 15 กิโลเมตรขึ้นไป จำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ “ความรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุชาวไทยและลาวที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา” ของ สมรภพ บรรหารักษ์ ซึ่งได้รับการอนุญาตให้นำใช้ และทำการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หลังพัฒนาได้แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ลักษณะชุมชนที่พักอาศัย สิทธิการรักษาพยาบาล สถานะทางสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และระดับการศึกษาสูงสุด

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ประกอบไปด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านอาการและอาการแสดง จำนวน 15 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 12 ข้อ โดยแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 แบบจะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ในข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะได้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ 0 คะแนน ถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะได้ 1 คะแนน และหากตอบ “ไม่รู้/ไม่แน่ใจ” จะได้ 0 คะแนนทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือความรู้สูง มีคะแนนในแต่ละด้านตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ปานกลาง มีคะแนนในแต่ละด้านร้อยละ 60-79 และความรู้ต่ำ มีคะแนนในแต่ละด้านต่ำกว่าร้อยละ 60 ทั้งนี้ แบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ส่วนได้นำไปทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 และ .78

3. แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ แบบวัดนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคะแนนระหว่าง 1-6 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และคะแนนสูงสุด 6 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ใช้ในการศึกษาความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวม 1-24 คะแนน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 15-90 คะแนน แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวม 1-24 คะแนน แบบวัดการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 15-90 คะแนน และแบบวัดสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวม 1-24 คะแนน โดยแบบวัดทั้งหมดจะ วิเคราะห์เป็นคะแนนเฉลี่ยของแต่ละหน่วย (1-6) และคะแนนเฉลี่ยรวมของแต่ละการรับรู้ (1-25 หรือ 15-90)

4. แบบวัดการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ประกอบไปด้วย แบบวัดการจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคะแนนระหว่าง 1-7 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน (ไม่ทำแน่นอน) และคะแนนสูงสุด 7 คะแนน (ทำแน่นอน) และ แบบวัดสิ่งแรกที่ควรทำเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 7 ตัวเลือก เป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) เพียงคำตอบเดียว หากเลือก โทรเรียก 1669 จะได้ 1 คะแนน แต่หากเลือกตัวเลือกอื่น จะได้ 0 คะแนน

แบบวัดในส่วนที่ 3 และ 4 ได้รับการตรวจสอบเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับที่ต้องการศึกษา 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .84-.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622155 รับรอง ณ วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ.2562 ในการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุครั้งนี้ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขอความยินยอมโดยการลงนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการอบรมจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาจนผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เดียวกันและได้ข้อมูลตรงกัน (Inter-rater reliability อยู่ระหว่าง 0.95-1.00) ซึ่งแสดงถึงการมีความเที่ยงสูง เพื่อเป็นการยืนยันว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีความถูกต้อง หลังจากนั้น ก่อนเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล และคณะผู้วิจัยได้นัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ในวันที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาทีต่อผู้สูงอายุ 1 ราย แบบสัมภาษณ์จะถูกลงรหัสและกรอกลงในโปรแกรมจัดการข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูปหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง ความรู้ด้านอาการและอาการแสดง การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยรายงานผลเป็น ความถี่ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรใช้สถิติการทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent T-test) ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรอิสระไม่เกิน 2 กลุ่ม และใช้สถิติการวิเคราะห์ทางเดียว (One-Way ANOVA) ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีตัวแปรอิสระมากกว่า 2 กลุ่ม นอกจากนี้ยังใช้สถิติการทดสอบไคว์สแคว์ (Chi-Square Test) ในการเปรียบเทียบสิ่งแรกที่ต้องทำเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งแบ่งเป็นตัวแปรกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ การโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และ การเลือกกระทำอย่างอื่น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ทำการตอบแบบสัมภาษณ์ ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.42) มีอายุระหว่าง 60-90 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.32 โดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 49.38) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.51) และอาศัยอยู่กับคู่สมรสรวมทั้งบุตร/หลานเป็นครอบครัว (46.17%) ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 28.89) มีอาชีพเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 46.17) อาศัยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (44.94%) สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 80.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45.68) ไม่เคยมีประวัติการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 92.35) และไม่เคยมีประวัติการพบเห็นผู้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 88.40) ผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับการศึกษา (ร้อยละ 100.00) ซึ่งระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาส่วนมากคือ 4 ปี (ร้อยละ 79.75) และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 79.75)

2. ความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ในระดับต่ำทั้งด้านอาการและอาการแสดง ($\bar{X}$ = 6.82, SD. = 2.65) และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอด

เลือดหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 6.96, SD. = 2.40) (ตารางที่ 1)

ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง ต่ำกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0-7) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (คะแนน 8-9) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 10-12) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองค่อนข้างไม่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 2.7, S.D. = 1.37) เห็นด้วยว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความรุนแรง ($\bar{X}$ = 4.36, S.D. = 1.21) เห็นด้วยว่าการโทรเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.61, SD. = 1.12) ค่อนข้างไม่เห็นด้วยว่ามีอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 3.26, SD. = 1.31) และค่อนข้างเห็นด้วยว่าตนเองมีสิ่งชักนำเพียงพอในการปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 4.23, SD. = 1.39) (แสดงในตารางที่ 2)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจพบว่า ผู้สูงอายุเลือกตัดสินใจจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มากที่สุด ($\bar{X}$ = 5.96, SD. = 1.31) และอยู่ในระดับมีโอกาสอย่างมากที่จะทำ ส่วนการจัดการอาการโดยการเอายาให้เขากินมีค่าเฉลี่ยการตัดสินใจจัดการอาการน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 1.77) และอยู่ในระดับค่อนข้างมีโอกาสที่จะทำ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุตัดสินใจจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นสิ่งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 52.10) และเลือกการ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลความรู้ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ดที่ทำการตอบแบบสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้เกี่ยวกับ AMI	ระดับความรู้ ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ ± SD.
5 ตำบลตัวอย่าง	อาการและอาการแสดง	2 (0.49)	68 (16.79)	335 (82.72)	6.82 ± 2.65
	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	64 (15.80)	118 (29.14)	223 (55.06)	6.96 ± 2.40

***หมายเหตุ:** ความรู้ด้านอาการและอาการแสดง ต่ำกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0-8) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (คะแนน 8-11) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 12-15) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความเชื่อ	คะแนนความเชื่อ ($\bar{X}$ ± S.D.)	ระดับความเชื่อ
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	2.70±1.37	ค่อนข้างไม่มีแนวโน้ม
การรับรู้ความรุนแรง	4.36±1.21	เห็นด้วย
การรับรู้ประโยชน์	4.61±1.12	เห็นด้วย
การรับรู้อุปสรรค	3.26±1.31	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
การรับรู้สิ่งชักจูงให้เกิดการปฏิบัติ	4.23±1.39	ค่อนข้างเห็นด้วย

จัดการอาการโดยการบอกผู้ป่วยให้โทรหาแพทย์ประจำตัวน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.48) (ตารางที่ 3)

3. ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของระดับความรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.1 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของระดับความรู้

ผลการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรกับความรู้ด้านอาการและอาการแสดง และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ตัวแปร ดังนี้ 1) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 6.58, SD. = 2.67) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอื่น ๆ ($\bar{X}$ = 7.19, SD. = 2.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02) 2) ด้านการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวมีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 7.76, SD. = 2.39) สูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือ/และคู่สมรส ($\bar{X}$ = 6.70, SD. = 2.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (p = .01) เช่นเดียวกันกับความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว ($\bar{X}$ = 7.57, SD. = 1.63) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือ/และคู่สมรส ($\bar{X}$ = 6.88, SD. = 2.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .01) 3) ด้านอาชีพ พบว่า ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคะแนนความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 7.36, SD. = 2.29) สูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ ($\bar{X}$ = 6.79, S.D. = 2.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .03) 4) ด้านสิทธิรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 6.68, SD. = 2.60) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ($\bar{X}$ = 7.40, SD. = 2.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .03) 5) ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 6.91, SD. = 2.62) สูงกว่าผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 5.74, SD. = 2.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02) 6) ด้านพื้นที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อ

ตารางที่ 3 ตารางแสดงข้อมูลการตัดสินใจจัดการอาการเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ค่าเฉลี่ยการตัดสินใจ ($\bar{X}$ ± SD.)	ร้อยละ
พาเขาไปโรงพยาบาล	5.76 ± 1.39	27.65
บอกเขาให้โทรหาแพทย์ประจำตัว	5.33 ± 1.41	1.48
โทรเรียก 1669	5.96 ± 1.31	52.10
โทรตามสามี/ภรรยา หรือคนในครอบครัว	5.68 ± 1.32	6.42
ให้เขาดมยาดม หรือ ให้เขาดื่มน้ำ	5.32 ± 1.48	5.93
พรมน้ำเย็นบนใบหน้าของเขา	5.28 ± 1.53	3.21
เอายาให้เขากิน	4.75 ± 1.77	3.21

*** หมายเหตุ:** 1-1.86 หมายถึง ไม่ทำแน่นอน 1.87-2.73 หมายถึง มีโอกาสอย่างมากที่จะไม่ทำ 2.74 - 3.60 หมายถึง ค่อนข้างมีโอกาสที่จะไม่ทำ 3.61-4.47 หมายถึง มีโอกาสที่จะทำและไม่ทำเท่ากัน 4.48-5.34 หมายถึง ค่อนข้างมีโอกาสที่จะทำ 5.35 - 6.21 หมายถึง มีโอกาสอย่างมาก ที่จะทำ 6.22-7.00 หมายถึง ทำแน่นอน

หัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 8.96, SD. = 2.19) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X}$ = 5.53, SD. = 2.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 8.96, SD. = 2.19) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 7.11, SD. = 2.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 5.53, SD. = 2.41) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 7.11, SD. = 2.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 7.97, SD. = 1.63) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X}$ = 6.59, SD. = 2.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 7.97, SD. = 1.63) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 6.75, SD. = 2.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

3.2 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของระดับความเชื่อ

การศึกษาครั้งนี้พบลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่มีความแตกต่างกันของระดับความเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 10 ตัวแปร ดังนี้ 1) ด้านเพศ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 17.22, SD. = 4.24) สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ($\bar{X}$ = 16.32, SD. = 4.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .05) 2) ด้านการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X}$ = 49.35, SD. = 12.42) สูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว ($\bar{X}$ = 45.89, SD. = 10.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .04) 3) ด้านรายได้/ปีของครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X}$ = 53.57, S.D. = 13.04) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ($\bar{X}$ = 47.09, SD. = 11.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) 4) ด้านอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีการประกอบอาชีพ มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 17.33, S.D. = 4.34) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X}$ = 15.93, SD. = 4.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X}$ = 51.14, SD. = 14.21) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพ ($\bar{X}$ = 48.04, S.D. = 11.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .03) 5) ด้านสิทธิรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X}$ = 49.56, S.D. = 12.20) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ($\bar{X}$ = 46.58, SD. = 12.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .05) 6) ด้านสถานะทางสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 11.38, SD. = 4.03) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ($\bar{X}$ = 10.15, SD. = 4.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) 7) ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 12.58, SD. = 4.30) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 10.67, SD. = 4.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .01) 8) ด้านประวัติการเคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 13, SD. = 4.35) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 10.53, SD. = 4.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง $\bar{X}$ = 70.09, SD. = 11.82) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 65.04, SD. = 11.55) อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p = .01) 9) ด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 11.76, S.D. = 4.65) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้น ป.4 ($\bar{X}$ = 10.58, SD. = 3.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 17.85, SD. = 3.98) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้น ป.4 ($\bar{X}$ = 16.67, SD. = 4.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .03) 10) ด้านพื้นที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X}$ = 67, SD. = 5.30) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X}$ = 63.73, SD. = 13.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .03) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X}$ = 63.73, SD. = 13.80) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 67.28, SD. = 11.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .01)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ($\bar{X}$ = 17.26, SD. = 3.25) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X}$ = 18.02, SD. = 4.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ($\bar{X}$ = 17.26, SD. = 3.25) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 19.88, SD. = 2.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X}$ = 41.89, S.D. = 8.04) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X}$ = 47.53, SD. = 12.47) และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 56.02, SD. = 10.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X}$ = 47.53, SD. = 12.47) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 56.02, SD. = 10.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 16.44, SD. = 4.82) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X}$ = 17.65, SD. = 4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

3.3 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของการตัดสินใจ

ผลการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้จะมีการจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02) และ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จะเลือกจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) มากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบท และชุมชนเมือง ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความรู้

จากการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำ ทั้งด้านอาการและอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งผลวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ Kathleen Dracup และคณะ (2008) ที่ทำการศึกษาความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี โดยพบว่ามากกว่า 67% มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ[14] และ Swanoski และคณะที่ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและสโตร๊ค ซึ่งพบว่าประชาชนทั่วไปยังมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคดังกล่าวค่อนข้างต่ำ[15] นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับต่ำดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ Hathaichanok และ Lertchai ที่ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ที่อาศัยในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีกด้วย[16] เมื่อเปรียบเทียบลักษณะ

พื้นฐานทางประชากรกับความรู้ด้านอาการและอาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้ทราบว่ามีลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่มีระดับความรู้แตกต่างกันและสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

"ด้านสถานภาพสมรส" พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะมีระดับความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้ว ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับผลการวิจัย "ด้านการอยู่อาศัย" ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวมีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือ/และคู่สมรส กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว และส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการสร้างสมรรถนะการเรียนรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Narongkorn ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวจะมีการนึกคิดไตร่ตรองความสามารถของตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับญาติ ส่งผลให้การเรียนรู้ต่าง ๆ และระดับความรู้ของผู้ที่พักอาศัยอยู่คนเดียว มีการพัฒนาได้ดีกว่าผู้ที่มีการพักอาศัยอยู่ร่วมกับญาติ[17]

"ด้านอาชีพ" ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคะแนนความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ เนื่องด้วยบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในแต่ละวันจะมีเวลาว่างและใช้เวลาในการพบปะเพื่อนฝูงเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ต่าง ๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนข่าวสารมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพ ซึ่งจะใช้เวลาส่วนมากในแต่ละวันไปกับการหาเลี้ยงชีพ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วย จึงก่อให้เกิดแรงสนับสนุนในทางบวก และเกิดองค์ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นต่อตัวผู้สูงอายุเอง[18] ดังนั้น ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีระดับความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงตามไปด้วย

"ด้านพื้นที่อยู่อาศัย" พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตชุมชนเมืองมีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงและความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Safaa และคณะ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมให้การศึกษาสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโรคหัวใจมหาวิทยาลัยอัสซีท ประเทศอียิปต์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ซึ่งสาเหตุมาจากการที่ชุมชนเมืองมีระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ การเข้าถึงสถานสุขภาพและข้อมูลสุขภาพได้ง่ายกว่า และคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการที่มีพื้นที่ตั้งในเขตชุมชนเมืองมีศักยภาพสูงกว่า[19]

"ด้านสิทธิรักษาพยาบาล" พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นสิทธิการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดง ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่มีใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Samoraphop และคณะ ที่ทำการศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ และการตัดสินใจแรกเพื่อตอบสนองต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของประชาชนทั่วไป โดยพบว่า ผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ จะมีความรู้ด้านอาการและอาการแสดงดีกว่าผู้ที่ไม่มีสิทธิการรักษาหรือมีสิทธิรักษาพยาบาลในระดับที่ต่ำกว่า[20] เมื่อวิเคราะห์ในบริบทสังคมไทยจากข้อค้นพบดังกล่าวจะพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเลือกใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่สูงกว่า จะมีความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการเลือกใช้สิทธิรักษาพยาบาล จึงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลพื้นฐานคือสิทธิจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรกับ ความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ลักษณะพื้นฐาน		n(%)	ความรู้												ความเชื่อ										การตัดสินใจเข้ารับการรักษา			
			อาการ			ปัจจัยเสี่ยง			ความเสี่ยงการเกิดโรค			ความรุนแรง			ประโยชน์			อุปสรรค			สิ่งชักจูงการปฏิบัติ							
			$\bar{X}$	SD.	p	$\bar{X}$	SD.	p	$\bar{X}$	SD.	p	$\bar{X}$	SD.	p	$\bar{X}$	SD.	p	$\bar{X}$	SD.	p	$\bar{X}$	SD.	p	1669	อื่น ๆ	X^2	p
เพศ	ชาย	136 (33.58)	6.98	2.63	.41	6.98	2.42	.91	10.47	4.17	.23	66.21	13.08	.48	18.52	3.73	.76	48.14	12.94	.34	16.32	4.49	.05*	65 (16.05)	71 (17.53)	1.52	.22
	หญิง	269 (66.42)	6.75	2.66		6.95	2.39		10.99	4.11		65.33	10.92		18.40	3.94		49.38	11.88		17.22	4.24		146 (36.05)	123 (30.37)		
อายุ	60-69 ปี	200 (49.38)	One-Way ANOVA																					104 (25.68)	96 (23.70)		
	70-79 ปี	164 (40.50)																						81 (20)	83 (20.49)	2.59	.27
	80 ปี ขึ้นไป	41 (10.12)																						26 (6.42)	15 (3.70)		
			p.= .51			p.= .39			Sig.= .84			p.= .59			p.= .58			p.= .33			p.= .08						
สถานภาพ	แต่งงาน	241 (59.51)	6.58	2.67	.02*	6.85	2.46	.26	10.71	4.25	.51	66.10	12.03	.32	18.59	3.89	.33	49.69	12.57	.14	17.03	4.30	.52	130 (32.10)	111 (27.41)	.81	.37
	อื่น ๆ	164 (40.49)	7.19	2.58		7.12	2.31		10.98	3.95		64.92	11.15		18.21	3.83		47.88	11.70		16.74	4.41		81 (20)	83 (20.49)		
การอยู่อาศัย	อยู่คนเดียว	46 (11.36)	7.76	2.39	.01**	7.57	1.63	.01**	10.57	3.53	.66	64.89	9.66	.60	17.76	3.04	.13	45.89	10.39	.04*	17.85	3.94	.12	22 (5.43)	24 (5.93)	.38	.54
	อยู่กับครอบครัว	359 (88.64)	6.70	2.66		6.88	2.47		10.85	4.21		65.72	11.93		18.53	3.95		49.35	12.42		16.79	4.38		189 (46.67)	170 (41.98)		
รายได้/ปี	มี	288 (71.11)	6.85	2.76	.73	6.90	2.31	.44	10.96	4.28	.25	64.91	11.77	.06	18.23	3.82	.08	47.09	11.41	<.01**	17.13	4.22	.12	72 (17.78)	45 (11.11)	5.87	.02*
	ไม่มี	117 (28.89)	6.75	2.36		7.10	2.60		10.47	3.74		67.37	11.32		18.97	3.94		53.57	13.04		16.39	4.61		139 (34.32)	149 (36.79)		
อาชีพ	ประกอบ	285 (70.37)	6.71	2.70	.19	6.79	2.43	.03*	10.76	4.18	.66	65.17	12.05	.23	18.38	3.85	.61	48.04	11.22	.03*	17.33	4.34	<.01**	67 (16.54)	53 (13.09)	.95	.33
	ไม่ได้ประกอบ	120 (29.63)	7.09	2.50		7.36	2.29		10.96	4.04		66.70	10.72		18.59	3.93		51.14	14.21		15.93	4.21		144 (35.56)	141 (34.81)		
พื้นที่อยู่อาศัย	เมือง (1)	93 (22.96)	Least-Significant Different (LSD)																					29 (7.16)	64 (15.80)		
																								94 (23.21)	88 (21.73)	28.98	<.01**
																								88 (21.73)	42 (10.37)		
	กึ่งชนบท (2)	182 (44.94)	$\bar{}$(1)-(2)=3.42	<.01**		$\bar{}$(1)-(2)= 1.38	.00**		One-Way ANOVA			$\bar{}$(1)-(2)= 3.27	.03*		$\bar{}$(1)-(2)=.76	.11		$\bar{}$(1)-(2)= 5.63	<.01**		$\bar{}$(1)-(2)=.38	.49					
	ชนบท (3)	130 (32.10)	$\bar{}$(1)-(3)=1.85	<.01**		$\bar{}$(1)-(3)=1.21	.00**		Sig.=.13			$\bar{}$(1)-(3)=.28	.86		$\bar{}$(1)-(3)=2.62	<.01**		$\bar{}$(1)-(3)=14.13	<.01**		$\bar{}$(1)-(3)=.83	.16					
			$\bar{}$(2)-(3)=1.57	<.01**		$\bar{}$(2)-(3)=.17	.54					$\bar{}$(2)-(3)=3.55	.01**		$\bar{}$(2)-(3)=1.86	<.01**		$\bar{}$(2)-(3)=8.50	<.01**		$\bar{}$(2)-(3)=1.21	.02*					
สิทธิรักษาพยาบาล	สุขภาพถ้วนหน้า	324 (80.00)	6.68	2.60	.03*	6.91	2.44	.46	10.77	4.12	.66	65.63	11.68	.99	18.39	3.96	.60	49.56	12.20	.05*	16.85	4.45	.53	163 (40.25)	161 (39.75)	2.08	.15
	อื่น ๆ	81 (20.00)	7.40	2.75		7.14	2.24		11	4.19		65.60	11.76		18.64	3.48		46.58	12.19		17.19	3.91		48 (11.85)	33 (8.15)		
สถานะสุขภาพ	มีโรคประจำตัว	220 (54.32)	6.69	2.69	.27	6.94	2.30	.88	11.38	4.03	<.01**	66.34	10.93	.18	18.53	4.19	.61	49.10	12.19	.80	16.80	4.58	.55	122 (30.12)	98 (24.20)	2.17	.14
	ไม่มี	185 (45.68)	6.98	2.59		6.98	2.51		10.15	4.17		64.77	12.50		18.34	3.45		48.79	12.34		17.05	4.06		89 (21.98)	96 (23.70)		
ประวัติเคยมี AMI	เคยมี	31 (7.65)	5.74	2.77	.02*	6.97	2.30	.98	12.58	4.30	.01**	66.77	10.57	.57	19.16	4.63	.28	47.90	12.11	.62	17.90	4.55	.19	21 (5.19)	10 (2.47)	3.29	.07
	ไม่เคยมี	374 (92.35)	6.91	2.62		6.96	2.41		10.67	4.09		65.53	11.78		18.38	3.80		49.05	12.27		16.83	4.32		190 (46.91)	184 (45.43)		
ประวัติเคยพบ AMI	เคยพบ	47 (11.60)	6.64	2.47	.61	7.23	2.02	.40	13	4.35	<.01**	70.09	11.82	.01**	19.43	4.41	.06	48.21	11.28	.66	18.04	4.66	.06	27 (6.67)	20 (4.94)	.61	.44
	ไม่เคยพบ	358 (88.40)	6.85	2.67		6.92	2.44		10.53	4.02		65.04	11.55		18.31	3.78		49.06	12.38		16.77	4.29		184 (45.43)	174 (42.96)		
การศึกษาสูงสุด	ป.4	323 (79.75)	6.81	2.61	.87	7.06	2.45	.09	10.58	3.96	.02*	65.27	11.85	.23	18.30	3.90	.14	49.12	12.23	.59	16.67	4.41	.03*	167 (41.23)	156 (38.52)	.10	.75
	> ป.4	82 (20.25)	6.87	2.81		6.56	2.13		11.76	4.65		67.01	10.97		19	3.72		48.32	12.37		17.85	3.98		44 (10.86)	38 (9.38)		

"ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงสูงกว่าผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งแตกต่างกับผลการวิจัยของ George และคณะ ที่ทำการศึกษาความรู้ขั้นต่ำของชาวกรีกเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่าครอบครัวที่สมาชิกมีประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าครอบครัวที่สมาชิกไม่เคยมีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[21] ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุที่มีประวัติมาก่อนคิดว่าตนหายแล้วและจะไม่กลับมาเป็นอีกจึงไม่สนใจหรือตระหนักกับอาการที่เคยเกิดขึ้น หรือ "ประสบการณ์อาจไม่สอนอะไรมากนัก"[8] ซึ่งเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Siriporn และคณะ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงกับความเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ โดยพบว่าความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงและความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กัน[22]

2. ด้านความเชื่อ

ผลการศึกษาลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของระดับความเชื่อเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

"ด้านเพศ" พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อาจเนื่องมาจากการที่เพศหญิงมีความเชื่อว่าสาเหตุการตายหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมาจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[14, 23] อีกทั้ง ผู้สูงอายุเพศหญิงให้ความสำคัญกับเรื่องเล็กน้อย และมีความเชื่อเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้ เพศหญิงยังมีความช่างสังเกตอาการและมีอาการเตือนนำมาก่อน ทำให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย หรือมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมากกว่าเพศชาย[23]

"ด้านการอยู่อาศัย" พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวมีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว เนื่องด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือมีผู้อื่นคอยดูแล อาจต้องรอสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยอยู่คนเดียวที่จำเป็นจะต้องขจัดอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแลตนเอง และเพิ่มสมรรถนะของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สมมติฐานดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Narongkorn ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้มากที่สุด โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีการนึกคิดไตร่ตรองความสามารถของตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับญาติ[24] นอกจากนี้ ญาติอาจมีความลังเลในการตัดสินใจนำผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาเนื่องจากไม่ได้ประสบกับอาการด้วยตนเองจึงไม่สามารถประเมินสาเหตุและความรุนแรงของอาการได้ ทำให้เป็นอุปสรรคและก่อให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้

"ด้านพื้นที่อยู่อาศัย" พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เนื่องด้วยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมืองนั้นสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท นอกจากนี้ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาลและสามารถเข้าถึงระบบริการสุขภาพง่ายกว่า จึงทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เพียงพอและเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sasiwimon และคณะ ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสนเขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในชุมชนริมคลองสามเสน ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนเมืองส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก จะมีการรับรู้เรื่องโรคได้เป็นอย่างดี[25] ส่วนการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท มีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง เนื่องด้วยความห่างไกลของระยะทางระหว่างพื้นที่ตั้งของชุมชนกับโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งยังอาจเกี่ยวข้องกับการขาดพาหนะที่จะนำส่งได้ทันเวลา ซึ่งนับได้ว่าเป็นอุปสรรค

ในลำดับต้น ๆ ของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวรับรู้อุปสรรคได้มากกว่า[26]

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง ซึ่งระดับความเชื่อดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Waraporn และคณะ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของตำบลเทพคีรี อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นชุมชนเมือง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อโดยหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะใช้เวลาในการรอคอยที่นานมากกว่านำส่งด้วยตนเอง เพราะตนอยู่ในชุมชนเมือง ใกล้โรงพยาบาล สามารถขับรถส่วนตัวไปที่โรงพยาบาลง่ายกว่าที่จะต้องรอบริการการแพทย์ฉุกเฉิน[26] ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองจึงมีการรับรู้ประโยชน์น้อยกว่า ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทที่คำนึงถึงระยะทางและความสำคัญของยานพาหนะ จึงรับรู้ประโยชน์และความสำคัญของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่า ท้ายที่สุดคือผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เนื่องด้วยลักษณะของชุมชนชนบทที่มีบริบทการดำเนินชีวิตแบบสนใจในสิ่งเดียวกัน มีการดำเนินชีวิตภายใต้บรรทัดฐานเดียวกัน รวมถึงการปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาในสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีเดียวกัน[25, 26] ซึ่งการปรึกษาหารือนี้นับได้ว่าเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในด้านดี ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Natthaya และคณะ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี โดยพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเพื่อนบ้าน จะเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[27] ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทรับรู้ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนอื่น

"ด้านรายได้/ปี ของครอบครัว" พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้มีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Jean และคณะ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยจะปฏิเสธการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง[28] เนื่องจาก ผู้ป่วยบางส่วนรับรู้ว่าอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)[29] นอกจากนี้ การเข้ารับการรักษาจำเป็นจะต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นกว่าการดำรงชีวิตประจำวันตามปกติ ทั้งจากการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลเพื่อเยี่ยมผู้ป่วย และการซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัว อีกทั้งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้จากการหยุดงานของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นอุปสรรคต่อผู้ที่มีรายได้น้อยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลต่าง ๆ

ทั้งนี้ ผลการศึกษาด้านรายได้/ปี ของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับ "ด้านอาชีพ" ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ยังมีการประกอบอาชีพ และการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพ ข้อค้นพบทั้ง 3 อย่าง สามารถอธิบายได้ด้วยอาชีพ รายได้ และค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษา "ด้านระบบประกันสุขภาพ" พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Piyanuch และคณะ ที่ทำการศึกษาการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าสามารถลงทะเบียนสิทธิด้านสุขภาพได้เฉพาะที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งการรักษาเพียงโรงพยาบาลเดียว หรือความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานจะถูกปิดกั้น หากต้องการขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตและต้องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน[30] "ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" พบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนนั้น มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับ

ผลการวิจัยของ Kathleen และคณะ ที่ทำการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยพบว่า ผู้ที่เคยมีประวัติการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยดังกล่าว[14] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ความเสี่ยงไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกล่าวคือ ผู้ที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ต่ำ แต่มีการรับรู้ความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Banharak ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน[8, 9]

"ด้านประวัติการเคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" พบว่าผู้สูงอายุที่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Supian และ Siriporn ที่ศึกษาการรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน: บริบทจังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตัวเอง จะมีการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในครั้งต่อไปดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดโรค[31] "ด้านสถานะทางสุขภาพ" ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ornwanya ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จะมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในทางบวก[32] กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม จะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

"ด้านระดับการศึกษาสูงสุด" พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงสุดชั้น ป.4 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Samoraphop ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มากขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้น ป.4 ซึ่งดังที่กล่าวมาแล้วว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ ความมั่นใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจึงมีสิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า[9]

3. ด้านการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ "ด้านรายได้/ปี ของครอบครัว" ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ จะมีการตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ เนื่องจากผู้รับบริการบางส่วนมีการรับรู้ว่าการขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการที่เพิ่มมากขึ้น[33] ซึ่งในความเป็นจริงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้กล่าวไว้ว่า กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สถานพยาบาลให้การรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและขีดความสามารถของสถานพยาบาลโดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษา ซึ่งจะรวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วย[33, 34] จากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว จึงส่งผลให้อัตราการตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินน้อยลงไปด้วย

"ด้านพื้นที่อยู่อาศัย" ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จะเลือกจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบท และชุมชนเมืองตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับผลการวิจัยของ Samoraphop และคณะ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นที่อยู่อาศัยในเขตชุมชนชนบทและชุมชนเมืองมีการตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน[20] ข้อค้นพบที่แตก

ต่างดังกล่าวอาจเนื่องด้วย บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกากับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของไทยที่มีความสามารถในการเข้าถึงตัวผู้ป่วยที่แตกต่างกัน สำหรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของไทยนั้น การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงการให้บริการ จะมาจากปัจจัยหลักคือ การรับรู้ว่ามีบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อมั่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน[33] ส่วนเหตุผลที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีพื้นที่ตั้งของบ้านอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล จึงทำให้การนำส่งโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวสะดวกสบายกว่า[33, 34] สะท้อนว่าการขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจไม่ใช่การตัดสินใจหลักของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เหล่านี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังคงมีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรู้ด้านอาการและอาการแสดงในระดับต่ำ ดังนั้น พยาบาลควรมีการเสริมสร้างความรู้ทั้งด้านอาการและอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมที่สามารถสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษา ในกลุ่มประชากรที่มีความรู้ต่ำ การรับรู้และการตัดสินใจไม่เหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุหญิง รายได้น้อย การศึกษาต่ำกว่า ป.4 อาศัยในชุมชนชนบทและกึ่งเมืองกึ่งชนบท และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาหลังนำใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการตัดสินใจจัดการหากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงอาจยังไม่สะท้อนสถานการณ์การตัดสินใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาจริงด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยอาจเป็นการศึกษาภาคตัดขวางหรือการศึกษาย้อนหลัง

References

1. Piyoros K, Doungrat W, Vishuda C, Sarinrut S, Chatkanok D. Factors influencing the duration of decision making for seeking treatment in patients with acute heart failure. J Nurs Sci 2013;31(4): 23-33. (in Thai).
2. World Health Organization. Cardiovascular disease [Internet]. 2018. [cited 2018 Oct 28]. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/
3. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. Vol. 137, Circulation. 2018. 67–492 p.
4. World Heart Federation. CVD is the world's biggest killer [Internet]. 2017. [cited 2018 Oct 28]. Available from: https://www.world-heart-federation.org/

5. Parkphoom Y. The Annual Epidemiological Surveillance Report 2015. [Internet]. 2015. [cited 2018 Sep 3] Available from: http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015 /aesr2558/Part 1/11/cad.pdf
6. Chanchai T. The Provincial Inspection Report of Loei Province: Fiscal Year 2017 Round 1/2017 (8-10 February 2017). [Internet]. 2017. [cited 2018 Oct 15] Available from: http://203.157.71.148/hpc6/planning/สรุปผลการนิเทศผู้ตรวจ/ปี 2560/รอบที่ 1/ร้อยเอ็ด/ตก1/คณะ2/16.-ตก-1-โรคหัวใจ-ร้อยเอ็ด.doc
7. Warisa K, Niphawa S, Pawana K. Factors Related to Decision Time for Seeking Treatment in Patient with Myocardial Infraction. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2014;24(2):21–36. (in Thai).
8. Samoraphop B. Knowledge, Belief, and Decision Making about Acute Mypcardial Infraction Among Younger and Older Adult Thai and Laotian Immigrants in the United States. Saint Louis University; 2017.
9. Samoraphop B, Channarong P. The effect of delaying treatment among acute myocardial infarction patients : A systematic review. Journal of Nursing Science and Health. 2017;40(4):107–20. (in Thai).
10. Chitprapai S. Perception and Expectation of Emergency Medical Service in Paknamlangsuan Hospital, Chumphon Province. Reg 11 Med J 2017;31(2):271-8. (in Thai).
11. Thotsaphon D, Patcharin S. An Application of Marshall H. Becker's Health Belief Model [HBM] in the Study of Hypertension Patients in Urban Communities in Phitsanulok. Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences). 2017;10(3):101–13. (in Thai).
12. Bhunyabhadh C. Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. Thaksin University Journal. 2013;16(2):9–18. (in Thai).
13. Thassana P. Community Context Under the Semi-Urban, Semi-Rural Society. The Far Eastern University Gateway to Entrepreneurship. 2015;9(1):7-15. (in Thai).
14. Dracup K, McKinley S, LV D, Riegel B, Meischke H, DK M, et al. Acute coronary syndrome: what do patients know? Arch Intern Med. 2008;168(10):1049–54.
15. Swanoski, M.T, Lutfiyya, M.N, Amaro, M.L, Akers, M.F, Huot, K.L. Knowledge of heart attack and stroke symptomology: a cross-sectional comparison of rural and non-rural US adults. BMC Public Health. 2012;12(1):283
16. Hathaichanok C, Lertchai C. Knowledge and Prevention Behavior of Ischemic Heart Disease among Elders in Sikhiu District, Nakhonratchasima Province. Journal of Health Science 2015;24(6):1051-9. (in Thai).
17. Narongkorn C. Factors Influencing Self-Management Behaviors among Acute Myocardial Infraction Patients. Thesis of Master of Nursing Science (Adult Nursing). Burapha University; 2014. (in Thai).
18. Chonlada W. Factors related to the Happiness of Single women in Bangkok. [Master Project]. Bangkok: Srinakhrinwirot University. 2010. (in Thai).
19. Kamal SO, Ibrahim HD, Hasanali H, Soad A, Mahmoud SR. Educational Program for Myocardial Infarction Patients after Primary Percutaneous Coronary Intervention at Outpatient 2019;8(3): 58–66.

20. Samoraphop B, Tyler Z, Hisako M. Public Knowledge about Risk Factors, Symptoms, and First Decision-making in Response to Symptoms of Heart Attack among Lay People. Pacific Rim Int J Nurs Res 2018;22(1):18–29. (in Thai).
21. Intas G, Tsolakoglou J, Stergiannis P, Chalari E, Eleni C, Fildissis G. Do Greek Citizens have Minimum Knowledge about Heart Attack? A Survey. Heal Sci J. 2015;9(5):1–6.
22. Siriporn S, Sawitri L, Porntippa S. The Correlational Study between Knowleadge, risk behavior and risk of Osteoporosis in Elderly. Journal of Nursing and Education. 2014;7(2):83–94. (in Thai).
23. Leanne L. L, Jean C. M, Kimberly K. "Missing Pieces": Exploring Cardiac Risk Perceptions in Older Women. Res Gerontol Nurs 2013;6(2):107–15.
24. Narongkorn C. Self-Management in Coronary Artery Disease. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2017;12(3):147–56. (in Thai).
25. Sasiwimon B, Pimrat T, Kainapa K, Monpanee K. Health Status and Health Service Accessibility: SAMSEN Community. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(2):54–63. (in Thai).
26. Waraporn Y, Nitiya S. Community participation for the Surveillance ofemergencycardiovascular disease, Thepkeeresub-district, Na Wang, Nongbua Lamphu. Nursing, Health, and Education Journal. 2018;1(2):49–56. (in Thai).
27. Natthaya P, Jareesri K, Arun N, Kittisak L. Factors Influencing Cardiovascular Disease Prevention Behaviors Among the Risk Group in SuphanBuri Province, Thailand. HCU. Journal 2018;22 (43–44):55–69. (in Thai).
28. McSweeney JC, Cleves MA, Fischer EP, Pettey CM, Beasley B. Using the McSweeney Acute and Prodromal Myocardial Infarction Symptom Survey to Predict the Occurrence of Short-Term Coronary Heart Disease Events in Women. Women's Heal Issues 2017;27(6):660–5.
29. Thongchai A, Nipon M, Intanin C, Sowanee S, Bodin B. A Systematic Review: Factors Related to Pre-Hospital Emergency Medical Service Utilization 2017;11(1):37-46. (in Thai).
30. Piyanuch C, Pireudee P, Surachat NN, Kittipichau V. Utilization of Elderly Health Services, Tambon VIHARN KHAO, Amphor THA-CHANG, SING BURI. Vajira Nursing Journal 2016;18(2):42–50. (in Thai).
31. Supian P, Siriporn C. Perceptions of Symptoms of Myocardial Infarction among I-Saan Women: Ubonrachathani context. Journal of Nursing Science & Health 2012;35(2):43–52. (in Thai).
32. Ornwanya P. Risk factors and perception of coronary heart disease risk among Thai Patients with Type 2 Diabetes. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2012;18(2):34–47. (in Thai).
33. Surapa K. The Study of Factors Related to Use Emergency Medical Services, Ratchaburi Province. Journal PCK 2019;2(1):30-44. (in Thai).
34. Chitprapai S. Perception and expectation of emergency medical service in Paknamlangsuan hospital, Chumphon province. Reg 11 Med J 2017;31(2):271-8. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

Effects of Behavior Change on Glycemic Control in Type 2 Diabetes Patients with Uncontrolled Blood Sugar

Received: Jun 9, 2019
Revised: Sep 18, 2019
Accepted: Oct 10, 2019

ธีรภาพ เสาทอง พย.ม.(Teeraparp Saotong, M.S.N.)[1]
ปาหนัน พิชยภิญโญ Ph.D. (Panan Pichayapinyo, Ph.D.)[2]
สุนีย์ ละกำปั่น กศ.ด. (Sunee Lagampan, Ed.D.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นรูปแบบการศึกษากึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8 และรับการรักษาด้วยยารับประทาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดสุรินทร์ ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ได้แก่ การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ตื่นตัว ฝึกทักษะและการเสริมแรงด้านบวก ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 12 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองทั้งในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 และค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในสัปดาห์ที่ 12 ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ($p < .05$) แต่ผลต่างคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะการทำวิจัย คือ ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรม และการลดลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไปส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนได้

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, การรับประทานยา, การรับประทานอาหาร, การเคลื่อนไหวออกแรง

[1] *นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Deemteem20@gmail.com*

[2] *Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: panan.pic@mahidol.ac.th*

[3] *รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th*

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of behavior change on glycemic control among poor controlled type-2 diabetes patients with HbA1c above 8%. They all had oral glycemic control medication and received care in non-communicable care diseases units, Surin province. The experimental group consisted of 31 poor controlled diabetes patients and the comparison group consisted of 32 participants. By using the Transtheoretical model as the conceptual framework, the experimental group received 4 sessions including: 1) self-awareness enhancement; 2) motivation boost; 3) skill development and self-confident; and 4) positive reinforcement. Meanwhile, the comparison group received routine nursing care. Data were collected using questionnaires prior to the intervention, at the eighth week after the intervention, and at the twelfth week as a follow-up period. Data were analyzed using independent t-test and paired sample t-test.

Results revealed that the experimental group reported higher mean score in behavior change at week 8 and week 12 ($p<.05$), and mean difference scores in the experimental group was greater than those in the comparison group at week 12 when compared to the comparison group. The mean score of self-efficacy in the experimental group was higher at week 8 and week 12., The mean difference score between the two groups was not statistically significant difference at week 8 and week 12 ($p<.05$). There was no statistically significant difference in HbA1c level between two groups.

Results of the study suggest that the study duration should be increased to follow up behavior maintenance and HbA1c level. Therefore, the community nurse practitioners and healthcare providers should apply this program to change patients' behavior on glycemic control among poor controlled type-2 diabetes patients with HbA1c above 8% in community.

Keywords: diabetes type 2, Transtheoretical model, HbA1c, medication, food consumption, physical activity

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพทั่วโลกทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม ทั้งนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก ขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเบาหวาน 415 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 642 ล้านคน โดยพบว่า 1 ใน 11 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวานและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ประมาณ 5 ล้านคน[1] ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย สูญเสียอวัยวะ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[2,3] จึงทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 42,385 พันล้านบาทต่อปี[4] และในอนาคตคาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ถ้าไม่มีการดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน โดยค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ควรน้อยกว่าร้อยละ 7[5,6] มีรายงานว่าการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการใช้ยาสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ร้อยละ 0.40-2.00 ภายใน 12-24 สัปดาห์[7,8] ในขณะที่การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ร้อยละ 1.00-2.00 ภายใน 12-24 สัปดาห์ [9-11] และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ได้ร้อยละ 0.80[10] ภายใน 12-24 สัปดาห์[12,13] ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอศีขรภูมิเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศีขรภูมิ มีการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยในคลินิกโรคเบาหวานจะมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะรอตรวจ และจากการสำรวจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอศีขรภูมิ พบว่า การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานมีลักษณะเหมือนกันทุกระดับความเสี่ยง จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอศีขรภูมิ โดยมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8 ทั้งหมด 980 คน และพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องเป็นพฤติกรรมที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.30 รองลงมา คือ การไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 83.90 และการไม่รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 30.60 ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model : TTM) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน[14] มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนการใช้ทฤษฎีในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยและการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน[15,16] โดยทฤษฎีจะให้ความสำคัญกับความพร้อมของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยทฤษฎีเริ่มด้วยการประเมินความพร้อมเป็นรายบุคคล และจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระยะความพร้อมของบุคคลนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า กิจกรรมจะเริ่มจากการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้แรงจูงใจร่วมกับการฝึกทักษะ และการดูตัวแบบเพื่อให้พร้อมกับการเริ่มลงมือปฏิบัติ การบันทึกเพื่อให้เกิดการรับรู้การปฏิบัติและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการให้คำปรึกษาและกำลังใจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรม[17-19] ซึ่งทฤษฎีได้ระบุว่าเมื่อบุคคลมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ความสมดุลในการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้น จะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการจัดโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8.00 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้าน การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง
2. หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

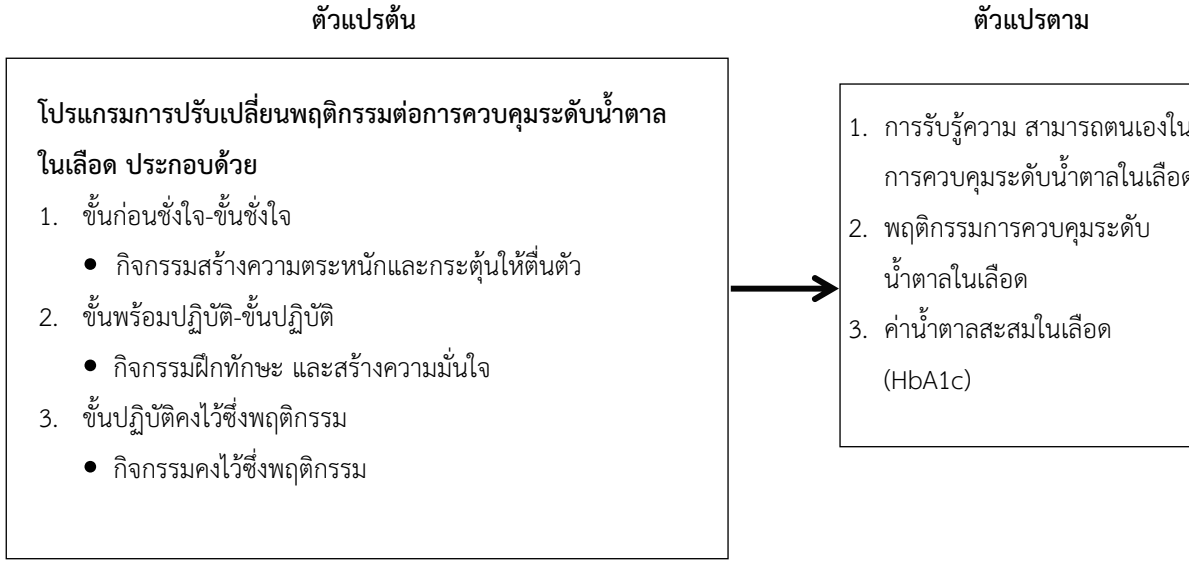
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลซ้ำสามครั้ง (Repeated measure) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparisons Group) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8 และมีอายุ 30-59 ปี รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเท่านั้น ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักไหม ช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 12 มกราคม 2562 ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ ในวันเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่าร้อยละ 8 ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไปการรักษาต่อที่อื่น และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจะคัดเลือกออกจากงานวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Polit และ Hungler[20] โดยกำหนดค่า Alpha เท่ากับ 0.05, Power เท่ากับ 0.80 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน[21] ได้ค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 26.09 ดังนั้นจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ต้องใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน รวมทั้งสิ้น 54 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวจากการวิจัย (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 33 คน รวมทั้งหมด จำนวน 66 คน

เครื่องมือที่ใช้และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ (สำหรับผู้วิจัย) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ชีพจร ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) และการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่ประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา[22] ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด คือ มั่นใจอย่างยิ่ง (5 คะแนน) มั่นใจ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ ค่าคะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.839

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน คือ เรื่องการรับประทานยา ถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ความถี่ ความต่อเนื่อง และจำนวนครั้งของการปฏิบัติตัวในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร ในประเด็นชนิดของอาหารที่รับประทาน อาหารที่จำกัดและไม่จำกัดในการรับประทาน วิธีการควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ การใช้อาหารแลกเปลี่ยนและจานอาหารเพื่อสุขภาพ และคำถามการออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมทางกายในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ในเรื่องความถี่ ความแรง ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการออกกำลังกาย รวมคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยแยกลักษณะการให้ตอบเป็น 2 ส่วน คือ การรับประทานยา และการรับประทานอาหาร ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบวัดประเมินค่า (Likert Scale) 4 ระดับ ส่วนการเคลื่อนไหวออกแรง ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบประเมิน Stanford Leisure-Time Activity Categorical Item (L-Cat)[23] เป็นคำถามให้เลือกตอบ 6 ระดับ จำนวน 1 ข้อ

ในการคิดพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้น มีการกำหนดสัดส่วนการให้คะแนนในแต่ละด้าน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับประทานยาสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ร้อยละ 0.40-2.00 การรับประทานอาหาร สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ร้อยละ 1.00-2.00 และการออกกำลังกาย สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ร้อยละ 0.80 ดังนั้น การกำหนดสัดส่วนการให้คะแนนจึงเป็น 2 : 2 : 1 ซึ่งเหตุผลที่ให้น้ำหนักคะแนนการรับประทานยา และการรับประทานอาหารมากกว่าการเคลื่อนไหวออกแรง เพราะจากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการรับประทานยา และการรับประทานอาหาร สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีกว่าการเคลื่อนไหวออกแรง ในระยะเวลาที่ศึกษาเท่ากัน ค่าคะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูง แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.694

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมครั้งที่ 1 (วันแรก) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ตื่นตัว (ขั้นก่อนชั่งใจ-ขั้นชั่งใจ) โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค โทษที่เกิดจากโรคเบาหวาน และประโยชน์ของการทำกิจกรรม ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์พฤติกรรมตนเอง และวิเคราะห์อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สรุปประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และให้ดูตัวแบบด้านบวก

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมครั้งที่ 2 (วันที่ 2) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 4 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ตื่นตัว (ขั้นก่อนชั่งใจ-ขั้นชั่งใจ) โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเคลื่อนไหวออกแรง (Physical activity) ที่ถูกต้อง และโทษที่เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่ควบคุมอาหาร และการไม่เคลื่อนไหวออกแรง พร้อมทั้งมอบเอกสารและคู่มือบันทึกสุขภาพโรคเบาหวาน ซึ่งในคู่มือจะมีแบบบันทึกการตรวจสุขภาพ แบบบันทึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และแบบบันทึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงของผู้ป่วย มีรายละเอียด ดังนี้

- คู่มือบันทึกสุขภาพโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น หลักการใช้ยาที่ถูกต้อง หลักการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานแบ่ง 3 กลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็น 3 สี (Traffic light diet) ได้แก่ อาหารที่ห้ามรับประทาน (สีแดง) อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัดจำนวน (สีเหลือง) และอาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดปริมาณ(สีเขียว) วิธีการควบคุมอาหารด้วยการประมาณสัดส่วนการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ โดยการใช้อาหารแลกเปลี่ยน และการกำหนดสัดส่วนอาหารที่ควรบริโภคในจานแต่ละมื้อ (My plate) และตัวอย่างรายการอาหารที่เหมาะสม และหลักการเคลื่อนไหวออกแรงที่ถูกต้อง เนื้อหาประกอบด้วยการเคลื่อนไหวออกแรงที่ถูกวิธีของผู้ป่วยเบาหวาน การสังเกตอาการตนเองขณะการเคลื่อนไหวออกแรง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ
- แบบบันทึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้บันทึกติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเอง โดยประเมินความเหมาะสมของการรับประทานอาหารตามเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้ เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม พร้อมทั้งเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาเพิ่มเติม และนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป
- แบบบันทึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้บันทึกติดตามพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงที่ถูกต้องในแต่ละวัน พร้อมทั้งเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาเพิ่มเติม และนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 4 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ (ขั้นพร้อมปฏิบัติ-ขั้นปฏิบัติ) โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและวางแผนในการทำกิจกรรม ฝึกทักษะในด้านการรับประทานยาที่ถูกต้อง อาหารแลกเปลี่ยน และการเคลื่อนไหวออกแรงที่ถูกต้อง ฝึกบันทึกปริมาณอาหารและชนิดอาหาร ฝึกบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรงในแต่ละวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนปฏิบัติให้ดู และให้ข้อมูลย้อนกลับ พร้อมกับอภิปรายปัญหาที่พบในการปฏิบัติแต่ละคน

สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมครั้งที่ 4 ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวแบบด้านบวก สรุปปัญหาอุปสรรค ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการออกกำลัง และการเสริมแรงด้านบวก หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ

การประเมินผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และการประเมินผลระยะติดตามผลการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 โดยก่อนทำกิจกรรมทุกครั้งจะทำการประเมินขั้นตอนการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง ในกรณีที่ประเมินผู้ป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติหรือเลื่อนขั้นในการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะทำการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นเดียวกัน เพื่อดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมกับในแต่ละขั้นตอน และร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถก้าวผ่านขั้นได้

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลก่อนการทดลองทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจะได้รับการสอนในเนื้อหาเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของการใช้ภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนการนำไปทดสอบ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตวจระมวล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2018-074 เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2561 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการเก็บข้อมูล และสอบถามความสมัครใจโดยมีการลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งอธิบายถึงการรักษาความลับของข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบการรักษาหรือการเข้ารับบริการตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ดำเนินการขอหนังสือเก็บข้อมูลการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศีขรภูมิ และสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอศีขรภูมิ เพื่อสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 ผู้วิจัยเลือกหน่วยบริการมา 2 หน่วยบริการ โดยเลือกหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 33 คน

1.3 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 2 แห่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย พร้อมกับขอความอนุเคราะห์ให้ทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 2 แห่ง ทำหนังสือเชิญผู้ป่วยที่คุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมาร่วมกิจกรรม

2. ระยะการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการทดลองจะดำเนินการหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้ ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเซ็นต์ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มทำกิจกรรม และก่อนเริ่มกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างมาเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (ตรวจเลือดประจำปี) เพื่อคัดเข้าการศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 8.00 และมีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัย (Inclusion criteria) ก็จะแจ้งให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จัดกิจกรรม นัดผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป

2.2 ก่อนเริ่มกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพื่อคัดเข้าการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวมรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (Pre- test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 (Post-test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 พร้อมกับเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในระยะติดตามผล (Follow-up) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากแบบวัดโดยการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Pair sample t-test

2. เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Pair sample t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอายุ 59 ปี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 55.20 (± 4.58) ปี และ 55.30 (± 4.52) ปี ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท สำหรับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาโดยไม่มีการปรับเปลี่ยนยาในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยอยู่ที่ 6.97 (± 4.61) ปีในกลุ่มทดลอง และ 7.44 (± 4.02) ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 1

สรุป คุณลักษณะทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลอง แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการหาค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และพบว่าค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่ 8 กับก่อนการทดลอง และสัปดาห์ที่ 12 กับก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p = .601$, $p = .449$ ตามลำดับ)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่ 8 กับก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = .070$) ในขณะที่ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสัปดาห์ที่ 12 กับก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน ($p = .009$)

กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .013$) แต่ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .697$) โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงเล็กน้อย ($p = .207$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ร้อยละ 0.55 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ร้อยละ 0.39

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	3	9.70	7	21.90	.302[a]
หญิง	28	90.30	25	78.10	
อายุ					
$\bar{X}$ ± S.D.	55.20 ± 4.58		55.30 ± 4.52		.687[b]
Min - max	42 - 59		44 - 59		
ศาสนา					
พุทธ	31	100	32	100	
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	16.10	8	25	.536[a]
คู่	26	83.90	24	70.50	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาตอนต้น ป.1-ป.4	24	77.40	27	84.40	.482[c]
ประถมศึกษา ป.4 ขึ้นไป	5	16.10	5	15.60	
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
Median (IQR)	5,000 (3,000)		5,000 (1,875)		.634[b]
Min - max	1,000-12,000		3,000-8,000		
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ปี)					
$\bar{X}$ ± S.D.	6.97 ± 4.61		7.44 ± 4.02		
Min - max	1 - 17		1 - 14		.667[b]

* p-value < .05; [a] Fisher's exact test, [b] Independent t-test, [c] Chi-square

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยและผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=31)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)				p-value[b]
	$\bar{x}$ (S.D.)	MD(S.D.)	S.E.	p-value[a]	$\bar{x}$ (S.D.)	MD(S.D.)	S.E.	p-value[a]	
1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด									
ก่อนการทดลอง	62.61 (6.78)				52.75 (5.55)				<.001*
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง		4.32 (7.71)	1.38	.012		337 (6.55)	1.16	.020*	.601
สัปดาห์ที่ 12 - ก่อนการทดลอง		5.52 (6.68)	1.19	<.001		675 (6.18)	1.09	<.001*	.449
2.พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด									
ก่อนการทดลอง	22.35 (1.94)				21.94 (1.64)				.371
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง		1.31 (2.10)	0.37	.001		.039 (1.86)	0.33	.72	.070
สัปดาห์ที่ 12 - ก่อนการทดลอง		1.83 (2.09)	0.37	<.001*		0.46 (1.90)	0.34	.573	.009*
3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด									
ก่อนการทดลอง	9.11 (1.05)				9.26 (1.41)				.643
สัปดาห์ที่ 12	8.56 (1.19)				8.86 (1.31)				.344
สัปดาห์ที่ 12 -ก่อนการทดลอง		-0.55 (1.15)	0.21	.013*		-0.39 (1.73)	0.30	.207	.679

*p-value < .05; [a]p-value = Pair sample t-test; [b] p-value = Independent t-test; MD = Mean difference (ความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ย)

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหวออกแรงได้ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับนาตาลในเลือดเพิ่มขึ้นและลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งผลการศึกษานี้ สนับสนุนทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความพร้อมของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska, Diclemente และ Norcross กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะต้องมีการเพิ่มความตระหนักรู้ โดยการปลุกจิตสำนึก ให้ความรู้ ค้นหาข้อมูลใหม่ ๆ รวมทั้งแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ[14]

การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษานี้ยังช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการเคลื่อนไหวออกแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ การฝึกให้ปฏิบัติให้ทำได้จริง การจดบันทึกการรับประทานอาหารและการจดบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรงในแต่ละวัน เพื่อเป็นการกำกับติดตามพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนในการทำกิจกรรม ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska, Diclemente และ Norcross กล่าวคือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นต่อตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ[14] และสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา ที่กล่าวว่า การที่บุคคลตัดสินใจ เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้[22] จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้ สามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมได้มากกว่าการได้รับความรู้ตามปกติที่ได้จากคลินิก

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษานี้สามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska, Diclemente และ Norcross คือ การที่บุคคลนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดจากการมีความรู้ ความตระหนักการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ทำให้บุคคลนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มองเห็นประโยชน์มากกว่าอุปสรรค มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[14] ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งก่อนเริ่มกิจกรรม กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินระดับขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทุกครั้ง เพื่อประเมินระดับความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยเริ่มที่ขั้นปฏิบัติ ซึ่งในขั้นนี้เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ประกอบด้วย การศึกษาจากตัวแบบด้านบวกที่อยู่ในกลุ่มทดลอง และได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละด้านได้ถูกต้องแล้ว โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ซึ่งจะทำให้กลุ่มทดลองที่ยังไม่ก้าวผ่านขั้นสนใจทำกิจกรรมมากขึ้น มีความรู้ ความตระหนัก สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรม และยังกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง ให้การเสริมแรงทางบวก (Reinforcement management) โดยการกล่าวชมเชยสมาชิกที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holmen

และคณะ ได้ศึกษาทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ในขั้นพร้อมปฏิบัติผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17]

ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาไม่นานพอที่จะทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงได้มากกว่านี้ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มนี้มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 8.00 และเป็นกลุ่มที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะต้องใช้เวลาในการศึกษาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8 ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเบาหวาน เนื่องจากในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการเป็นจำนวนมาก แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีจำนวนมากเช่นกัน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมไม่มีความซับซ้อน ใช้ระยะเวลาไม่นานรวมทั้งมีสมุดคู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบบันทึกการรับประทานอาหาร และแบบบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีกด้วย

2. ควรมีการอบรม ฝึกทักษะให้กับพยาบาล และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดร้อยละ 8 ขึ้นไป อาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมาเป็นเวลานาน และอาจมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองไม่มากนัก ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพื่อติดตามค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรม และการลดลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และในส่วนของกิจกรรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านเนื้อหา และรูปแบบในการจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของในแต่ละพื้นที่

2. พยาบาลเวชปฏิบัติหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและระบบการให้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในสถานบริการด้านสุขภาพ และหน่วยงานอื่น ๆ ได้

References

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 (No. WHO/NMH/NVI/15.1). World Health Organization. 2014.
2. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus. Diabetes Care 2007;30(1):162-72.
3. Chatchalit R. The diabetes epidemic and impact on Thailand 2013 [Internet]. 2016 [cited 2016 April 17]. Available from: http://www.dmthai.org/briefingbook.pdf. (in Thai).
4. American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes. Diabetes Care 2016; 39(1): 6-72.
5. American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets. Diabetes Care 2017;40 (Supplement 1): S48-S56.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2017: Abridged for primary care providers. Clinical Diabetes 2017;35(1):5-26.
7. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. Diabetes Care 2009;32(1):193-203.
8. Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Guidelines for Diabetes Mellitus 2017. Bangkok: Aroonprinting; 2017. (in Thai).
9. Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H, Miser WF. Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a pilot study. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 2012;112(11):1835-42.
10. Al-Shookri A, Khor G, Chan Y, Loke S, Al-Maskari M. Effectiveness of medical nutrition treatment delivered by dietitians on glycaemic outcomes and lipid profiles of Arab, Omani patients with type 2 diabetes. Diabetic Medicine 2012;29(2):236-44.
11. Elhayany A, Lustman A, Abel R, Attal-Singer J, Vinker S. A low carbohydrate Mediterranean diet improves cardiovascular risk factors and diabetes control among overweight patients with type 2 diabetes mellitus: a 1-year prospective randomized intervention study. Diabetes, Obesity and Metabolism 2010;12(3):204-209.
12. Umpierre D, Ribeiro PA, Kramer CK, Leitao CB, Zucatti AT, Azevedo MJ, et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Medical Association 2011;305(17): 1790-99.
13. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exercise and type 2 diabetes. Diabetes Care 2010;33(12):e147-e67.
14. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992;47(9):1102-14.

15. Arafat Y, Mohamed Ibrahim MI, Awaisu A. Using the transtheoretical model to enhance self-management activities in patients with type 2 diabetes: a systematic review. Journal of Pharmaceutical Health Services Research 2016;7(3):149-56.
16. Guicciardi M, Lecis R, Anziani C, Corgiolu L, Porru A, Pusceddu M, et al. Type 2 diabetes mellitus, physical activity, exercise self-efficacy, and body satisfaction. An application of the transtheoretical model in older adults. Health Psychology and Behavioral Medicine 2014;2(1): 748-58.
17. Holmen H, Torbjornsen A, Wahl AK, Jenum AK, Smastuen MC, Arsand E, et al. A mobile health intervention for self-management and lifestyle change for persons with type 2 diabetes, part 2: one-year results from the Norwegian randomized controlled trial RENEWING HEALTH. JMIR mHealth and uHealth 2014;2(4):e57.
18. Partapsingh VA, Maharaj RG, Rawlins JM. Applying the Stages of Change model to type 2 diabetes care in Trinidad: A randomised trial. Journal of Negative Results in BioMedicine 2011;10(1):13:1-8
19. Yardley L, Morrison L, Bradbury K, Muller I. The person-based approach to intervention development: application to digital health-related behavior change interventions. Journal of Medical Internet Research 2015;17(1):e30.
20. Polit DF, Hungler BP. Nursing research principles and methods. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins. 1999.
21. Hathaiporn C. Effects of program to promote diet and yoga-based exercise on glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus in Samutprakarn Province [thesis]. Bangkok; Mahidol University; 2013. (in Thai).
22. Bandura A. Social foundations of thought and action : A Social Cognitive Theory. Prentice-Hall : United States of America, 1986.
23. Kiernan M, Schoffman DE, Lee K, Brown SD, Fair JM, Perri MG, Haskell WL. The Stanford leisure-time activity categorical item (L-Cat): a single categorical item sensitive to physical activity changes in overweight/obese women. International Journal of Obesity 2013:37(12): 1597-602.

บทความวิจัย

ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ

Relatives' Lived Experience of Caring for the Terminal Stage of Older Patients to Achieve a Peaceful Death

Received: Mar 7, 2020
Revised: May 22, 2020
Accepted: May 29, 2020

พวงพยอม จุลพันธ์ พย.ม (Paungpayom Jullapan, MSc.)[1]
พรพรรณ มนสัจจกุล ปรด. (Pornpun Manastachakun, Ph.D.)[2]
สุพรรณี สุดสา พ.บ. (Supannee Sudsa, MD)[3]

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุซึ่งสะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่แปรผกผันกับการมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับอาการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องรับมือกับกระบวนการตายที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบและไม่ทุกข์ทรมาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรเข้าใจญาติหรือสมาชิกในครอบครัวถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายเพื่อจะช่วยเตรียมความพร้อมในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายและส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตของครอบครัวไปได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ ใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจำนวน 12 คน โดยเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่รุนแรงหรือโรคที่อยู่ในขั้นที่รักษาไม่หาย และเลือกกลับไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน การวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการของ แวน แมนแนน (van Manen) ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ อธิบายได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเป็นผู้ตอบแทน หมายถึง ได้ตอบแทนสิ่งที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุ 2) การเผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหา หมายถึง ได้ต่อสู้กับความหวาดกลัวที่เกิดขึ้น 3) การรู้ซึ้งถึงการมีชีวิตอยู่ หมายถึง ได้อยู่ร่วมกันในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ และ 4) การก้าวข้ามความรู้สึกผิด หมายถึง ได้รับมือต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น จากผลการศึกษานี้อาจใช้เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายและสนับสนุนให้ญาติหรือสมาชิกครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบได้

คำสำคัญ: การดูแล, การตายอย่างสงบ, ญาติ, ผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

[1] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี Email: yom5500jul@gmail.com*

[2] *Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ Email: pornpun.manasatchakun@gmail.com*

[3] *นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี Email: supanneehematopmk@gmail.com*

[1,3] *Udon Thani Hospital, Thailand*

[2] *Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand*

Abstract

Presently, most of Thai older people are suffering from chronic diseases with many health problems associated with aging. This ill-health influences their quality of life which proportionally inverse to the longer average life expectancy, especially in those who face with serious health condition in the last part of their lives. The families of older patients need to prepare to deal with the dying process. Therefore, healthcare providers should understand the relatives about the care of older patients in the terminal stage of palliative care. This study aimed to describe relatives' lived experience of caring for the terminal stages of life among older patients to achieve a peaceful death. A phenomenology with Heidegger's hermeneutic approach was used. A purposive sampling technique was used to recruit 12 relatives who provided care for older patients with serious disease or in an incurable state and received home palliative care. Data were analyzed using van Manen's method. Four structural experiences of the relatives' lived experience of caring for the terminal stages of older patients to achieve a peaceful death were emerged including 1) Being compensated: rewarding things which are valuable to older patients; 2) Encountering obstacles and solving problem: overcoming the fears; 3) Appreciation of existence: spending quality time together in the last part of life; and 4) Transcending guilt: dealing with loss. Findings may be useful to develop caring system or guideline for older people in achieving peaceful death at the terminate stage of their life. Findings should be used to support family members for improving older patients' quality of life when encountering the terminal stage.

Keywords: caring, older patient, peaceful death, relative, terminal stage

บทนำ

การที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นส่งผลให้อายุเฉลี่ยของประชากรยืนยาวมากขึ้น ในประเทศไทยพบว่าประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ที่เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นจากการประมาณในปี พ.ศ. 2563 ค่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดประชากรเพศหญิงของไทย จะเพิ่มจากปี พ.ศ. 2558 โดยเพิ่มจาก 78.40 ปี เป็น 79.30 ปี และประชากรเพศชายเพิ่มจาก 71.60 ปี ในพ.ศ. 2558 เป็น 72.60 ปี ใน พ.ศ. 2563[1] อย่างไรก็ตามจากกระบวนการสูงอายุทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เสื่อมลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ เช่นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลถึงร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ[2] การที่ผู้สูงอายุอายุยืนยาวขึ้นอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย ความเจ็บปวดจากภาวะแทรกซ้อนจากการมีโรคเรื้อรังของตน ความกังวลต่อโรค หรือความกลัว[3] ความรู้สึกเหล่านี้อาจจะจะส่งผลถึงสภาวะสุขภาพของตัวผู้สูงอายุเองและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล อาจจะกล่าวได้ว่าการมีอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นช่วงชีวิตที่มีความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการตรวจร่างกายพบว่าเกือบร้อยละ 40.00 ของผู้สูงอายุเพศชายและมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุเพศหญิงมีรายงานว่ามีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว[4] พบผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะทุพลภาพในช่วงบั้นปลายของชีวิต รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่

สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ยังไม่มีระบบในการดูแลที่จำเพาะเจาะจง ซึ่งในบทบาทของบุคคลากรผู้ดูแลสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมในผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วยสูงอายุมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี[5] องค์การอนามัยโลก[6] ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ไว้ว่า เป็นวิธีการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลเพื่อการเผชิญปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกัน มีการระบุสาเหตุอย่างรวดเร็ว มีการประเมินการรักษาความเจ็บปวดและปัญหาอื่น ๆ อันครอบคลุม ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญาณ นอกจากนั้นในการดูแลแบบประคับประคองยังถือว่ากระบวนการตายเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นปกติ การดูแลนี้มุ่งมั่นที่จะไม่รีบเร้าหรือชะลอการตาย แต่จะเคารพในชีวิตของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและทำให้กระบวนการเป็นไปอย่างธรรมชาติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตจนกว่าจะถึงแก่ชีวิต ช่วยครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญได้เตรียมพร้อมเพื่อการรับมือกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความสูญเสียของการเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้น ในการให้การดูแลแบบประคับประคองมีการใช้วิธีการทำงานโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีการควบคุมอาการไม่สุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่คุกคาม ดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ[7]

ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยการสนับสนุนของญาติหรือผู้ดูแลจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยสูงอายุอันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองเนื่องจากญาติหรือกลุ่มผู้ดูแลจะเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย เป็นผู้มีหน้าที่ในการช่วยตัดสินใจ สื่อสาร ดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้กับความตายที่กำลังเผชิญ ประคับประคองผู้ป่วยที่ต้องประสบกับการสูญเสียทั้งด้านบทบาทหน้าที่ และความสูญเสียในด้านอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุบางคนอาจจะไม่สามารถที่จะยอมรับเมื่อโรคได้มีการดำเนินจนเข้าสู่ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต แต่จากโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงด้านบริบททางสังคม เช่น การที่ครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่จากในอดีตญาติพี่น้องมีความสนิทสนม การเจ็บป่วยมีญาติช่วยดูแล ลูกดูแลพ่อแม่ เมื่อเกิดการตายซึ่งมักจะเกิดในบ้าน บุตรหลานได้เรียนรู้ในการเตรียมผู้เจ็บป่วย แต่ในภาวะปัจจุบันการตายมักเกิดขึ้นในโรงพยาบาล บทบาทการดูแลของญาติปรับเปลี่ยนไปโดยเน้นการดูแลในสถานพยาบาล ซึ่งจะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลขาดโอกาสในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุบางรายอาจต้องการที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อให้ได้อยู่ในสถานที่และสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ได้รับการดูแลที่ดีและได้รับความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว[8] โดยจะเห็นว่าเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหาด้านร่างกาย เช่น อาการเพลีย สับสน การเบื่ออาหาร ภาวะขาดน้ำ การปวด หายใจเหนื่อย ท้องผูก ไม่สามารถปัสสาวะได้ เผชิญการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและจิตวิญาณ เช่น ความรู้สึกกลัว ซึมเศร้า วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด การให้ความหมายในชีวิตที่เปลี่ยนแปลง การไม่ยอมรับต่อความตาย[9] ด้วยเหตุนี้ยิ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของญาติหรือสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย ดังนั้นในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองความต้องการของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและสมาชิกครอบครัวสำหรับการรับมือกับความเจ็บป่วยเมื่ออยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมถือว่าเป็นความท้าทายอย่างหนึ่งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในยุคปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพและเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือกลุ่มผู้ดูแลหลัก แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยมีความเจาะจงที่

กลุ่มผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉพาะโรค เช่นในผู้ป่วยมะเร็ง[10] แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น ในการให้การพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีความเข้าใจปรากฏการณ์อันสะท้อนประสบการณ์ของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายเพื่อให้เข้าใจสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้สามารถเผชิญการตายอย่างสงบ อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutics) ตามแนวคิดของ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger)[11] เพื่อแสวงหาคำตอบว่าญาติของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ความหมายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เผชิญกับความตายอย่างสงบ ผู้วิจัยศึกษาผ่านกระบวนการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่ญาติผู้ที่ได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายและตีความประสบการณ์ของญาติเพื่อให้เข้าใจอย่างแท้จริงในปรากฏการณ์ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตให้เผชิญการตายอย่างสงบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้คือญาติผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้วิจัยได้มีการสอบถามหน่วยดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานีเกี่ยวกับรายชื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเข้ากับเกณฑ์คัดเข้าโดยผู้วิจัยมีการกำหนดเกณฑ์เพื่อใช้ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ 1) เป็นญาติที่ให้การดูแลหลักครอบคลุมการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายในด้านกิจวัตรประจำวันที่บ้านโดยผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่รุนแรงหรือโรคที่อยู่ในขั้นที่รักษาไม่หาย แพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคดังกล่าวต่อ และผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเลือกกลับไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้านด้วยตนเอง 2) รับรู้ว่าผู้ป่วยสูงอายุมีอาการที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 5) เป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบระหว่าง เดือนมกราคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2562 และ 6) ยินดีเข้าร่วมเพื่อให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้แสดงความความหลากหลายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ และถึงจุดอิ่มตัว[12]

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้รูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างโดยมีคำถามหลัก (Initial questions) ครอบคลุมประเด็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ ตัวอย่างเช่น “คุณรู้สึกอย่างไรกับการเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย” “คุณมีวิธีการอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ” “ช่วยเล่าถึงกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแต่ละวันได้หรือไม่” “คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อดำเนินกิจกรรมเหล่านั้น” “คุณจัดการกับความรู้สึกนั้นอย่างไร” กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีประเด็นที่อธิบายไม่ชัดเจนผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติม โดยใช้คำถามเจาะลึก (Probing questions) ลักษณะคำถามเช่น “ช่วยอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่คุณได้เล่าได้หรือไม่” เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างความหมายในประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบาย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลอุดรธานี รหัสเอกสารหมายเลข 59/2562 ลงวันที่ 4/11/62 ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิด

ขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจก่อนที่จะตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่แสดงถึงผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเสียงการสนทนาจะต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการบันทึกเสียงและผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัยก่อนกระบวนการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และไม่กระทบต่อการรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานีต่อผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายหรือญาติซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล เอกสารข้อมูลการถอดเทปบันทึกเสียงจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อคและส่วนที่เป็นไฟล์ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการเข้ารหัสโดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ หลังจากกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น 3 ปีจะมีการย่อยทำลายเอกสารข้อมูลดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาในการเก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคมพ.ศ. 2562-เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยมีการให้คณะผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 2 ท่านดูความเหมาะสมในภาพรวมด้านเนื้อหาภาษาและความครอบคลุมกับวัตถุประสงค์การวิจัย[13] ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 2 คน หลังจากการทดลองใช้ข้อคำถามได้มีการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยมากขึ้น นอกจากแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพนักวิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวมรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนั้นทีมผู้วิจัยได้มีกระบวนการในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการศึกษาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย ทีมผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและเคยผ่านการอบรมในการทำวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งจะช่วยให้ทีมผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีความเที่ยงและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการสัมภาษณ์ได้ใช้แนวคำถามที่ได้สร้างขึ้นโดยใช้เวลาสัมภาษณ์แบบเชิงลึกครั้งแรก 50-60 นาทีและครั้งต่อไป 30-45 นาที จำนวน 1-2 ครั้งต่อผู้ให้ข้อมูล 1 ราย จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 รายมีจำนวน 2 รายที่ได้ทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้งเนื่องจากเป็นความประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลจากการมีธุระเร่งด่วนระหว่างการสัมภาษณ์ โดยมีระยะห่างระหว่างการให้ข้อมูลครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 จำนวน 1 วัน หลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลที่อิ่มตัวโดยประเมินจากประเด็นของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อเผชิญกับการตายอย่างสงบมีข้อมูลที่มีความซ้ำกับข้อมูลเดิม และมีความหลากหลายของประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดง ขณะทำการสัมภาษณ์ได้มีการบันทึกด้วยเทปบันทึกเสียงทุกครั้ง นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสังเกตสีหน้าการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของร่างกายที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกและบันทึกประเด็นที่ที่จะสืบค้นต่อ เพื่อสะท้อนและไตร่ตรองเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความตามกระบวนการของ Van Manen14 โดยกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) ดำเนินการค้นหาความหมายและการตีความประสบการณ์ โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอนดังนี้

1. การย้อนกลับไปเพื่อทำความเข้าใจธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต (Turning to the nature of lived experience) เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาโดยเป็นกระบวนการที่ทำให้เข้าใจถึงการได้มาซึ่งคำถามการวิจัย (Formulating a research question) การเชื่อมโยงระหว่างคำถามการวิจัยและการได้มาซึ่งข้อมูล รวมถึงการเข้าใจเกี่ยวกับภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล ความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยสุดท้าย สิ่งแวดล้อมและความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการให้ความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ขณะดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายเพื่อให้ได้เผชิญกับความตายอย่างสงบ ซึ่งการทำความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความเข้าใจสิ่งที่จะสะท้อนออกมาเป็นแก่นแท้ของประสบการณ์ (Essence) เชื่อมโยงกับโครงสร้างของประสบการณ์ดังกล่าว (Structure of a lived experience)

2. การสำรวจ ค้นหาประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาโดยให้เป็นเช่นส่วนหนึ่งของประสบการณ์นั้น (Investigating

experience as we live it) เน้นให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาโดยผ่านกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้มาถึงข้อมูลของโลกประสบการณ์ที่ญาติใช้ชีวิตอยู่ (The world of lived experience) และทำความเข้าใจซ้ำไปซ้ำมามีการตรึกตรองอย่างมีเหตุผล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาเพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่ได้ตีความเป็นการตีความจากสิ่งที่ได้จากการศึกษาหรือประสบการณ์ที่ญาติได้ให้ข้อมูล

3. การสะท้อนแก่นแท้ของประสบการณ์ซึ่งกำหนดโครงสร้างความหมายของปรากฏการณ์ (Reflecting on the essential themes) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยค้นหาปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบของญาติ มีการถอดเทปคำต่อคำ มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ อ่านคำบรรยายที่ได้ทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษา (Wholistic or sentence approach) แยกแยะความหมายของคำบรรยาย และไม่ให้สิ่งที่สำคัญสูญหาย พิจารณาคำสำคัญหลัก (Essential units) และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ย่อยและประสบการณ์ในภาพรวม นำสิ่งที่ได้มาอธิบายความหมาย สร้างหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Structures of meaning or themes) โดยจะแทนโครงสร้างปรากฏการณ์ (Structure of experience)

4. การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา (The art of writing and rewriting the phenomenon) ผ่านกระบวนการเขียนพรรณนาเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจประเด็นความหมายได้ชัดเจน มีการทบทวนและมีการยกตัวอย่างหรือขยายความเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้อ่าน

5. การดำรงไว้ซึ่งคำสำคัญที่มีความหมายเพื่อสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ได้ทำการศึกษา (Maintaining a strong and oriented relation) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงการตอบคำถามการวิจัยที่ครอบคลุม และดำรงไว้ซึ่งความชัดเจนของข้อมูลที่สะท้อนปรากฏการณ์ที่ศึกษา

6. การคงไว้ซึ่งความสมดุลของบริบทโดยพิจารณาส่วนย่อยและข้อมูลภาพรวม (Balancing the research context by considering the parts and the whole) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาความเชื่อมโยงและความสอดคล้องของปรากฏการณ์ส่วนย่อยและในภาพรวม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)[15] ครอบคลุมเรื่องความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) การวิจัยนี้ได้มีการดำเนินการโดยทีมนักวิจัยที่มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีการตรวจสอบความเข้าใจของข้อมูลที่ได้รับจากกระบวนการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลการวิจัย หลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้นมีการสรุปทบทวนการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีทบทวนข้อมูล เช่น การวิเคราะห์ผลของการวิจัย และมีการตรวจสอบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยทั้ง 3 คนโดยเป็นการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูล (Dependability) นอกจากนั้นผู้วิจัยตระหนักถึงความสามารถในการยืนยันได้ของข้อมูล (Confirmability)[16] โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะตรวจสอบข้อมูลที่ได้หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเสร็จสิ้น และทีมผู้วิจัยสามารถตรวจสอบข้อมูลการวิจัยได้ในทุกระยะของการวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 12 รายเป็น เพศชาย 3 ราย เพศหญิง 9 ราย มีอายุระหว่าง 28-61 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงปริญญาตรี มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุระยะสุดท้ายได้แก่เป็นสามี/ภรรยา บุตร และหลาน ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69.7 ปี ทุกครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบของญาติสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเด็น (The structures of experience) คือ การเป็นผู้ตอบแทน การเผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหา การรู้ซึ้งถึงการมีชีวิตอยู่ และการก้าวข้ามความรู้สึกผิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเป็นผู้ตอบแทน

การเป็นผู้ตอบแทนหมายถึงการที่ญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลได้ทำสิ่งที่มีความหมายและคุณค่าต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตโดยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดครอบคลุมถึงการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความต้องการภายในของผู้สูงอายุเองเพื่อให้มีการดำเนินอยู่ของชีวิตแม้จะอยู่ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ญาติได้อธิบายถึงกระบวนการในการตอบแทนโดยมี

การเตรียมตัวของครอบครัว การวางแผนการแบ่งงานในการดูแลกรณีที่ผู้สูงอายุมีบุตรมากกว่า 1 คน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในเวลากลางวันและกลางคืน ญาติดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางร่างกายอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือบางคนนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ดูแลให้ได้รับความสุขสบาย เช่นความสะอาดของร่างกาย การระบายเสมหะ การได้รับออกซิเจน การได้รับอาหารกรณีที่ร่างกายผู้สูงอายุยังมีกระบวนการย่อยอาหารที่สามารถทำงานได้ การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การได้ใส่เครื่องนุ่งห่มอย่างที่ชีวิตประจำวันเคยได้ใส่ การได้อยู่ในที่อยู่อาศัยที่เคยอยู่ตลอดช่วงชีวิต การได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและการเจ็บปวด การดูแลให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยผ่านการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ด้วยการฟังหรือการสัมผัส ดูแลด้านค่าใช้จ่าย การนำส่งโรงพยาบาล *“....ตอนที่รู้ว่าแม่อยู่ในระยะสุดท้าย พวกเราวางแผนว่าใครเป็นคนดูแล แม่มีลูกหกคน ก็ดูว่าตอนเช้าใครตอนเย็นเป็นลูกสาวอีกคน พี่สาวดูแลตลอด ลูกชายเป็นคนประสานเวลาไปรพ. พวกค่าใช้จ่ายต่าง ๆก็ช่วยกัน....(ID3)* และ *“....พอใจกับทุกอย่าง กับผลที่ได้รับ แกไปสงบ ไม่ทรมาน เราต้องให้เขาไม่ทรมาน บ้านเรามีวิธีจัดการเรื่องนี้ก็ไม่ต่างกับเด็กอ่อน เขาเลี้ยงเรายังไงเราก็ต้องดูแลเขาแบบนั้น เขาดูแลเราอาบน้ำป้อนน้ำป้อนข้าวป้อนนมตั้งแต่เราเกิดเราต้องทำหน้าที่ทำให้แกสบายที่สุด.....”* (ID4) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนอธิบายการแสดงออกถึงความรักและความห่วงใยและการยืนยันให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เป็นภาระ *“....แกจะกังวลว่าครอบครัวจะลำบาก ต้องปลอบแกว่าขอแค่แกนอนหลับกินอิ่มไม่ต้องกังวล วันสุดท้ายที่แกอยู่แกได้กินสิ่งที่แกชอบแล้วก็หมดลม แกก็หลับและยาวเลย.... ”* (ID10) นอกจากนั้นยังมีการตอบแทนให้ ได้ทำตามความเชื่อและศรัทธาของผู้สูงอายุ *“....แกก็พยายามลุกมาเตรียมของให้ผมทำอาหารใส่บาตร ช่วงที่แกพอจะลุกได้ ผมเห็นแกปวด แกกัดฟัน แกทน แต่ก็เตรียมของให้ได้ใส่บาตร...”* (ID1) ผู้ให้ข้อมูลบางคนได้อธิบายถึงการตอบแทนในด้านการให้ได้ตัดสินใจในการรักษา *“....ยายแกเตรียมตัวทุกอย่าง แกบอกว่าถ้าเป็นอะไรสุดท้ายห้ามพาไปรพ. ให้อยู่ที่บ้าน ขอหลับที่บ้าน ห้ามใส่ออกซิเจนไม่ใส่สาย ได้ทำตามที่ยายต้องการ....”* (ID7) จะเห็นว่าการให้ความหมายของการเป็นผู้ตอบแทนนี้ญาติซึ่งเป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุได้อธิบายให้เห็นความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในอดีตที่ผู้สูงอายุได้ดูแลและเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน ให้ความรักขณะที่ญาติยังอยู่ในวัยเยาว์และเมื่อถึงเวลาที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้การช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบเป็นการตอบแทนที่ญาติทำเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะให้ผู้สูงอายุได้สิ้นชีวิตอย่างมีความสุข ตอบแทนในวันและวาระสุดท้ายที่ผู้ป่วยสูงอายุยังมีลมหายใจอยู่ให้ได้ทำหรือได้อยู่ในสิ่งที่ผู้สูงอายุปรารถนา

2. การเผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหา

การเผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหา หมายถึงการที่ญาติต้องต้องต่อสู้กับความหวาดกลัว ความกังวลและความเครียดในสิ่งที่ไม่รู้หรือไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย เช่นไม่รู้ต้องทำอย่างไรจึงจะปลดปล่อยความเจ็บปวดของผู้สูงอายุให้ผู้ป่วยได้ทรมานน้อยที่สุด หรือการจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าเมื่ออาการของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่สูญเสียหน้าที่ซึ่งเห็นได้ชัดเจนคือการหายใจที่ลำบากและการที่ต้องจัดการกับอาการทุกข์ทรมานเมื่อผู้สูงอายุแสดงออกถึงความเจ็บปวด *“....เราก็คิดว่าอาการปวดมันทรมานแม่ คนดูแลก็จะทำถูกบ้างไม่ถูกบ้าง เราก็คิดมาก คนดูแลเราจะทำยังไง เรากลัวแกเจ็บ ระบบมันรวน อุปกรณ์มันก็ร้อง แม่ก็จะเจ็บ ต้องการให้เพิ่มยาเราไม่รู้ต้องทำยังไงต้องรอหลานมาทำหรือเปลี่ยนเป็นยาเม็ดแทน....”* (ID5) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหา พยายามเรียนรู้ และค้นหาสิ่งสนับสนุนเช่นความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนด้านคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง *“....ขอแค่ให้แกมีความสุขตอนที่เราดูแล แต่หนูมีปัญหาเรื่องการผสมยา เพราะว่าหนูไปทำงานช่วงที่ยาหมดแกจะไม่ได้ยาตอนนั้น ปกติหมออนามัยแกจะผสมให้แต่เขามีงานเยอะเราก็ต้องแก้ปัญหาโดยการประสานอนามัยอื่นแทนต้องมีการวางแผนที่มีการสำรอง....”* (ID7) หรือ *“.... อุปกรณ์ช่วยหายใจมันทำงานไม่ได้ มันตัดการทำงานไปเลย แต่พยายามโทรหาพี่ที่รพสต.เขาก็ดีมากสี่ทุ่ม ห้าทุ่ม เขาก็มาดูให้ บางทีออกซิเจนมันไม่ดีแกก็มาดูให้....”* (ID2) นอกจากนั้นการเผชิญหน้ากับอุปสรรคและการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ผู้ให้ข้อมูล

สะท้อนถึงความหมายและความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากญาติคนอื่น ๆ หรือสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด เช่น สามีหรือภรรยาของผู้ดูแล *"....บางทีเราก็ไม่เข้าใจในการรักษา จะทำยังไงตอนที่อยู่บ้าน เราเป็นคนดูแลหลักก็หนักใจท้อบ้างแต่เรามีแม่คนเดียว แต่สามีก็ไม่ว่าอะไรขออะไรเขาก็ช่วยทุกอย่างเป็นกำลังใจให้เรา อันไหนเราทำไม่ได้เขาจะทำเองนอนเฝ้าแม่ไปกับเราเหมือนแม่เขาเองเพราะผูกพันกับแม่..."* (ID5)

3. การรู้ซึ้งถึงการมีชีวิตอยู่

การรู้ซึ้งถึงการมีชีวิตอยู่ถูกสะท้อนในรูปแบบประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในระยะสุดท้ายแต่การที่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุเป็นความสวยงามเนื่องจากผู้ดูแลไม่รู้ระยะเวลาว่าผู้สูงอายุจะหมดลมหายใจวันเวลาใด *"....การตายเป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิตเราต้องเจอ ชีวิตมันยื้อไม่ได้ พระพุทธเจ้าดีขนาดไหนยังตาย ให้อยู่กับปัจจุบันเมื่อไหร่ก็เมื่อนั้นรู้อยู่ว่าจะตายแต่ตายวันไหนไม่รู้ ขอแค่ตอนนี้เหมือนอยู่กับลูกกับหลานก็เหมือนได้ขึ้นสวรรค์ ตอนที่ดูแลสามีเราจะทำที่แกบอกทุกอย่าง ไม่ขัดแก ให้มันเป็นธรรมชาติ อันไหนทำให้แกสบายไม่เจ็บปวดก็ทำ ตอนนี้ถึงเราเจ็บป่วยเราก็ต้องอยู่ให้ได้...."* (ID11) จากการให้ความหมายของการรู้ซึ้งถึงการมีชีวิตอยู่สะท้อนการใช้ชีวิตอยู่กับชีวิตที่มีลมหายใจในปัจจุบันเป็นสิ่งที่สำคัญ การกระทำทุกอย่างของผู้ดูแลเป็นการทำเพื่อมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ในขณะที่ผู้ดูแลรู้สึกถึงความสำคัญของการมีลมหายใจในเวลาปัจจุบันก่อนการสิ้นลมหายใจของผู้สูงอายุที่ตนได้ดูแล ผู้ดูแลยังได้เชื่อมโยงถึงความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ของตนเองด้วยเช่นกันโดยได้สะท้อนว่าการมีชีวิตเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่ในช่วงชีวิตของตนเองด้วยตนเอง

4. การก้าวข้ามความรู้สึกผิด

การก้าวข้ามความรู้สึกผิด หมายถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ได้เสียชีวิตอย่างสงบโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามในการดูแลบางครั้งทำได้ไม่เต็มที่ตามความสามารถ ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเจ็บปวดที่ผู้สูงอายุมีก่อนการเสียชีวิตรวมถึงความรู้สึกผิดหลังจากที่ผู้ป่วยสูงอายุได้เสียชีวิตลงแล้ว ผู้ให้ข้อมูลแสดงถึงความรักและความผูกพันที่ตนมีต่อผู้ป่วยสูงอายุ รู้สึกสูญเสียเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตแล้ว บางครั้งเกิดความรู้สึกติดค้างในสิ่งที่ได้เคยดูแล ขณะที่ผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่ ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนและตระหนักว่าตนได้ทำในสิ่งที่ผิดพลาดในขณะที่ทำการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในระยะที่ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการสื่อสารและไม่สามารถบอกในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ซึ่งในระยะดังกล่าวการตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลเป็นหน้าที่ของผู้ให้ข้อมูล หลังจากผู้สูงอายุเสียชีวิตผู้ให้ข้อมูลพยายามทำความเข้าใจตนเอง ให้กำลังใจตนเองและให้อภัยตนเองจากความรู้สึกผิดที่ยังติดค้างในใจ *"....ก่อนจะเสียผมมีการฉีดมอร์ฟีนแล้วยายก็เสียไป อันนี้ผมก็คิดอยู่ตลอดว่าเป็นเพราะผมหรือเปล่า ผมก็คิดมาตลอดว่าเป็นเพราะเราไหมว่าเราทำให้ยายเราตายเพราะแกจับมือผมหลังจากที่ให้ยาแก้ปวดแล้วแกก็เสียชีวิต อันนี้แหละที่ผมคิด แต่ยังไงเขาแก่แล้ว มันก็ทรมานนะ...."* (ID1) นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความพยายามในการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแล *"....พี่ยังเสียใจว่าทำไมพี่ไม่สื่อสารเรื่องออกซิเจน แกพูดไม่ได้ทำไมเราไม่พูดแทนแก อันนี้นะที่เราต้องให้เขาตายอย่างสงบไม่ต้องใส่สายออกซิเจนอะไรแล้ว ก็คิดวนเวียนอยู่อย่างนี้แต่ยังไงพี่คิดว่าเราเป็นลูกเราก็ได้ทำแล้วพยายามให้แกปลอดภัยที่สุด...."* (ID6)

อภิปรายผลการวิจัย

จากประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบพบว่าการให้ความหมายต่อประสบการณ์ดังกล่าวครอบคลุมถึงการเป็นผู้ตอบแทนที่สะท้อนถึงความรู้สึกในแง่ดีจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายหลายด้าน เช่นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย การดูแลให้ได้รับยา อาหาร การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ดูแลเพื่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคอันเชื่อมโยงกับความสูญเสียการทำงานต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงความเจ็บปวดที่คุกคามชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทำตามความต้องการของผู้สูงอายุเอง การดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณซึ่งญาติได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทำตามประเพณี ความเชื่อ และกิจกรรมทางศาสนาอย่างที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการถึงแม้ว่าบางกิจกรรมจะผู้ป่วยสูงอายุจะไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องการได้เองญาติก็จะดำเนินการแทนตามความ

ประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanchanachari, Sirapo-ngam และ Monkong[17] และ การศึกษาของ Kumkwan และ Chaiyawut[18] ที่ได้อธิบายบทบาทในการผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยจะเห็นว่าญาติเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญให้ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะท้ายให้ได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการเมื่อมีการตัดสินใจในการรับการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติของการดูแลอย่างเป็นองค์รวมอย่างสมศักดิ์ศรี มีการสนับสนุนทางสังคม ดูแลให้ได้ได้ทำภารกิจที่เชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต การให้กำลังใจและช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทำในภารกิจที่ยังห่วงหรือกังวลเพื่อให้เผชิญกับการตายอย่างสงบ จากการให้ความหมายของการเป็นผู้ตอบแทนจะเห็นถึงความเชื่อมโยงตามหลักความเชื่อในพระพุทธศาสนาที่ได้อธิบายเกี่ยวกับการบำรุงบิดามารดาต้องมีการเลี้ยงดูบิดามารดาตอบแทน[19] พระพุทธศาสนาเน้นความสำคัญของการประพฤติให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ บุตรหลานต้องเอาใจใส่และรู้จักบุญคุณของบิดามารดาหรือบรรพบุรุษ นอกจากนั้นญาติได้เชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมในอดีตของญาติที่บิดามารดาของตนซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายได้อุปการะแก่ตนเมื่อเยาว์วัยด้วยความรัก ความเมตตา ดังนั้นในบทบาทผู้ดูแลการช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้เสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีเป็นการตอบแทนและได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ต่อผู้สูงอายุ

การที่ญาติอธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบว่าเป็นการเผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหาแสดงให้เห็นถึงการเผชิญต่ออุปสรรคเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายซึ่งเป็นการดูแลที่มีความต่อเนื่องและไม่ทราบระยะสิ้นสุดจนกว่าผู้สูงอายุระยะท้ายจะเสียชีวิต และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายยังส่งผลต่อความกลัว ความกังวลและความเครียด โดยเฉพาะสาเหตุจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยและสภาพจิตใจของญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yongpattanajit และ MonKong[20] ระหว่างการดูแลญาติต้องแก้ปัญหาเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ควบคุมอาการของผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เข้าถึงบริการและการช่วยเหลือในกรณีที่ญาติไม่สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองซึ่งอาจจะเกิดจากสาเหตุการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือความไม่มั่นใจโดยเฉพาะการเผชิญกับปัญหาที่มีความซับซ้อน เช่นอาการปวดที่จำเป็นต้องได้รับยารูปแบบยาฉีด การใช้อุปกรณ์เพื่อให้ออกซิเจน หรือดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับที่จะส่งผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลทำให้ญาติและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวต้องปรับตัวและเผชิญกับอุปสรรคดังกล่าวรวมถึงการเผชิญกับภาวะวิกฤตเมื่อผู้ป่วยสูงอายุถึงแก่ชีวิต[21] การเผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหาสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการปรับตัวของรอย[22] โดยอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นอาการของผู้ป่วยหรืออุปสรรคจากการเข้าถึงบริการเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ญาติเกิดกระบวนการเผชิญกับปัญหาและมีการตัดสินใจหาวิธีแก้ไขปัญหาโดยจะเห็นว่าญาติได้ใช้การตอบสนองโดยการปรับตัวด้านร่างกาย มีการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลซึ่งเป็นการให้คุณค่าในสิ่งที่ญาติได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ซึ่งคงไว้ในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย รวมทั้งมีการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันซึ่งญาติได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอื่นในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของญาติผู้ดูแล หรือบุคคลในระบบระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือในการเผชิญกับปัญหาระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ

การรู้ซึ้งถึงการมีชีวิตอยู่เป็นความหมายหนึ่งที่ญาติได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ เป็นการสะท้อนประสบการณ์ขณะที่ญาติได้ดูแลผู้สูงอายุและการดูแลขณะที่ผู้สูงอายุมีลมหายใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายให้ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานระหว่างกระบวนการตายขณะอยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่ได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุญาติได้เข้าใจถึงสัจธรรมหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตและการอยู่กับปัจจุบันโดยมองว่าตนเองต้องใช้ชีวิตก่อนที่จะสิ้นชีวิต ซึ่งจากการสะท้อนของญาติจะเห็นว่าญาติได้ให้ความหมายถึงการตายอย่างสงบเป็นเรื่องที่ต้องใช้การพิจารณาโดยปล่อยวางทั้งตัวตนและสิ่งที่อยู่แวดล้อม ซึ่งจากการให้ความหมายเหล่านี้สอดคล้องกับการอธิบายของ Phasukwiharadham และ

Saengsai[23] รวมถึงการศึกษาของ Charuchinda[24] ที่อธิบายความหมายของความตายผ่านมุมมองของพระพุทธศาสนา โดยเน้นความสำคัญของการให้ความหมายที่ว่าการตายเป็นสิ่งที่เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ มีการสิ้นชีวิตของมนุษย์ที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เป็นสัจจธรรม เป็นความจริงแท้ โดยการมีคุณค่าของการตายคือการสะท้อนสิ่งที่ผู้ตายได้กระทำในขณะที่มีชีวิตจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

การก้าวข้ามความรู้สึกผิด โดยการให้ความหมายนี้ ญาติเชื่อมโยงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนการเสียชีวิตและหลังจากที่ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตแล้ว ภายใต้บทบาทหน้าที่ของการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับการดูแลการเสียชีวิตที่กำลังจะเกิดขึ้น ญาติมีการพิจารณาในสิ่งที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายให้ได้อยู่กับครอบครัวและบรรเทาความทุกข์ทรมาน แต่เมื่อญาติผู้เป็นผู้ดูแลหลักต้องมีบทบาทในการตัดสินใจ บทบาทการเป็นผู้ดูแล หรือบทบาทของการเป็นผู้แทน[25] โดยบทบาทเหล่านี้อาจจะทำให้ญาติรู้สึกคับข้องใจที่ต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยสูงอายุเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ นอกจากนั้นเมื่อกระบวนการตายได้จบลงญาติได้พยายามก้าวผ่านความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกโทษตนเองเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสีย ญาติพยายามทำความเข้าใจ ยอมรับและปรับตัวต่อการสูญเสียผู้ป่วยสูงอายุที่ตนได้ดูแล[26] ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการอธิบายของ Wattanatornnan[26] และการศึกษาของ Artsanthia และ Pomthong[27] ที่กล่าวถึงปฏิกิริยาที่อาจจะเกิดเมื่อญาติได้มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยอาจมีอาการทางกายและทางอารมณ์เช่นภาวะเศร้า เสียใจหรือความรู้สึกผิด การที่ญาติได้ก้าวข้ามความรู้สึกผิดได้เป็นการให้ความหมายและสะท้อนถึงความคิดเชิงบวกต่อการที่ญาติได้ทุ่มเทเวลา มีการเอาใจใส่อย่างดีระหว่างกระบวนการตายจนถึงการตายสิ้นสุด จะเห็นว่าแม้กระบวนการตายสิ้นสุดลงการดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องดูแลผู้ดูแลด้วยเช่นกันซึ่งเป็นการดูแลหลังการตาย (Bereavement care) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ก้าวผ่านความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในจิตใจและสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนี้อาจจะช่วยให้ผู้ดูแลด้านสุขภาพมีแนวทางในการช่วยเหลือญาติหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้มีการเผชิญการตายอย่างสงบได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม

2. ผู้ดูแลด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อช่วยให้เข้าใจบริบทและประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีการเผชิญการตายอย่างสงบโดยอาจนำไปพัฒนาระบบบริการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการแบบประคับประคองในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ

3. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยสูงอายุและหลังกระบวนการตายสิ้นสุดเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถก้าวผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี และครอบครัวมีคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคคลากรด้านสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ ต่อการส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Office of the National Economic and Social Development Board. Life Expectancy at Birth 2010-2015. [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 18] Available from. http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=88&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=4. (in Thai)
2. Sasat S. Gerontological nursing common problems and caring guideline. 3rd edition. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011. (in Thai)
3. Quandt SA, Reynolds T, Chapman C, Bell RA, Grzywacz JG, Ip EH, et al. Older adults' fears about diabetes: using common sense models of disease to understand fear origins and implications for self-management. Journal of Applied Gerontology 2013;32(7):783-803.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai Elderly 2016. Bangkok: Printery Co; 2016 (in Thai)
5. Tongprateep T. Nurse: being with the dying. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009. (in Thai)
6. WHO. WHO Definition of Palliative Care. [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 10] Available from. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
7. Pairojkul S. Criteria for diagnosis of the terminal stage of patient's illness. Khon Kaen: Faculty of Medicine; 2010. (in Thai)
8. Nursing Division, Office of Permanent Secretary. A palliative nursing service system. Bangkok: Suetawan publishing; 2016. (in Thai)
9. Department of Medical Services. Guidelines in the care of terminally ill patients. [Internet]. 2014 [cited 2020 June 1] Available from. https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf. (in Thai)
10. Prapakorn S, Ssuayping S, Sookkhung A, Naewvong S, Punaram W, Foongfaung S. Development of palliative nursing service system for cancer patients receiving treatment at National Cancer Institute. Journal of Nursing Division 2015;42(3):53-68. (in Thai)
11. Horrigan-Kelly M, Millar M, Dowling M. Understanding the key tenets of Heidegger's philosophy for interpretive phenomenological research. International Journal of Qualitative Methods 2016; 15(1):1-8.
12. Supapidhayakul S. Study and research using phenomenology. Journal of Research Methodology 1989;4(1):9-20 (in Thai)
13. Polit D F, Beck C T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
14. Van Manen M. Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. New York: State University of New York Press; 1990.

15. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24(2):105–12.
16. Pereira HR. Rigour in phenomenological research: Reflections of a novice nurse researcher. Nurse Researcher 2012;19(3):16-9.
17. Kanchanachari O, Sirapo-ngam Y, Monkong S. Roles and needs of caregivers for patients with end of life in a specific setting for palliative care. Ramathibodi Nursing Journal 2017;23(3):328-43. (in Thai)
18. Kumkwan K, Chaiyawut P. Preparation of care givers to promote death, dignity, in patients with end-stage. Research Journal Phranakhon Rajabhat: Science and Technology 2016;11(2):125-38. (in Thai)
19. Phrateprattanasutee. Parental Care according to Buddhism. Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences 2014;1(2):65-74. (in Thai)
20. Yongpattanajit S, MonKong S. Caregivers' Stress and Coping with Stress from Caring for Terminally ill in Patients in a Palliative Care Unit. Journal of Nursing Council, 2020; 35(2):116-31. (in Thai)
21. Thongborisut C, Suyachai P. Adaptation in Crisis Situations of Life. Journal of MCU Humannities Review 2015;1(2):23-32. (in Thai)
22. Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nd edition. Stamford: Appleton & Lange; 1999.
23. Phasukwiharadham P, Saengsai P. Death: Truth, Value and benefits through Buddhist view. Dhammathas Academic Journal 2018;18(3):281-93. (in Thai)
24. Charuchinda V, Decreasing the Death Anxiety Using Buddhist Psychology 2018;3(1):1-12. (in Thai)
25. Meecharoen W. Family Caregivers of Cancer Patients: Roles' Adaptation and Quality of Life Promotion. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1):10-22. (in Thai)
26. Wattanatornnan S. Grief and Bereavement: The Nursing Role. Thai Red Cross Nursing Journal 2017;10(1):13-21. (in Thai)
27. Artsanthia J, Pomthong R. Nurses'Role: Case Study of Psychological Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(1):1-8. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Effects of Family Caregiving Support on Caregiving Burden among Family Caregivers of Older Person with Dementia

Received: Mar 3, 2020
Revised: Apr 24, 2020
Accepted: May 5, 2020

ปณวัตร สันประโคน พย.ม. (Panawat Sanprakhon, M.N.S.)[1]
อรนุช ชูศรี ปร.ด. (Orranuch Chusri, Ph.D.)[2]
ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล ค.ด. (Sresuda Wongwiseskul, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นการสูญเสียความสามารถในการรู้คิดและการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยมักแสดงพฤติกรรมและอาการทางจิต จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวเกือบทุกด้าน อันนำไปสู่การเกิดภาระในการดูแลกับผู้ดูแลหลัก งานวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมุ่งศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 คน ทำการสุ่มโดยการจับสลากจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 15-60 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มใหญ่ 2 ครั้งและกิจกรรมดูแลต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งและติดตามทางโทรศัพท์อีก 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามภาระของผู้ดูแลฉบับภาษาไทย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบสถิติที

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับภาระในการดูแลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อจัดกิจกรรมดูแลครอบครัวที่มีบุคคลเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลของครอบครัว

คำสำคัญ: ภาระในการดูแล, ผู้ดูแลหลักในครอบครัว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม, แรงสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดินด้านการวิจัยปีงบประมาณ 2561 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

[1]Corresponding author, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, Email: panawat.san@gmail.com
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต Email: orranuch_chu@dusit.ac.th
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต Email: sresuda_won@dusit.ac.th
Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

Abstract

Dementia is a memory loss and functional decline. People with dementia usually have Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and they are dependent on their family caregivers. These limitations of the patient have resulted in the caregiver's burden. This quasi-experimental study aimed to examine effects of the Family Caregiving Support Program (FCS) on burden among primary caregivers of older person with dementia in their family at least six months. Participants consisted of 30 family caregivers who are equally randomly assigned to an experimental and a control group. Those in experimental group received usual care combined with five sessions of FCS involving a group discussion, and two sessions of continuing care and telephone visit. This comprised of 15-60 minutes within 8 weeks. Caregivers in control group received activities from usual care. Thai version of the Zarit Burden interview was used to measure the caregiver's burden. Data were analyzed using independent t-test.

Results: At baseline, the burden mean score of both groups was not statistically significant difference ($p>.05$). After completion of the FCS, the burden mean score of the experimental group was statistically significant lower than the mean score of those prior to implementing the program ($p<.05$). Mean score of the experimental group was statistically significant lower than the mean score of the control group ($p<.05$). Therefore, FCS in this study would be useful to decrease burden in family caregivers of older adults with dementia. It should be conducted to help families taking care of dementia patients.

Keywords: burden, family caregivers, older persons with dementia, social support

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งพบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงในปัจจุบันมากถึง 50 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ. 2050 จะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเป็น 152 ล้านคน[1] สอดคล้องกับข้อมูลการรายงานภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทยที่พบว่า แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในประเทศทำให้ไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และผู้สูงอายุเหล่านี้อาจต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องทางความคิดและความจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อมที่พบจำนวนผู้ป่วยแล้วประมาณ 600,000 คน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2.08 ล้านคนในอีก 30 ปีข้างหน้า[2] ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเกี่ยวกับการทำงานของสมองด้านความจำ ความคิด พฤติกรรมและความสามารถในการทำกิจกรรม เกิดจากเซลล์ประสาทในสมองถูกทำลายหรือมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับสมองหลายบริเวณ โดยจะมีผลกระทบต่อบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองไม่ได้จึงเกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาการทางจิต (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD) ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว หลงผิด หูแว่ว ซึมเศร้า เฉยเมย หลงทาง ไม่รับประทานอาหารและนอนไม่เป็นเวลา[3] สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหารและการใช้ห้องน้ำ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับผลศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างมากในการใช้ชีวิตประจำวัน

ด้านความคิดและการตัดสินใจ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม[4,5]

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อข้อจำกัดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสูญเสียความคิด ความจำและการตัดสินใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเกือบทุกด้านและรับภาระในการดูแลที่ยาวนานต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนั้นผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยบ่อยครั้ง โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบทุกรายจะแสดงพฤติกรรมและอาการทางจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ และพฤติกรรมนี้จะแสดงอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ในระยะกลางและขั้นรุนแรง[6] จากผลการศึกษาวิจัยระบุว่า อาการก้าวร้าวของผู้ป่วย การถามคำถามซ้ำ ๆ การพูดสบถคำที่รุนแรง รวมทั้งการนอนไม่เป็นเวลา ก่อให้เกิดความรู้สึกกดดันและความเครียดแก่ผู้ดูแล[5,7] สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแล (burden) ของผู้ดูแลมากที่สุด[8] โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์อาการล่วงหน้าได้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของสมอง การดำเนินโรคและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น ซึ่งพฤติกรรมและอาการเหล่านี้มีความซับซ้อนทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถรับมือและจัดการกับปัญหาได้เพียงลำพัง ทำให้แสดงความเครียดออกมาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดหลังเมื่อยล้า เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจในเชิงลบ เช่น ความเครียดที่รุนแรง วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายของผู้สูงอายุ รู้สึกอับอายจากการพูดและถามซ้ำๆ ของผู้ป่วยและมีภาวะซึมเศร้า[9] ในขณะเดียวกันอาจรู้สึกผิดเมื่อต้องใช้คำพูดที่แสดงออกถึงอารมณ์หงุดหงิด โมโหร้ายหรือก้าวร้าวของตนเอง ต่อว่าผู้สูงอายุเมื่อสื่อสารกันไม่เข้าใจ นอกจากนั้นผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทางเศรษฐกิจเพราะต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ทำให้ขาดรายได้ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น มีหนี้สินจากการกู้ยืมมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน[10,11] ตลอดจนผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ ขาดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในบทบาทของผู้ดูแล รู้สึกถูกตัดขาดจากเพื่อน มีอิสระน้อยลง ไม่มีเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่ตนชอบและไม่รู้สึกอยากทำกิจกรรมที่ตนเองเคยสนใจ[9,11] สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นกระบวนของความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (caregiving stress process) และทุกมิติล้วนเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งสิ้น อันจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตและความผาสุขของผู้ดูแลลดลง[11]

จะเห็นได้ว่าการดูแลบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความซับซ้อน หากผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมหรือมีแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมที่ดี ก็อาจทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นลดลงได้ อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีแต่ก็ไม่อาจรับรองได้ว่าผู้ดูแลเหล่านั้นจะไม่ต้องการความช่วยเหลือ[12] เพราะผู้ดูแลหลักจะต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องซ้ำ ๆ อย่างไม่สิ้นสุดและไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า ไม่ว่าผู้ดูแลจะมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวมาก่อนหรือไม่ หรือมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมานานพอที่จะสามารถปรับตัวได้ ก็ไม่สามารถทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ลดลง[8] ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วย เพื่อลดภาระในการดูแล ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผ่านมาได้เน้นการจัดการความรู้สึกที่เป็นภาระด้วยจิตบำบัดเพื่อจัดการกับอารมณ์ทางลบในผู้ดูแล (Cognitive Behavioral Therapy) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดและพฤติกรรม[13] ตลอดจนการจัดการทางจิตสังคม ได้แก่ การทบทวนชีวิตคู่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดี[14] และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการฝึกการจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้ดูแล[15] ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้เน้นการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการทางจิตของผู้ป่วยซึ่งเป็น stressors ที่สำคัญและเป็นตัวแปรทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับสูง[16]

การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนในครอบครัว โดยเน้นการสนับสนุนความรู้และสร้างทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควบคู่กับการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและลดภาระจากการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมลงได้ โดยมีเป้าหมายในการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับภาระในการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Model)[17] เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ซึ่งเฮาส์ให้นิยามแรงสนับสนุนประเภทนี้ว่า แรงสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ และได้จำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) และ 4) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลที่เป็นผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนุบสนุนและลดภาระในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษา meta-analysis พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ในระดับสูง และ ความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (perceived social support) มีขนาดความสัมพันธ์กันในระดับสูงและสูงกว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (received social support) ซึ่ง perceived social support นั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง จำเป็นต้องให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ[16] ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมตามแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การสนับสนุนความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองแก่ผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือในการฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล และให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อให้การสนับสนุนความเห็นอกเห็นใจซึ่งกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้หรือรู้สึกได้รับการเอาใจใส่และทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว เป็นตัวแปรต้นและภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักเป็นตัวแปรตาม ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าถึงได้ (assessable population) คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมจากแพทย์และมีรายชื่อในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้ถูกคัดเลือก (recruitment) ระหว่างเดือน มีนาคม- กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ในกรณีที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการทดสอบด้วยแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป และ 4) เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ความดูแลนั้นจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีระดับคะแนนการทดสอบความรู้คิดจาก TMSE น้อยกว่า 23 คะแนน และ 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย นอกจากนั้นผู้ดูแลหลักต้องไม่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทั้ง 8 สัปดาห์ 2) เคยถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า โรคมะเร็ง หรือโรคหัวใจขาดเลือด และ 3) เปลี่ยนผู้ให้การดูแล หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลอยู่นั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่า effect size จากผลการวิเคราะห์ระดับภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5 คนจาก pilot study ได้ค่า effect size เท่ากับ 1.4 กำหนด power analysis เท่ากับ 95% ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ผลคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คน เพิ่มจำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างอีก ร้อยละ 25 เพื่อป้องกัน drop out โดยประมาณการณ์จากงานวิจัยที่ผ่านมา[18] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

จากนั้นผู้ช่วยวิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้ 1) จัดเรียงรายชื่อของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 84 คน 2) สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในระบบคอมพิวเตอร์จำนวน 30 คน โดยใช้เพศเป็นตัวกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 3) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณต่อผู้ที่ไม่ได้ถูกสุ่มให้เข้าร่วมโครงการ และ 4) สุ่มสลากจาก 30 รายชื่อตามเพศหญิงและชายตามลำดับเพื่อจัดเข้ากลุ่ม โดยกำหนดสลาก E ให้เป็นกลุ่มทดลอง และ C เป็นกลุ่มควบคุม ได้จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่า ๆ กัน กลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย: โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว ได้ถูกออกแบบกิจกรรมโดยใช้ Social Support Model ของ House[17] ในองค์ประกอบ 4 ด้านและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว[19] ร่วมกับใช้วิธีการอื่น ๆ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดำเนินการ 3 ขั้นตอน ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง 15-60 นาที ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมกลุ่มของผู้ดูแล 15 คน จัดที่ รพ.สต.มหาสวัสดิ์ ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้ใจและกำลังใจภายในกลุ่ม (emotional support) และร่วมแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (informational support) เพื่อสร้างความเข้าใจในธรรมชาติของโรค และ 2) การสาธิตและฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุ (instrumental support) ให้กับผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) และการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือด้านการกระทำ (instrumental support) จัดกิจกรรมนี้ที่บ้าน จำนวน 1 ครั้งโดยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันระบุปัญหาจากการดูแลและจัดหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว พร้อมทั้งสนับสนุนด้านอารมณ์และความรู้สึก (emotional support) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกความคับข้องใจและแสดงความห่วงใยเห็นอกเห็นใจกัน ตลอดจนติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (telephone visit) 2 ครั้ง เพื่อติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติและให้การสนับสนุนการประเมินตนเอง (appraisal support) ด้วยการให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback)

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้าน (home visit) เพื่อติดตามประเมินผลจากการปฏิบัติและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่ต้องการแก้ไขเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และสอบถามจากผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ เพศและโรคประจำตัว และคัดกรองระดับความรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) ซึ่งใช้วัดสมรรถภาพของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่และบุคคล ด้านความจำ ด้านความตั้งใจ ด้านการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและแสดงออกทางภาษาและด้านความจำเฉพาะหน้า ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2. แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)[20] ซึ่งแปลภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) เรียบร้อยแล้ว[21] ใช้เพื่อประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและความช่วยเหลือของผู้ดูแลที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งใช้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตามกรอบแนวคิดของ Social Support ไปแล้ว 1 เดือน[17] ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็น Likert scale 7 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง (7) เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้การแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง MSPSS มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ .86

3. แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI)[22] ซึ่งถูกแปลภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับแล้ว[23] ใช้เพื่อวัดระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลในสัปดาห์ที่แรกและสัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดใน

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 22 ข้อ จำแนกคำถามเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ด้านความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ด้านความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ลักษณะคำตอบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert ration scales) 5 ระดับ จาก 0-4 โดยความรับรู้ที่เกิดขึ้นเป็นประจำได้ 4 คะแนน และไม่เคยเลยได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนรวมดังนี้ คือ 0-21 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21-40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 61-88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ .92

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลครอบครัว อาจารย์พยาบาลชุมชนและพยาบาลครอบครัว หลังได้รับข้อเสนอแนะและปรับแก้ตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ภาษาและเนื้อหา จึงขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์และทำ pilot study กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 5 คน พบว่า ระยะเวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งยาวนานเกินไป จึงปรับให้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นครั้งละ 15 นาที และกิจกรรมอื่นๆ อยู่ระหว่าง 30-60 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้ง 5 คนนี้ไปคำนวณค่า effect size ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย พร้อมทั้งได้รับคำอธิบายโดยละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ ได้รับข้อมูลในการถอนตัวจากการวิจัยที่สามารถทำเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้าและให้ความมั่นใจว่าจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสิ้น หลังเสร็จกิจกรรมและพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้ จึงนำโปรแกรมไปเสริมสร้างทักษะและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต (SDU-RDI-2018-015)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

2. ผู้วิจัยเชิญผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาเข้าร่วมการวิจัยผ่านการประชาสัมพันธ์ โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการบอกกล่าวโดยไม่มีการบังคับแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในคลินิคโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน ๆ ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์แรกและวันศุกร์สุดท้ายของทุกเดือน เวลา 8.30 น.-12.00 น. นอกจากนั้นได้ประชาสัมพันธ์ผ่านชมรมผู้สูงอายุซึ่งจัดขึ้นที่รพ.สต. มหาสวัสดิ์ ตรงกับวันอาทิตย์แรกของทุกเดือน

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่ให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการและคัดกรองผู้สูงอายุด้วย TMSE เพื่อคัดเลือกผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการศึกษาเข้าร่วมวิจัยต่อไป

4. ดำเนินงานสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการตามที่กล่าวมาแล้ว และอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการ กิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การออกจากการศึกษาและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้ง 2 ฉบับ

5. ดำเนินการสุ่มจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (simple random assignment)

6. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล MSPSS และ ZBI ฉบับภาษาไทย เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (usual care) จากคลินิคผู้สูงอายุและโรคสมองเสื่อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งถูกจัดขึ้นเป็นประจำทุกเดือนเพื่อให้

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ ทำหน้าตรวจอาการและสั่งการรักษาทั้งแบบวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เภสัชกร ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ญาติผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยผ่านการบำบัดแบบไม่ใช้ยา ด้วยกิจกรรมบำบัดและสอนสุขศึกษาแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการและอาการแสดงที่ต้องระวังและการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย รวมถึงฝึกทักษะการช่วยเหลือชีวิตประจำวัน เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยเข้าห้องน้ำ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการกระตุ้นสมอง เช่น เล่นเกม จิบแอล เป็นต้น

7. จัดกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวแก่ผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลอง โดยรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนและแต่ละสัปดาห์ เป็นดังตารางที่ 1

8. เมื่อกิจกรรมสิ้นสุดลง ผู้ช่วยวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลภาระในการดูแลด้วย ZBI ทั้ง 2 กลุ่มและเมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเพศ อายุ และโรคประจำตัว โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นตามกระบวน และวิเคราะห์ภาระในการดูแลเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test)

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่	ขั้นตอนที่	กิจกรรม	ความเชื่อมโยงกับ Social Support Model
1	1	การสร้างสัมพันธภาพแบ่งปันประสบการณ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายในกลุ่ม	- Informational Support - Emotional Support
2	1	การสาธิตและฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแล	- Instrumental Support
3	2	การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ตั้งเป้าหมายและวางแผนการแก้ไขปัญหาในบริบทครอบครัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	- Instrumental Support - Emotional Support
4	2	การเยี่ยมทางโทรศัพท์ (Telephone Visit) ใช้ Scaling Question ว่า “วันนี้คุณอยู่ตรงไหน” เป็นต้น เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหา	- Appraisal Support - Feedback
5	2	ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินการรับรู้ความช่วยเหลือและการรับแรงสนับสนุนจากโปรแกรมด้วย MSPSS ฉบับภาษาไทย	
6	2	การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ใช้ Scaling Question และให้ความมั่นในในการแก้ปัญหา	- Appraisal Support - Feedback
7	2	ไม่มีกิจกรรม แต่เป็นช่วงที่ให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	
8	3	การเยี่ยมบ้าน (Home visit) เพื่อประเมินผลตามเป้าหมายที่ผู้ดูแลตั้งไว้ พร้อมชื่นชมและแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะที่ต้องการแก้ไขเพิ่มเติม	- Emotional Support - Feedback

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) โดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.60 ปี และผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม 54.33 ปี มีวุฒิการศึกษาใกล้เคียงกันคือ สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป และรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลโดยที่ประกอบอาชีพร่วมด้วย ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น บุตรและสามี-ภรรยาของผู้รับการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 80.70 ปี และในกลุ่มควบคุม 74.70 ปี โดยมีระดับของความรู้คิดจากการทดสอบด้วย TMSE อยู่ระหว่าง 15-23 คะแนนและมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 20.43 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้ทุกคนมีโรคร่วมอื่น ๆ และส่วนใหญ่เป็น โรคเบาหวาน (ร้อยละ 33.40) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.00) ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีโรคพากิสันร่วมด้วย ร้อยละ 26.70 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง (n = 15)	กลุ่มควบคุม (n = 15)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ	25-44 ปี	2 (13.33)	10 (66.67)
	45- 64 ปี	8 (53.33)	5 (33.33)
	>65 ปี	5 (33.34)	-
	Mean = 59.6, SD. = 15.42	Mean = 54.33, SD. = 9.34	
เพศ	ชาย	5 (33.33	5 (33.33)
	หญิง	10 (66.67)	10 (66.67)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	1 (6.67)	-
	ประถมศึกษา	3 (20.00)	4 (26.67)
	มัธยมศึกษา	7 (46.67)	5 (33.33)
	อนุปริญญาขึ้นไป	4 (26.66)	6 (40.00)
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (6.67)	6 (40.00)
	รับราชการ	-	1 (6.67)
	รับจ้าง	12 (80.00)	4 (26.66)
	ค้าขาย/อาชีพอิสระ	2 (13.33)	4 (26.66)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	สามี-ภรรยา	4 (26.70)	4 (26.67)
	บุตร	10 (66.70)	6 (40.00)
	ญาติพี่น้อง/หลาน	1 (6.60)	5 (33.30)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	Mean	SD.	t	df	Mean	SD.	t	df
กลุ่มทดลอง (n=15)	44.27	8.45	0.10	28	52.07	10.22	2.36*	28
กลุ่มควบคุม (n=15)	43.93	9.14			43.53	9.57		

*p<.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ภาระการดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	Mean	SD.	t	df	Mean	SD.	t	df
กลุ่มทดลอง (n=15)	46.13	12.01	.097	28	38.27	9.94	-2.15*	28
กลุ่มควบคุม (n=15)	45.73	10.57			46.27	10.46		

*p<.05

ส่วนที่ 2 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม พบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่หลังจากได้รับโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่า ระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ตามตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 ระดับภาระในการดูแล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระในการดูแล ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับภาระปานกลางถึงมาก (Mean = 46.13, SD. = 12.01) เช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม (Mean = 45.73, SD. = 10.57) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05) แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีภาระในการดูแลอยู่ระดับน้อยถึงปานกลาง (Mean = 38.27, SD.= 9.94) ส่วนกลุ่มควบคุมยังมีระดับภาระปานกลางถึงมาก (Mean = 46.27, SD.= 10.46) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่ม พบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษา สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากภาระในการดูแลที่เกิดจากข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางความจำความคิดและพฤติกรรม และต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ซึ่งผู้ดูแลมักมีความกดดันเมื่อต้องจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงเกิดความตึงเครียด (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) เมื่อผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (received social support) จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การให้คำปรึกษาครอบครัว การให้กำลังใจและ feedback ผ่านทางโทรศัพท์ จึงทำให้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และส่งผลให้ระดับระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงหรือต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการของการลดภาระในการดูแลตาม Social Support Model[17] และ

สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงทดลองในต่างประเทศที่ทำการศึกษา โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวเป็นแหล่งของแรงสนับสนุน ด้วยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการให้ความรู้แบบกลุ่มจากสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทำให้ระดับภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลลดลง[24] ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ได้รับการกระตุ้นด้วยโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและเกิดการรับรู้เชิงบวกต่อการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม[25] สอดคล้องกับผลการทดสอบโปรแกรมการสร้างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยระบบ Internet Online แก่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ พบว่า สามารถเพิ่มการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการดูแล พร้อมทั้งแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมทางบวกต่อผู้ที่ได้รับการดูแล และทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น[26] ทั้งนี้สอดคล้องกับผล systematic review และ meta-Analysis ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการช่วยเหลือด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผ่าน Web-Based Online ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สามารถเพิ่มการรับรู้แรงทางสังคมและรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักได้ ตลอดจนสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลได้ดีเช่นกัน[27] นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Pankong, และคณะ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้สึกเชิงบวกของผู้ดูแลในประเทศไทยต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ประยุกต์โปรแกรมโดยใช้ Kramer's two-factor adaptation ร่วมกับ Social Support Model พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมมีความรู้สึกเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น[28]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีทักษะการให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว

ด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและฝึกภาคปฏิบัติของวิชาการพยาบาลชุมชน หรือการให้บริการวิชาการแก่สังคมโดยการเตรียมผู้ดูแลหลักในครอบครัวให้มีทักษะในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long term care service)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้คัดกรองผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับภาระหรือความเครียดที่รุนแรง โดยการพิจารณาถึงความรุนแรงของผู้ป่วย (severity) หรือพฤติกรรมและอาการทางจิต (BPSD) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการขั้นรุนแรงหรือมีปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตเพื่อพัฒนาและกำหนด intervention ที่สามารถลดความเครียดได้อย่างเหมาะสม

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพของผู้ดูแล หรือด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

3. ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือในการดูแลจากสมาชิกครอบครัวที่สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น หรือผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการจิต เช่น จิตเภท และภาวะสมองเสื่อมร่วมกับโรคพาร์กินสัน เป็นต้น

References

1. Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia 2018;14(3):367-429.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai elderly 2016. Nakhon Pathom Printery Co.,Ltd.: Mahidol University; 2016. (in Thai)
3. Baharudin AD, Din NC, Subramaniam P, Razali R. The associations between behavioral-psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. BMC public health 2019;19(4):447.
4. Boonpeng A, Sasat S. Care needs in older persons with early, modurate and late stage dementia Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
5. Ondee P, Panitrat R, Pongthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2013;17(2):167-80.
6. Mukherjee A, Biswas A, Roy A, Biswas S, Gangopadhyay G, Das SK. Behavioural and psychological symptoms of dementia: correlates and impact on caregiver distress. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra 2017;7(3):354-65.
7. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BTSD) and caregiver burden among caregivers of alzheimer's dementia patients at department of psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012;57(3):335-46.
8. Dhandapani M, Gupta S. Specific health effects of care-giving stress and its management. Indian Journal of Psychiatric Nursing 2018;15(2):53.
9. Panawat S, Nujjaree C, editors. The effectiveness of Dyadic Care Management Programs of Informal Caregivers for Persons with Dementia on Well-being Outcomes: A Systematic Review 2019-The 7th Burapha University International Conference on Interdisciplinary Research 2019; Bangsaen Heritage Hotel, Chonburi, Thailand Burapha University.
10. Subindee Ss. Community's perception of the older persons with dementia. Journal of Nursing Science and Health 2018;41(3):54-65. (in Thai).
11. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. The Gerontologist 1990;30(5):583-94.
12. Paphitchayalak T, Sirilak S, Chommanard S. Factors related to the need of elderly caregivers in caring for family members with cancer Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2016;32(2):43-55. (in Thai)
13. Hengudomsub P, Kangchai W, Pathumarak N, Paokanha R. The effect of cognitive behavior modification program on stress among caregivers of older adults with dementia. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2016;11(1):1-9.

14. Udomlap R, Kespichayawattana J. The Effect of couple life review program on burden of spouse caregivers of older persons with dementia. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018;30(3):103-15. (in Thai)
15. Worakhunphiset K, Sasat S. The Effect of Home Environmental Arrangement and Progressive Muscle Relaxation Program on Stress in Caregivers of Older People with Dementia. kuakarun Faculty of Nursing 2015;22(1):82-97. (in Thai)
16. Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. PLoS One 2018;13(1):1-18.
17. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Annual review of sociology 1988;14(1):293-318.
18. Judge KS, Yarry SJ, Looman WJ, Bass DM. Improved Strain and Psychosocial Outcomes for Caregivers of Individuals with Dementia: Findings from Project ANSWERS. The Gerontologist. 2012;53(2):280-92.
19. Saisamorn C NW. Family therapy: counseling and empowerment of positive thinking in family. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;16(1):14-21. (in Thai)
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment. 1988;52(1):30-41.
21. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use: Johns Hopkins University; 2005.
22. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The gerontologist 1980;20(6):649-55.
23. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. Journal of nursing and education 2011;4(1):62-75. (in Thai)
24. Rosell-Murphy M, Bonet-Simó JM, Baena E, Prieto G, Bellerino E, Solé F, et al. Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol. BMC Family Practice 2014;15(1):53:1-9.
25. Han JW, Jeong H, Park JY, Kim TH, Lee DY, Lee DW, et al. Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. International Psychogeriatrics. 2014;26(10):1639-48.
26. Dam AE, de Vugt ME, van Boxtel MP, Verhey FR. Effectiveness of an online social support intervention for caregivers of people with dementia: the study protocol of a randomised controlled trial. Trials 2017;18(1):395.
27. Ploeg J, Ali MU, Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, Fitzpatrick-Lewis D, et al. Caregiver-Focused, Web-Based Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis (Part 2). J Med Internet Res 2018;20(10):e11247.
28. Pankong O, Pothiban L, Sucamvang K, Khampolsiri T. A randomized controlled trial of enhancing positive aspects of caregiving in Thai dementia caregivers for dementia. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2018;22(2):131-43.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กรุงเทพมหานคร

Effects of the Program with the Information Motivation Behavioral Skill Model toward the Preventive Behavior in Alcohol Drinking among the Female Vocational Students in Bangkok

Received: Apr 30, 2020
Revised: May 1, 2020
Accepted: May 5, 2020

สาธิยา สุขคุ้ม พ.ย.ม. (Satiya Sukkum, M.N.S.)[1]
อาภาพร เผ่าวัฒนา Ph.D. (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)[2]
นฤมล เอื้อมณีกูล Ph.D. (Naruemon Auemaneekul, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1 เพศหญิง กรุงเทพมหานคร จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มควบคุมให้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Repeated measure ANOVA และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความามารถของตนเอง และพฤติกรรมต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p<.05$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$)

คำสำคัญ: การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, วัยรุ่นหญิง, แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

[1]*พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: sati_ya@hotmail.com*
[2]*Corresponding author รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th*
[3]*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email naruemon.aue@mahidol.ac.th.*
Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

This quasi-experimental study (pretest-posttest control group design) aimed to examine the efficacy of the program with the information motivation behavioral skill model toward the preventive behavior in alcohol drinking among female vocational students in Bangkok. Participants consisted of 62 female students age 15–16 years from a vocational institute in Bangkok. They were equally randomly assigned to an experimental group and a control group. The control group received usual care. Self-administered questionnaires were used to collect data before and after implementing the program. The questionnaires were also used to follow-up participants. Data were analyzed using mean, standard deviation, repeated measure ANOVA, and independent t-test. Results showed that after the intervention, the experimental group reported higher score of knowledge about alcohol prevention, attitudes toward alcohol prevention, perceived self-efficacy toward alcohol prevention, and alcohol prevention behaviors than prior to implementing the intervention. Also, at two week follow-up, the score of the experimental group was higher than those before the intervention ($p<.05$), and greater than those in the comparison group ($p<.05$)

Keywords: preventing alcohol drinking, female adolescents, information motivation behavioral skills model

บทนำ

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาระดับโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาต่อชีวิตทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมในระดับประเทศทั่วโลก ผลการสำรวจในต่างประเทศพบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มในการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอายุน้อยลง[1] สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 พบว่าเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 23 โดยกลุ่มประชากรที่เริ่มดื่มมากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2554-2557 คือ วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.58 ของประชากรที่เริ่มดื่มทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ตามเพศพบว่า วัยรุ่นเพศหญิงที่มีอายุ 13-18 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตร้อยละ 16.15 ในปีพ.ศ. 2559 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2559[2] สำหรับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีนักดื่มที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุเพียง 19.83 ปี นักดื่มปัจจุบันที่เป็นนักเรียนหรือนักศึกษามีอายุเฉลี่ยตอนเริ่มดื่มที่ 17.18 ปี เมื่อวิเคราะห์ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 นักเรียนประเภทอาชีวศึกษามีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาแล้วในชีวิตสูงกว่านักเรียนประเภทสามัญศึกษา[3] เนื่องจากชั่วโมงการเรียนการสอนของนักเรียนระดับอาชีวศึกษามีชั่วโมงเรียนน้อยกว่าและมีการเรียนการสอนซึ่งแบ่งเป็นภาคเช้าและภาคบ่าย ทำให้มีเวลาว่างมากกว่า[4] ผลกระทบระดับบุคคล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่มีต่อผู้ดื่มทั้งร่างกายและจิตใจ[5,6] ผลกระทบที่มีต่อสังคม ได้แก่ การเกิดปัญหาอาชญากรรมในสังคม เช่น คดีทำร้ายร่างกาย คดีทางเพศ การเกิดอุบัติเหตุจราจร และผลกระทบต่อเศรษฐกิจ[7]

จากการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในและต่างประเทศพบว่า มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ มากมาย เช่น แบบแผนความเชื่อสุขภาพ[8] ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง[9] เป็นต้น แต่สถานการณ์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นยังคงเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการขาดประเด็นการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ไม่มีกิจกรรมกระตุ้นและเสริมสร้างประสบการณ์ในเรื่องของทัศนคติทางลบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการขาดทักษะป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[10] ถึงแม้นักเรียนระดับอาชีวศึกษาได้เรียนรู้แนวทางการป้องกันสารเสพติดจากหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ พุทธศักราช 2556 วิชาสิ่งเสพติดศึกษา แต่เนื้อหาไม่มีรายละเอียดเฉพาะเจาะจงความรู้เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางการส่งเสริมด้านทัศนคติในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และการฝึกทักษะในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการประยุกต์ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ (Information Motivation Behavioral skill Model) ของ Fisher และ Fisher[11] ในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่เพศชาย พบว่า ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการหลีกเลี่ยงการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ตามกรอบแนวคิด[12] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประยุกต์ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ (Information Motivation Behavioral skill Model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นมาออกแบบเป็นกิจกรรม เนื่องจากจากแบบจำลองดังกล่าวมีแนวคิดว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร การเสริมสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้[11]

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน จึงมีความสนใจเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1 อายุ 15-16 ปี เขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากพบว่ามีแนวโน้มของอายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น และการป้องกัน ถึงแม้ในสถานศึกษาจะมีการจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษาให้กับเด็กนักเรียนแต่ก็ยังพบว่าปัญหาดังกล่าวยังคงอยู่ จึงมีความสนใจในการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Information Motivation Behavioral Skill (IMB) model โดยผ่านรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างแรงจูงใจเพื่อเสริมสร้างทัศนคติทางลบต่อการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เพิ่มพูนทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเสริมสร้างให้นักเรียนมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนอาชีวศึกษาเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1 กรุงเทพมหานคร จำนวน 62 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนอาชีวศึกษาเพศหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1 อายุ 15-16 ปี ปีการศึกษา 2562 สังกัดสถาบันการอาชีวศึกษากรุงเทพมหานครและสังกัดคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการกรุงเทพมหานคร 13 โรงเรียน ซึ่งมีลักษณะและบริบทใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample random sampling) จำนวน 31 คน

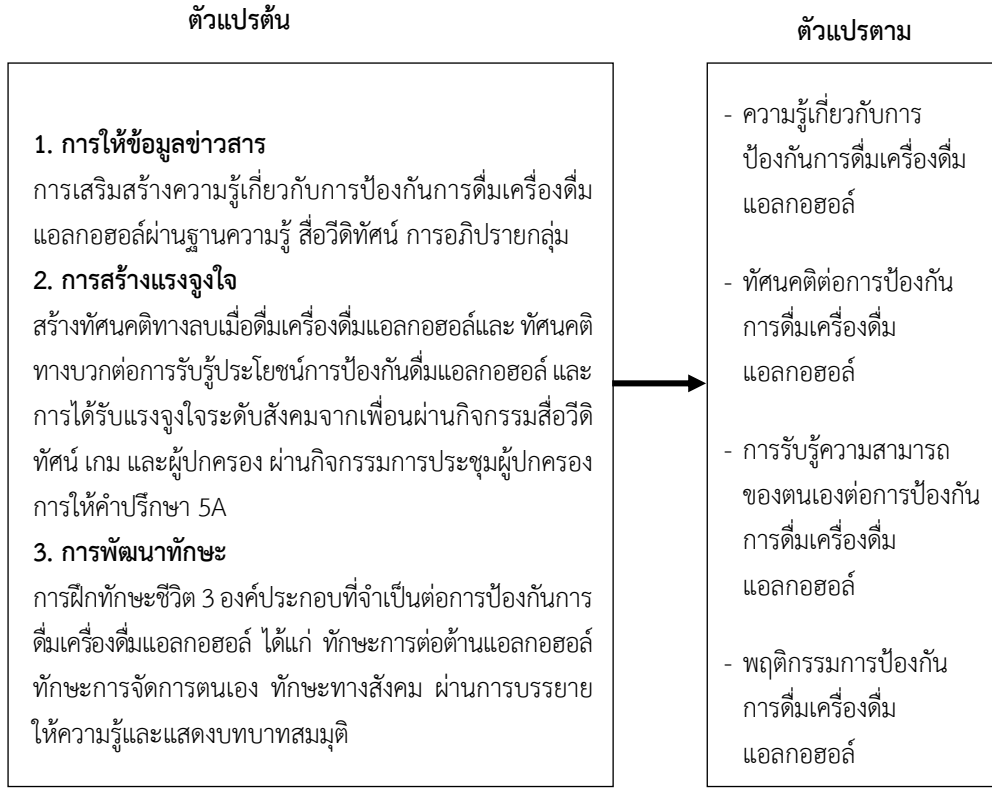
เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

1. นักเรียนอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1 มีอายุระหว่าง 15-16 ปี

2. ไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อนอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งคัดกรองโดยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คำตอบเป็นคะแนนประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ 0 คะแนน= ไม่มีประวัติดื่มเลย, 1 คะแนน = เคยมีประวัติการดื่ม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากวัยรุ่นที่ตอบแบบสอบถามมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงไม่เคยมีประวัติการดื่มเลย

3. ผู้ปกครองอนุญาตให้นักเรียนในปกครองเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารยินยอม

กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม (questionnaire) จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการศึกษา (เกรดเฉลี่ย) กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง จำนวนเพื่อนสนิท บุคคลที่พักอาศัย สถานภาพครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง ผู้ปกครองและเพื่อน 2) แบบคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.706

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น และทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.919

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การต่อรอง การปฏิเสธในวัยรุ่น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.932

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการแก้ไขปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.760

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ (Information Motivation Behavioral Skill: IMB Model) ของ Fisher และ Fisher[11] มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 “กิจกรรมพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทักษะป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจในวัยรุ่น ผ่านกิจกรรมฐานความรู้ ใบงาน และการอภิปรายกลุ่ม 2) การสร้างแรงจูงใจระดับบุคคล ได้แก่ การสร้างทัศนคติทางลบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกิจกรรม สื่อวีดิทัศน์และการอภิปรายกลุ่ม และ 3) การฝึกทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4 ทักษะ ได้แก่ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การต่อรอง การปฏิเสธใน สถานการณ์ที่เพื่อนเป็นแรงจูงใจให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 “กิจกรรมสายใยรักป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อครอบครัวผ่านกิจกรรม สื่อวีดิทัศน์ ใบงานและการอภิปรายกลุ่ม 2) การสร้างแรงจูงใจระดับสังคมได้แก่ ครอบครัว ผ่านกิจกรรม การประยุกต์ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา 5A และการส่งข้อมูลผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ (Line) ในการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น และ 3) การฝึกทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4 ทักษะจากสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวเป็นแรงจูงใจให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 3 “กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ผ่านกิจกรรม สื่อวีดิทัศน์ ใบงาน และการอภิปรายกลุ่ม และ 2) การสร้างแรงจูงใจใน

ระดับสังคม ได้แก่ เพื่อน ผ่านกิจกรรม เกมสลับคู่วิเคราะห์เพื่อนที่ดี ใบงาน สื่อวีดิทัศน์ และเกมใบ้คำ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4 “กิจกรรม say no เพื่อ Social” กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อสังคม ผ่านกิจกรรม สื่อวีดิทัศน์ ใบงาน และการอภิปรายกลุ่ม 2) การสร้างแรงจูงใจในระดับสังคมในการสร้างทัศนคติทางลบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกิจกรรม สื่อวีดิทัศน์ ใบงาน และการอภิปรายกลุ่ม การสร้างแรงจูงใจจากเพื่อนผ่านกิจกรรมโหวต popular friend และการสร้างแรงจูงใจระดับบุคคลผ่านกิจกรรมการกล่าวพันธะสัญญาไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) การฝึกทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4 จากสถานการณ์เพื่อนชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานสังสรรค์ผ่านกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ

มีการวัดผลการทดลองเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมในครั้งที่ 4 และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ซึ่งกระบวนการทดลองและสื่อที่ใช้ในการทดลองผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการสถานศึกษาและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมและตอบแบบสอบถามที่ตรงตามความเป็นจริงจากกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ และรายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ส่วน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ MUPH 2019-110 พัฒนาโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบเครื่องมือ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ระยะเวลาที่เริ่มทำงานศึกษาตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม ถึงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 ในกลุ่มทดลองมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ตามรายละเอียดในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 3 ครั้งได้แก่ 1) สัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มทำการทดลอง 2) สัปดาห์ที่ 4 หลังการทดลองทันที และ 3) สัปดาห์ที่ 6 หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เป็นระยะติดตามผล สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือห้องเรียนประจำชั้นของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) สถิติความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล คะแนนระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น 2) สถิติ Repeated measure ANOVA สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ 3) สถิติ Independent t-test สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อายุ 15 ปี และอายุ 16 ปี เกรดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ระหว่าง 3.37-3.62 ในแต่ละวันกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างเล่นโทรศัพท์มือถือ ทั้งสองกลุ่มมีเพื่อนที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทจำนวน 4 คนขึ้นไป บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกันของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ บิดามารดา สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม คือ บิดามารดาอยู่ด้วยกัน มีสมาชิกในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสองกลุ่มเท่ากันจำนวน 18 คน โดยบุคคลในครอบครัวที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ บิดา ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เบียร์ ไวน์ (เช่น สปายไวน์คูลเลอร์ ฟูลมูน อะมิกาเซ่) และเหล้า (เช่น สุรา เหล้าแดง แม่โขง เหล้าขาว หรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่ผสมเหล้า)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างและคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั้งสองกลุ่มที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=1.000)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และระยะติดตามผลพบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

2.2 ทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั้งสองกลุ่มที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .443)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001)

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ สามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั้งสองกลุ่มที่วัดในช่วงเวลาต่างกันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .257)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .001)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และระยะติดตามผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

2.4 พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั้งสองกลุ่มที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= .005$) คะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)				
	Mean	SD.	Mean	SD.	t	df	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ก่อนทดลอง	7.00	1.41	5.94	1.46	2.92	60	.005
หลังทดลอง	9.23	0.96	5.42	2.06	-2.75	42.33	<.001
ระยะติดตามผล	9.42	0.62	4.71	1.847	-3.65	36.68	<.001
ทัศนคติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ก่อนทดลอง	35.13	4.11	31.10	3.31	4.25	60	<.001
หลังทดลอง	37.00	2.72	32.65	4.61	-0.32	48.64	<.001
ระยะติดตามผล	37.74	2.65	31.52	3.47	-2.19	56.048	<.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ก่อนทดลอง	33.26	4.78	27.81	6.18	3.89	60	<.001
หลังทดลอง	34.77	3.64	30.23	5.88	0.91	50.04	.001
ระยะติดตามผล	35.81	3.36	29.32	4.45	-1.04	60	<.001
พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ก่อนทดลอง	29.74	7.18	27.58	4.72	1.40	51.86	.168
หลังทดลอง	31.06	5.98	25.42	4.25	4.286	54.15	<.001
ระยะติดตามผล	35.32	3.92	25.74	4.48	8.96	60	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นหลังการทดลองระยะติดตามผล และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อร่างกายและจิตใจ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อครอบครัวและสังคม ผ่านกิจกรรม ฐานความรู้ ใบงาน การอภิปรายกลุ่มและสื่อวีดิทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaochalard[9] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดนครปฐม ซึ่งให้ความรู้โดยมุ่งเน้นประเด็นที่สำคัญ มีความเฉพาะเจาะจงตรงกับกลุ่มเป้าหมาย และมีการใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่จัดกระทำทั้งในรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้พบว่าวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รูปแบบนี้สอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นเนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นวัยรุ่นระยะตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีความรู้ความสามารถ ตลอดจนความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความคิดอยู่ในกรอบความเป็นจริงมีเหตุผล ตลอดจนวัยรุ่นระยะนี้เป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อน วิธีการดังกล่าวจึงทำให้วัยรุ่นได้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมกัน เกิดเป็นการกระทำซึ่งนำไปสู่การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแนวทางเดียวกัน[13]

2. ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นหลังการทดลองระยะติดตามผล และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยผู้วิจัยสร้างทัศนคติต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านสร้างแรงจูงใจระดับบุคคล ได้แก่ การสร้างทัศนคติทางลบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลอื่น ทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนภายในตัวบุคคลให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม[12] การแบ่งปันประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เกิดการกระตุ้นและเสริมสร้างประสบการณ์ในเรื่องทัศนคติทางลบต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น ทำให้เข้าใจความรู้สึกของตนเองและเพื่อนเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น[14] กิจกรรมสัญญาต่อหน้าผู้เข้าร่วมวิจัยท่านอื่นในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮฮล์ ในการสร้างทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[15] การสร้างแรงจูงใจระดับสังคม ได้แก่ ครอบครัว ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมโดยการประชุมผู้ปกครองและสอนการประยุกต์ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา 5A ให้แก่ผู้ปกครอง ในการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ponlasarn และ Dauwngsong[15] ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมแบบผสมผสานระหว่างกลุ่มทดลองและผู้ปกครองเพื่อป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการประชุมผู้ปกครองเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรับมือต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มทดลองผ่านใบงาน พบว่า กลุ่มทดลองชะลอการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสร้างแรงจูงใจระดับสังคม ได้แก่ เพื่อน ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมโดยการจับคู่กันวิเคราะห์ลักษณะเพื่อนที่ดีในการป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหาตัวแบบ (Role model) ของเพื่อนที่มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeerapath Ueakit และ Moonruttana[16] ทำการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างวัยรุ่นและเพื่อนโดยกิจกรรมประกอบด้วย การอภิปรายและวิเคราะห์เกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคมในกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังการทดลองพบว่าอุบัติการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นหลังการทดลอง,ระยะติดตามผล และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ผู้วิจัยสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษาครั้งนี้โดยการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้จากการพัฒนาทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านรูปแบบกิจกรรมได้แก่ การนำเสนอทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การต่อรอง และการปฏิเสธผ่านการบรรยายและสื่อประกอบการสอน (Power point) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Saleengam [14] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ในชั้นประถมศึกษา จังหวัดสุรินทร์ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ทักษะที่นำไปใช้ในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงต่อการถูกชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันฝึกทักษะดังกล่าวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้ อย่างเหมาะสม[16] การนำเสนอทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลอง และร่วมกันวิเคราะห์ทักษะที่เลือกมานำเสนอ พบว่าการฝึกทักษะตามสถานการณ์จำลองที่มีความเฉพาะในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติและทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น[16]

4. พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นดีขึ้นหลังการทดลอง, ระยะติดตามผล และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะของ Fisher และ Fisher[1] ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความถูกต้อง และมีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างแรงขับเคลื่อนที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกของบุคคลและกระตุ้นให้บุคคลมีการกระทำในทางบวก และมีการพัฒนาทักษะที่มีความเฉพาะในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันนั้น ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม[14,16]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการบริหาร

ผู้บริหารสถานศึกษาควรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนของสถาบันการศึกษา โดยมีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเพิ่มเติมจากรายวิชาสิ่งเสพติดศึกษา และสถาบันอาชีวศึกษาควรจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น โดยการบูรณาการการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนให้เหมาะสมในแต่ละช่วงชั้นการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ด้านการบริการ

แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะเป็นฐานต่อพฤติกรรมการป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาเพศหญิงสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงสามารถเป็นแนวทางให้กับสถานศึกษาและอาจารย์ประจำวิชาสุขศึกษาในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษาได้ โดยรูปแบบกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะกับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการฝึกทักษะเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านการวิจัย

นำรูปแบบโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ต่อพฤติกรรมการป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงวัยรุ่นเพศชายได้ เนื่องจากเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ที่คล้ายคลึงกับวัยรุ่นเพศหญิง เนื้อหาของโปรแกรมจึงมีความเหมาะสม และสามารถปรับเนื้อหาให้นำไปใช้ในเพศชายได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นเพศหญิงในกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เช่น วัยรุ่นเพศหญิงในสังกัดการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน วัยรุ่นหญิงนอกระบบการศึกษา เป็นต้น

References

1. World Health Organization. (WHO). WHO Global Status Report: Alcohol and Young people. Geneva: Wold Health Organization; 2005.
2. Audsanangkornchai S. Facts and Figures: Alcohol in Thailand 2016-201. Bangkok: Sahamit printing; 2013. (in Thai)
3. Sornpaisan B. Thailand Alcohol Situation 2008. Bangkok: Center of Alcohol Studies; 2008. (in Thai)
4. Audsanangkornchai S, Mugthong A, Intanon T. A surveillance of drinking behaviors and other health-risk behaviours among high school strudents in Thailand. Songkla: Prince of Songkla University; 2008. (in Thai)
5. Blanco AM, Cauli O, Miñarro J, Guerri C., Pascual M. Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. The European Journal of Neuroscience 2007;500-41.
6. Tumrungsri T. Associations between Alcohol Consumption and Injuries in Emergency Room Patients Nontaburi: Center of Alcohol Studies; 2556. (in Thai)
7. Department of Juvenile Observation and Protection. List of annual case statistics 2012. Bangkok: Center for information technology and communications; 2012. (in Thai)
8. Piyaaramwong P. Health education program management using the health belief model to prevent alcohol drinking of lower secondary school female students. Bangkok : Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
9. Chaochalard P. Effectsofan Alcohol Use Prevention Program Applying Self Efficacy Theory among 7th GradeStudents in NakhonPathom Province. Rama Nurse Journal 2019;24:211-24. (in Thai)
10. Center of Alcohol Studies. Bangkok Alcohol Situation 2015. Bangkok: Center of Alcohol Studies; 2015. (in Thai)
11. Fisher WA, Fisher JD. Changing AIDS-Risk Bahvior. Psychological Bulletin 1992;111:455-74.
12. Sanothong K. The Effects of Reduced Alcohol Consumption Behavior Program in Adulthood. Journal of Phrapokklao Nursing College 2559;29:78-91. (in Thai)
13. Areekul W. Adolescent Health care and Supervision. Bangkok: Department of Pediatrics Pramongkutklao Hospital and College of Medicine; 2010. (in Thai)

14. Saleengam S. Effects of a new Dringking Prevention Program For Primary School Students Surin Province. Bangkok: Mahidol University; 2019. (in Thai)
15. Ponlasarn A, Dauwngsong R. The Effectiveness of Health Education Program by Application of Theory of Planned Behavior and Social Support for Prevention Alcohol Drinking Behavior Among Secondary Level 4 Khongchaipattana Sub-District, Khongchai District, Kalasin Province. KKU Research Journal 2011;11:83-92. (in Thai)
16. Jeerapath W, Ueakit, Moonruttana A. The Effect of Motivation Promoting Program on Alcohol Drinking Prevention Behavior Among Early Adolescents. Kuakarun Journal of Nursing 2014;21:219-33. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย

Predicting Factors of Condom Use among High School Boys

Received: Feb 28, 2020
Revised: May 1, 2020
Accepted: May 5, 2020

วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ ส.ด. (Worawan Tipwareerom, Dr.P.H.)[1]
ชุติมา ชลายนเดชะ ส.ด. (Chutima Jalayondeja, Dr.P.H.)[2]
อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร ปร.ด. (Umaporn Hanrungcharotorn, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

แนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุข แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปี ก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้กรอบแนวคิด Information-Motivation-Behavioral skills model กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก 10 โรงเรียน จำนวน 448 คน ปีการศึกษา 2561 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจการใช้ถุงยางอนามัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย การพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัวและความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว อิทธิพลของเพื่อน และความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตามเกณฑ์มาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีอายุมาก ผลการเรียนเฉลี่ยน้อย มีการพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว และความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศมาก ได้รับอิทธิพลของเพื่อนมาก และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยมาก จะมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อนำมาวิเคราะห์หาสมการปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย สามารถเขียนสมการถดถอย (y) = -0.497 + 0.118 (อายุ)-0.240 (ผลการเรียนเฉลี่ย) + 0.223 (การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว) +0.026 (ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ) +0.073 (อิทธิพลเพื่อน) +0.016(การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย) มีอำนาจการทำนายร่วม ร้อยละ 15.6 (Nagellkerke $R^2 = 0.156$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

คำสำคัญ: การใช้ถุงยางอนามัย, นักเรียน, ชั้นมัธยมศึกษา, IMB model

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

[1]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Email: worawant@nu.ac.th,
[2]รองศาสตราจารย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล Email: chutima.jal@mahidol.edu
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Email: auhuma@hotmail.com
[1,3]Naresuan University, Phitsanulok, Thailand, [2]Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Abstract

The trend of condom use among students is increasing according to the Nation Condom Strategy of the Ministry of Public Health but the rate of sexually transmitted infections among adolescents aged 15-24 years old is continually increasing too. This is a cross-sectional study which is aimed in identifying predicting factors of condom use among high school boys by using the Information-Motivation-Behavioral skills model as a study framework. Stratified random sampling technique was used to recruit 448 students who are studying in 10 high schools in Muang Phitsanulok District in the academic year of 2018. The quantitative data was collected by using a questionnaire of condom use survey including demographic data, sexually transmitted infections and condom use knowledge, attitudes toward condom use, sexual communication with family, comfortable to talk about sex, peer pressure, and perceived condom use self-efficacy. The quantitative data was analyzed using descriptive statistic and Logistic regression.

The results found that high school boys who are older, lower GPA, more sexual communication with family, feeling more comfortable to talk about sex, with high score of peer pressure, and high score of perceived condom use self-efficacy will be able to use condom statistically significant ($p < .05$). The prediction equation of condom use among high school boys was (y) = -0.497 + 0.118 (age)-0.240 (GPA) + 0.223 (Sexual communication with family) + 0.026 (Comfortable to talk about sex) + 0.073 (Peer pressure) + 0.016 (Perceived condom use self-efficacy). They accounted for 15.6% (Nagellkerke R^2 = 0.156). This finding can develop a condom use promotion program among high school boys.

Keywords: condom use, student, high school, IMB model

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) มาใช้ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2558- 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิถีชีวิตโดยปกติของประชาชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือลดความเสี่ยงจากมะเร็งที่แพร่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์[1] ทำให้แนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและครั้งล่าสุดของนักเรียนเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 56.40-56.50 ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มเป็นร้อยละ 75.00-78.60 ในปี.พ.ศ. 2561 ตามลำดับ[2] แต่จากรายงานเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลับพบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา 80.8 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ใน พ.ศ. 2553 เป็น 189.5 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ใน พ.ศ. 2561[2]

แม้ว่าในรอบยี่สิบปีที่ผ่านมาจะมีองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนรวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาแก้ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้น เริ่มตั้งแต่ การนำเรื่องเพศศึกษาเข้าบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนเป็นครั้งแรกโดยกระทรวงศึกษาธิการ ในปี พ.ศ. 2521[3] การนำโปรแกรมทักษะชีวิตเข้ามาใช้ในการป้องกันโรคเอดส์ใน

โรงเรียน[4] ในปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2557 ดำเนินโครงการ “ก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” โดยองค์การแพธ (PATH) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ จัดทำกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา การป้องกันโรคเอดส์ในสถานศึกษา เพื่อรณรงค์ให้นักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษา การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีทัศนคติที่ดี ยับยั้งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ลดคู่นอนและเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัย[5] แต่อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ รวมไปถึงจำนวนมารดาวัยรุ่น ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] ดังรายงานระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS 5 ข้อ ที่พบว่า นักเรียนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงการถ่ายถอดความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันที่ได้จากสถานศึกษาทั้งในและนอกระบบ ยังขาดประสิทธิภาพ[6] จากผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ปี พ.ศ. 2559 พบว่า สถานศึกษาหลายแห่งเน้นการสอนเรื่องเพศวิถีจากมุมมองผลกระทบด้านลบของเพศสัมพันธ์มากกว่าพูดถึงมุมมองด้านบวก ขาดการคิดวิเคราะห์เชิงทัศนคติเกี่ยวกับเพศวิถี หัวข้อที่ได้รับการเน้นย้ำมากที่สุด คือ การป้องกันการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ สรีระ พัฒนาการทางเพศ ในขณะที่หัวข้อที่มีการสอนน้อยกว่าหัวข้ออื่น ๆ คือ ความเท่าเทียมทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยระหว่างคู่รักเพศเดียวกัน การทำแท้งที่ปลอดภัย และความหลากหลายทางเพศ นักเรียนยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ นักเรียนชายส่วนหนึ่งไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย[5] และการสอนเรื่องเพศศึกษาในครอบครัวส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศ[7-9] โดยคิดว่าจะเป็นการชี้โพรงให้กระรอก ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ร่วมกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่เปิดกว้างต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ๆ ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงสื่อที่ผลักดันให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากขึ้น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการพัฒนาการทางเพศและการเจริญเติบโตของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการทำงานของฮอร์โมนเพศเกิดแรงผลักดันให้กระทำบทบาททางเพศ วัยรุ่นชายจะตื่นตัวทางเพศง่าย อารมณ์เพศสูงสุดในช่วง 17-18 ปี อารมณ์วู่วาม ไม่รู้จักการรอคอย เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อาจทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร[10] และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น เช่น ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[11] ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย[12] ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย[13] อิทธิพลของเพื่อน[14] การสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว[14,15] การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย[16]

จากสภาพการณ์ดังกล่าวในข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนั้นจึงนำแนวคิดรูปแบบข้อมูล แรงจูงใจ และพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral skills Model: IMB Model) ที่พัฒนาโดย Fisher และ Fisher [17,18] มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย ด้านข้อมูล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความรู้เรื่องถุงยางอนามัย ด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย การสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว และอิทธิพลของเพื่อน ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย อันจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนที่ถูกวิธี ซึ่งนำไปสู่การลดปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย การสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว อิทธิพลของเพื่อน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายการใช้ถุงยางในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด Information–Motivation- Behavioral skills (IMB) model ของ

Fisher และ Fisher[17,18] ในการหาปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งประกอบด้วย ด้านข้อมูล (Information) ด้านแรงจูงใจ (Motivation) และด้านพฤติกรรม (Behavioral skill) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ดังภาพที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อหาปัจจัยที่ใช้ทำนายการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในปีการศึกษา 2561 ที่สังกัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 39 ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก 10 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนชาย 2,620 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane[19] และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวม 418 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนของนักเรียนแต่ละโรงเรียน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อนักเรียนเพื่อให้ได้จำนวนตามสัดส่วนที่คำนวณ มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นนักเรียนชายที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย อย่างไรก็ตามเมื่อจับฉลากรายชื่อนักเรียนแล้ว มีนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมโครงการมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 30 คน ทีมผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลทั้งหมด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 448 คน

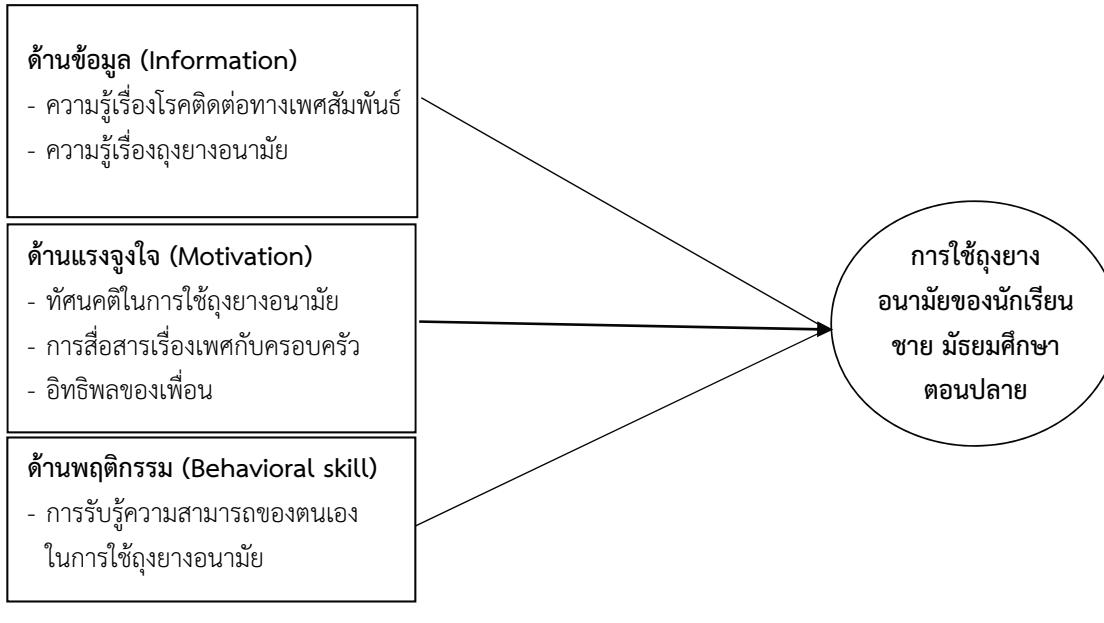
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบสำรวจการใช้ถุงยางอนามัย และแบบสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสำรวจการใช้ถุงยางอนามัย ตามกรอบแนวคิด IMB model ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สถานภาพสมรสของบิดามารดา และลักษณะการเลี้ยงดู ลักษณะคำถามแบบปลายเปิดและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จำนวน 15 ข้อ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ Tipwareerom และคณะ[14] ลักษณะแบบสอบถามแบบตัวเลือก 4 คำตอบ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย จำนวน 5 ข้อ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องถุงยางอนามัยของ Tipwareerom และคณะ[14] เป็นแบบวิธีเรียงลำดับการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยมาก

ส่วนที่ 4 ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 10 ข้อ ดัดแปลงจากแบบสอบถามทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัยของ Tipwareerom และคณะ[14] ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ครอบคลุมประสบการณ์ ความคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย มีช่วงคะแนนระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีทัศนคติเชิงบวก

ส่วนที่ 5 การพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย

การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพูดคุยในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย แฟน/คู่รัก โรคเอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะคำตอบมี 4 ข้อ คือ ไม่เคยพูดเลย (1 คะแนน) ถึง พูดคุยประจำ (4 คะแนน) มีช่วงคะแนนระหว่าง 4-16 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัวมาก

ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสะดวกใจในการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ของลี Lerand Ireland และ Boutelle [20] ลักษณะคำตอบมี 4 ข้อ คือ ไม่สะดวกใจเลย (1 คะแนน) ถึง สะดวกใจมาก (4 คะแนน) ช่วงคะแนนระหว่าง 4-16 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัวมาก

ส่วนที่ 6 อิทธิพลของเพื่อน จำนวน 5 ข้อ ดัดแปลงจากแบบสอบถามแบบวัดแรงจูงใจจากเพื่อนของ Thammaraksa และคณะ[21] ลักษณะคำตอบมี 4 ข้อ คือ ไม่เคย (1 คะแนน) ถึง สม่ำเสมอ (4 คะแนน) ตัวอย่างคำถาม เช่น ฉันมีเพศสัมพันธ์เพราะฉันอยากคุยโอ้อวดกับเพื่อน ๆ ช่วงคะแนนระหว่าง 5-20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีอิทธิพลของเพื่อนมาก

ส่วนที่ 7 ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 8 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยของ Cecil และ Pinkerton[22] ตัวอย่างคำถาม เช่น ฉันสามารถสวมถุงยางอนามัยได้อย่างถูกต้อง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่มีความมั่นใจเลย (1 คะแนน) ถึง มีความมั่นใจที่สุด (5 คะแนน) ช่วงคะแนนระหว่าง 8-40 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลซึ่งมีความเชี่ยวชาญในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ได้มาหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC ได้ค่าระหว่าง 0.5-1.0 และการหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย ใช้วิธีของ Kuder-Richardson 20 (KR -20) ได้ค่าระหว่าง 0.77-0.92 แบบสอบถามส่วนที่ 4 ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย แบบสอบถามส่วนที่ 5 การพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว แบบสอบถามส่วนที่ 6 อิทธิพลของเพื่อน และแบบสอบถามส่วนที่ 7 ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย นำไปคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.78, 0.76, 0.88, 0.85 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ

จริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 587/59 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 การเข้าร่วมการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากนักเรียนและผู้ปกครองโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิ์ในการไม่ตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น แล้วจึงมอบเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ปกครองและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้นำกลับไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงทำการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานเขตการศึกษามัธยมศึกษา เขต 39 เพื่อเก็บข้อมูลในโรงเรียน 10 แห่งในอำเภอเมืองพิษณุโลก หลังจากที่ได้รับการอนุมติการเก็บข้อมูลจากสำนักงานเขตฯ แล้ว ผู้วิจัยติดต่ออาจารย์ที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนแต่และแห่งเพื่อนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูล

ในวันที่นัดหมายเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และมอบหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ให้นำกลับไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อน และนัดหมายเข้าเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในวันรุ่งขึ้นอีกครั้ง ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยนัดหมายกับอาจารย์ที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนเพื่อจัดเตรียมสถานที่ในห้องเรียน ให้นักเรียนที่ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยนั่งคนละโต๊ะ ระยะห่างพอประมาณ แจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังทำเสร็จแล้วนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกส่งผู้วิจัยโดยตรง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจะได้รับปากกา 1 แท่งและแฟ้มใส่เอกสาร 1 แฟ้มเป็นที่ระลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Logistic regression โดยเสนอค่าความเสี่ยงสัมพันธ์ (Odd ratio, OR) และร้อยละความเชื่อมั่นที่ 95 (95%CI) และกำหนดค่า p <.05)

ผลการวิจัย

1. จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 448 คน พบว่า มีนักเรียนใช้ถุงยางอนามัยในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา 108 คน (ร้อยละ 24.10) และไม่ใช้ถุงยางอนามัย 340 คน (ร้อยละ 75.90) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ถุงยางอนามัย มีอายุเฉลี่ย 16.59 ปี (SD. = 1.01) มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.66 (SD. = 0.60) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 ร้อยละ 45.40 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 61.10 ที่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.50 และมีการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ร้อยละ 62.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีอายุเฉลี่ย 16.29 ปี (SD. = 0.92) มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.84 (SD. = 0.62) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 37.90 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 65.00 ที่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.90 และมีการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ร้อยละ 65.00

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เมื่อนำตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาตามกรอบแนวคิด คือ 1) ด้านข้อมูล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความรู้เรื่องถุงยางอนามัย 2) ด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย การสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว และอิทธิพลของเพื่อน และ 3) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ และผลการเรียนเฉลี่ย มาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression) พบว่า อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ อิทธิพลของเพื่อน และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n=448)

ปัจจัยทำนาย	Mean±SD		Binary Logistic Regression		
	ใช้ถุงยางอนามัย (n=108)	ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (n=340)	OR	95%CI	p-value
อายุ	16.59±1.01	16.29±0.92	1.40	1.10-1.77	.005*
ผลการเรียนเฉลี่ย	2.66±0.60	2.84±0.62	0.63	0.44-0.89	.011*
ด้านข้อมูล					
ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	10.46±2.06	10.79±1.96	0.92	0.82-1.03	.132
ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย	4.70±0.73	4.59±0.94	1.16	0.89-1.51	.269
ด้านแรงจูงใจ					
ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย	33.28±5.44	34.03±5.94	0.98	0.94-1.01	.241
การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว	7.32±3.17	5.51±1.92	1.33	1.21-1.46	<.001*
ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ	11.60±2.75	10.46±3.37	1.12	1.04-1.21	.002*
อิทธิพลของเพื่อน	6.20±2.21	5.48±1.64	1.20	1.07-1.34	.001*
ด้านพฤติกรรม					
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย	27.67±7.65	24.86±8.62	1.04	1.01-1.07	.003*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 สมการถดถอยของการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n=448)

ปัจจัยทำนาย	Mean±SD		Multivariate Logistic Regression		
	ใช้ถุงยางอนามัย (n=108)	ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (n=340)	OR_{adj}	95%CI	p-value
อายุ	16.59±1.01	16.29±0.92	1.12	0.87-1.45	.365
ผลการเรียนเฉลี่ย	2.66±0.60	2.84±0.62	0.78	0.53-1.15	.224
การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว	7.32±3.17	5.51±1.92	1.25	1.12-1.38	<.001*
ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ	11.60±2.75	10.46±3.37	1.02	0.94-1.11	.537
อิทธิพลของเพื่อน	6.20±2.21	5.48±1.64	1.07	0.95-1.21	.236
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย	27.67±7.65	24.86±8.62	1.01	0.98-1.04	.298

สมการถดถอยของการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

y = -0.497 + 0.118 (อายุ)-0.240(ผลการเรียนเฉลี่ย) + 0.223(การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว) +0.026(ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ) +0.073(อิทธิพลเพื่อน) + 0.016 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย)

Nagellkerke R^2 = 0.156

3. สมการถดถอยของปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาปัจจัยทำนายการใช้ถุงยางอนามัยที่ดีที่สุด พบว่า อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัว ความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ อิทธิพลของเพื่อน และการรับรู้ความสามารถในการใช้ถุงยางอนามัย ในสมการถดถอยสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายได้ร้อยละ 15.60 ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่สามารถทำนายการใช้ถุงยางในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย การพูดคุยเรื่องเพศกับครอบครัวและความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ อิทธิพลของเพื่อน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย ($p < .05$) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 อายุ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชายที่มีอายุมากมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น 1.12 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนชายที่มีอายุน้อย ตามแนวคิดพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) วัยรุ่นในระยะนี้มีพัฒนาการทางสติปัญญา และความคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ อยู่ในระยะ Formal operation คือ เริ่มคิดเหมือนผู้ใหญ่ คิดอย่างมีเหตุผล ตัดสินใจด้วยตนเองได้ มีเป้าหมายในชีวิต[23] ดังนั้น เมื่อวัยรุ่นมีอายุมากขึ้น จึงมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่รักของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.0 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 78.6 ในปีพ.ศ. 2561[2] และการศึกษาของ Tumchueo[12] ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

1.2 ผลการเรียนเฉลี่ย ข้อมูลจากการศึกษาพบว่านักเรียนชายที่มีผลการเรียนเฉลี่ยน้อยจะมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยมากกว่านักเรียนชายที่มีผลการเรียนเฉลี่ยมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผลการเรียนเฉลี่ยไม่ได้สะท้อนความรู้เรื่องเพศศึกษาของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่านักเรียนที่มีผลการเรียนดีย่อมมีความสามารถในการเรียนรู้และสนใจแสวงหาความรู้ด้านต่าง ๆมากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ[24] จากผลการศึกษาในครั้งนี้ เป็นไปได้ว่าผลการเรียนเฉลี่ยอาจไม่สะท้อนถึงความรู้เรื่องเพศศึกษาของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย

1.3 การสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัวและความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศ สามารถทำนายการใช้ถุงยางในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชายที่มีการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัวและมีความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศมาก จะมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น 1.25 และ 1.02 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากบ้านหรือครอบครัวจัดว่าเป็นสถาบันแห่งแรกและดีที่สุดในการพูดคุยเรื่องเพศให้แก่เด็ก และมีอิทธิพลต่อเด็กในทุก ๆ ด้านของชีวิต ถ้าครอบครัวมีการพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัวมากจะส่งผลให้เด็กมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุมากขึ้น และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้[25] สอดคล้องกับการศึกษาของ Tipwareerom และคณะ[14] ที่พบว่า การพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นชายและพ่อแม่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของบิดามารดาต่อการใช้ถุงยางอนามัยของบุตรชาย พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ มีความรู้ และทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ถุงยางอนามัยของบุตรชาย เนื่องจากถุงยางอนามัยช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และยังช่วยป้องกันบุตรชายตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมไปถึงโรคเอดส์ด้วย[7]

1.4 อิทธิพลของเพื่อน ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง 14-16 ปี จนถึงวัยรุ่นตอนปลาย 17-21 ปี มีอิทธิพลอย่างมากต่อ ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมต่าง ๆ รวมไปถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ด้วย[26] ดังจะเห็นได้จากนักเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันกับเพื่อนในโรงเรียน โดยเพื่อนเข้ามามีบทบาทค่อนข้างมาก มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่มและทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Tipwareerom และคณะ[14] ที่พบว่าการที่นักเรียนชายจะทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ดื่มสุรา และดูหนังโป๊ นั้นเกิดจากการชักชวนของเพื่อน

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้

ถุงยางอนามัย สามารถทำนายการใช้ถุงยางในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแนวคิด Perceived self-efficacy ของ Bandura ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถของตนเอง ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้[27] การที่นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยมาก ก็จะมีโอกาสที่จะใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น 1.01 เท่า เมื่อเปรียบกับนักเรียนชายที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรในการทำนายพฤติกรรมทางเพศได้ดีกว่าความคาดหวังในผลของการกระทำ[28] นอกจากนี้การศึกษาของ Dilorio และคณะ[29] พบว่า นักศึกษาที่มีความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยจะเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัย

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการใช้ถุงยางในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย และทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความรู้เรื่องถุงยางอนามัย ไม่สามารถทำนายการใช้ถุงยางในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายได้ แม้ว่านักเรียนชายมีแหล่งที่มาของความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการตั้งครรภ์และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลากหลายช่องทาง เช่น การสอนสุขศึกษาโรงเรียน เว็บไซต์ต่าง ๆ และบุคคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเนื้อหาการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาจะเน้นในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพัฒนาการทางเพศ โดยวิธีการสอนส่วนใหญ่ใช้วิธีการบรรยายถึงร้อยละ 90.30 ในขณะที่การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยมีเพียงร้อยละ 26.15

2.2 ทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัย ไม่สามารถทำนายการใช้ถุงยางในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากอคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย โดยมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของการสำส่อน หรือการหมกมุ่นทางเพศ ทำให้ไม่กล้าซื้อหรือพกพาถุงยางอนามัย และค่านิยมเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยว่า สะท้อนถึงความไม่ไว้วางใจ หรือความไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่เพศสัมพันธ์ของตน[1] คล้ายคลึงกับผลการวิจัยที่ว่า การใส่ถุงยางอนามัยมีความยุ่งยาก และทำให้ความรู้สึกขณะมีเพศสัมพันธ์ลดลง[7] ซึ่งขัดแย้งกับยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ ที่มีการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยให้แพร่หลายและส่งเสริมและการเข้าถึงถุงยางอนามัย รวมทั้งการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนมีส่วนในการปรับทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัยในเชิงบวก[1] ทำให้แนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและครั้งล่าสุดของนักเรียนเพิ่มสูงขึ้น[2] และขัดแย้งกับการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่า การสนับสนุนหรือกระแสสังคมในทางบวก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ[30,31]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการมีส่วนร่วมของเพื่อนครอบครัว จะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและช่วยเสริมความมั่นใจในการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

2. ในยุคดิจิตอลที่เริ่มมีการเรียนการสอนออนไลน์ นักเรียนมีการใช้สื่อการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาทางออนไลน์มากขึ้น จึงเป็นโอกาสให้นักเรียนที่มีและไม่มีประสบการณ์ทางเพศสามารถเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นจึงควรพัฒนาสื่อการสอนเหล่านี้ให้มีวัตถุประสงค์ครอบคลุม เพิ่มความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยการพัฒนาเนื้อหาให้มีความท้าทายแก่ผู้เรียน เช่น การให้โจทย์สถานการณ์การใช้ถุงยางอนามัยในกรณีต่าง ๆ และเพิ่มช่องทางติดต่อ เช่น เบอร์โทรศัพท์สายตรง ที่สามารถสอบถามปัญหาแก่ผู้รู้ได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยตามตามแนวคิด Information-Motivation-Behavioral Skills Model ในโปรแกรมควรประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้ความรู้และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย โดยมุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กวัยเดียวกัน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว นอกจากนี้ ควรจัดเตรียมแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลายการเข้า เช่น อินเตอร์เน็ต ห้องสมุด ครูอนามัย บุคลากรทางสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงแหล่งถุงยางอนามัย อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง

References

1. Ministry of Public Health. National Condom Strategy 2015-2019, Bangkok: J.S. Publishing; 2015. (in Thai).
2. Bureau of Epidemiology. Sexually transmitted infections rate among adolescents 15-54 years of age [Internet]. 2018 [cited 2020 February 13]. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86. (in Thai).
3. Thaweesit S, Boonmongkon P, Pushing the boundaries: The challenge of sexuality education in Thailand. In S. Thanenthiran (Ed.), Reclaiming & redefining rights. Thematic studies series 1: Sexuality & Rights Asia (pp. 44-53). Kuala Lumpur, Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Center for Women (ARROW); 2012.
4. Wibulpolprasert S, Sirilak S, Ekachampaka P, Wattanamano N, Taverat R. Thailand Health Profile 1999-2000. Bangkok: Printing Press, Express Transportation Organization; 2001. (in Thai).
5. Boonmongkol P, Promnart P, Samao N, Ojanen T, Guadarmuz T, Burford J, et al. Research report to review sexuality education in Thai educational institutes. Bangkok: Mahidol University; 2016. (in Thai).
6. Bureau of Epidemiology. The surveillance of behaviors related to HIV infection among students in Thailand 2011 [Internet]. 2012 [cited 2020 February 12]. Available from: file:///C:/Users/NR9067/Downloads/report_2012_11_no21.pdf. (in Thai).
7. Tipwareerom W, Weglicki L. Parents' knowledge, attitude, behaviors, and barriers in promoting condom use among their adolescent sons. Nursing and Health Sciences 2017;19(2):212-19.
8. Meechamnan C, Fongkaew W, Chotibang, McGrath BB. Do Thai parents discuss sex and AIDS with young adolescents: a qualitative study. Nursing and Health Science 2014;16:97-102.
9. Sridawruang C, Pfeil M, Crozier K. Why Thai parents do not discuss sex with their children: A qualitative study. Nursing and Health Science 2010;12(4):437-43.
10. Kaewkungwan S. Development psychology life span: Teenager-elderly. 9th ed. Bangkok: Thammasat University Publishing, 2010. (in Thai).
11. Krinara P. Knowledge about sexually transmitted diseases and pregnancy prevention among secondary school students in schools under the Saraburi Municipality. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2013;20:274-86. (in Thai).
12. Tumchueo S. Sexual behaviors and factors correlation with the intention of protection. Nursing Journal of Ministry of Public Health 2015;25(1):97-109. (in Thai).
13. Pinyaphong J. Sexual behaviors and determinant of intension to use condom of young adult male in school, Uttaradit province. Phetchanun Rajabhat Journal 2014;16(2):1-11. (in Thai).
14. Tipwareerom W, Powwattana A, Lopvongwatana P. Predictors of risky sexual behaviors among adolescent boys, Phitsanulok Province. Journal of Public Health Nursing 2013;27(1):31-45. (in Thai).

15. Wongsawat P, Supametaporn P, Hoyrat P. Effectiveness of learning Program for improving sexual communication skills among parents and their adolescent children on premarital sexual and unwanted pregnancy prevention. Journal of Boromarajaonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1):86-98. (in Thai).
16. Powwatana A, Auemaneekul N, Lakampan S. Risk behaviors prevention in adolescence: Concepts and management in multilevel approach. Bangkok: Protexts.com; 2017. (in Thai).
17. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior. Psychological Bulletin 1992;111:455-74.
18. Fisher JD, Fisher WA., Bryan AD, Misovich SJ. Information-Motivation-Behavioral Skills model-Based HIV risky behavior change intervention for inner-city high school youth. Health Psychology 2002;21(2):177-86.
19. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: You and I inter Media ltd; 2010. (in Thai).
20. Lerand SJ, Ireland M, Boutelle K. Communication with our teens: Associations between confidential service and parent-teen communication. Journal of Pediatric and Gynecology 2007;20:173-78.
21. Thammaraksa P, Powwattana A, Lagampan S, Vatanasomboon P, Stoddard SA. Effects of school-based participation program to prevent multiple risk behaviors in Thai male adolescents. Pacific Rim 2019;23(3):228-42.
22. Cecil H, Pinkerton SD. Reliability and validity of a self-efficacy instrument for protective sexual behaviors. Journal of American College Health 1998;47(3):113-21.
23. Thaiyapirom N. Health promotion in adolescents. In: Klunklin P, editor. Children's Health promotion. Khonkhan: Klungnana publishing; 2012. (in Thai).
24. Duang-iad K, Suwanmonkha S. Multiple case study research to analyze methods for enhancing mind of high school students. An Online Journal of Education 2014;9(2): 574-81. (in Thai).
25. Suaysaard S. Sex education. Bangkok: V Print Company; 2012. (in Thai).
26. Neinstein LS, Katzman D, Callahan T. Neinstein's adolescent and young adult health care: a practical guide. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
27. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
28. Lyles CM, Crepaz N, Herbst JH, Kay LS. Evidence-based HIV behavioral prevention from the perspective of ADA's HIV/AIDS prevention research synthesis team. AIDS Educ Prev 2006;18 (Suppl):21-31.
29. Dilorio C, Dudly WN, Soet J, Watkins J, Maibach E. A social cognitive-based model for condom use among college students. Nursing Research 2000;49:408-14.
30. Visudibhan PJ. Predictors of condom use and intention to use condom among HIV- Infected patients/AIDS with their couples. Rama Nurs J 2015;21(1):69-81. (in Thai).
31. Jeong J, Jo S, Jung M, Lee Y. Factors related to condom use behavior among club-working women in South Korea: Importance of subjective norms and customer-related attitudes. Asia-Pacific Journal of Public Health 2014;26(2):147-59.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ

Factors Related to Hygiene Behaviors among Myanmar Workers in Seafood Processing Industries, Samut Prakan Province

Received: Mar 4, 2020
Revised: May 5, 2020
Accepted: May 13, 2020

อนงค์นาถ ประกอบสุข พย.ม. (Anongnart Pragobsuk, M.N.S.)[1]
นฤมล เอื้อมณีกูล ปร.ด. (Naruemon Auemaneekul, Ph.D.)[2]
สุรินธร กลัมพากร ปร.ด. (Surintorn Kalampakorn, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

แรงงานต่างด้าวถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อ การมีพฤติกรรมในการดูแลสุขอนามัยที่ดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานสำคัญสามารถช่วยลดการเกิดโรคติดต่อได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเลในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเลในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 370 ราย คัดเลือกโดยวิธีการวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติไคสแคว์ (Chi-square) และสถิติวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขอนามัยในระดับดี ร้อยละ 79.20 (Mean = 32.46, SD. = 1.45) และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัย นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ พบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ (OR_{adj} = 2.85, 95% CI = 1.42-5.75) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัย (OR_{adj} = 2.30,

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน(ภาคพิเศษ) ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: krataiii99@gmail.com
[2]Corresponding author [2,3]รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
[2]E-mail: naruemon.aue@mahidol.ac.th, [3]E-mail: surintorn.kal@mahidol.ac.th
Mahidol University, Bangkok, Thailand

95% CI = 1.14-4.65), การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ (OR_{adj} = 2.19, 95% CI = 1.09-4.42) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (OR_{adj} = 2.04, 95% CI = 1.04-4.03)

จากผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมความตระหนักให้เกิดขึ้นเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีในแรงงานต่างด้าว และส่งเสริมให้องค์กรมีนโยบายหรือมาตรการที่ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยของแรงงานในแต่ละสถานประกอบการ เพื่อให้แรงงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย, แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา, สถานประกอบการอาหารทะเล

Abstract

Migrant workers are at risk for communicable diseases. Good hygiene behavior is an important basic behavior to decrease communicable diseases. This descriptive study aimed to examine hygiene behaviors and factors related to hygiene behaviors among Myanmar migrant workers in seafood industries, Samut Prakan province. Participants were 370 Myanmar migrant workers. Multi-stage random sampling method was used to recruit participants. Data were collected using interview forms developed by the researchers and they were tested for content validity by the experts. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Chi-square test and Binary logistic regression).

Results showed that most of the participants reported good hygiene behaviors (79.20%) (Mean = 32.46, SD. = 1.45). Knowledge about hygiene, healthcare attitude, perceived self-efficacy in hygiene, health promotion policies in industries, access to healthcare services and media, and social support were statistically significantly related to hygiene behaviors among Myanmar migrant workers in seafood industries, Samut Prakan Province ($p<.05$). Moreover, multiple logistic regression analysis revealed that perception of health promotion policies in the industry (OR_{adj} = 2.85; 95%CI = 1.42-5.75), perceived self-efficacy in hygiene (OR_{adj} = 2.30; 95%CI = 1.14-4.65), access to health services and health media (OR_{adj} = 2.19; 95%CI = 1.09-4.42), and social support (OR_{adj} = 2.04; 95%CI = 1.04-4.03) were significantly related to hygiene behaviors, respectively.

Findings from this study indicated the importance of building awareness about good hygiene behaviors among migrant workers and supporting organizations to develop policies or measures concerning workers' hygiene in each industry to promote the sustainable hygiene behaviors among workers.

Keywords: hygiene behaviors, Myanmar workers, seafood processing industries

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนคนต่างด้าวในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉพาะที่จดทะเบียนกับกระทรวงแรงงานเพิ่มขึ้นจาก 826,329 คนในปี 2549 เป็น 1,133,851 ในปี พ.ศ. 2555 และเพิ่มมากขึ้นถึง 1.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561[1] ภายใต้การดำเนินนโยบาย One Stop Service ของรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น หากแต่โครงสร้างประชากรกลับไม่ได้สนับสนุนความต้องการแรงงานดังกล่าว ทำให้แรงงานระดับล่างขาดแคลน บทบาทแรงงานต่างด้าวในภาคการผลิตจึงมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ยังมีแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอีกเป็นจำนวนที่มากกว่าที่ขึ้นทะเบียน[2] จากสภาพการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบหลายด้านต่อประเทศไทย โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านสาธารณสุข ในด้านการเป็นพาหะของโรคติดต่อ ซึ่งจากรายงานผลการดำเนินงานจัดตั้ง One Stop Service ปี พ.ศ. 2559 ในคนต่างด้าว พบโรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภทที่ 2) จำนวน 8,913 คน ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นวัณโรคจำนวน 4,929 คน โรคซิฟิลิส จำนวน 1,913 คน โรคเท้าช้าง จำนวน 50 คน และโรคที่ต้องห้ามมิให้ทำงาน (ประเภทที่ 3) 910 คน ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ และโรคซิฟิลิสในระยะที่ 3[3] ซึ่งยังพบว่าแรงงานต่างด้าวมีการดื้อยาวัณโรค และโรคมาลาเรีย ส่งผลให้มีการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวจากแรงงานต่างด้าวสู่คนไทยมากขึ้น[4] นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลของรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการที่แรงงานไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โดยในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีจำนวนถึง 414,721,969.74 บาท เพิ่มจากปี พ.ศ. 2553 ที่มีจำนวน 356,745,166.96 บาท[5] ซึ่งจากสถานการณ์ภาระโรคและค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวดังกล่าวส่งผลให้ปัจจุบันรัฐบาลได้วางมาตรการสำหรับการดูแลด้านสวัสดิการสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในสถานประกอบการ โดยแรงงานทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม หากแต่สิทธิประโยชน์พบว่าไม่ครอบคลุมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการพัฒนาบุคลากรระบบสาธารณสุขต่างด้าวขึ้น ซึ่งได้แก่ การพัฒนาพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว (อสต.) โดยจะทำหน้าที่ล่ามและให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าว เพิ่มประสิทธิภาพของการส่งเสริม และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว[6]

จังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับทะเลด้านอ่าวไทย ทำให้กลายเป็นพื้นที่ตั้งสำคัญของโรงงานอุตสาหกรรมประมงทะเลและอุตสาหกรรมแปรรูปอาหารทะเล รวมทั้งอุตสาหกรรมอื่น ๆ ที่ต้องอาศัยกำลังคนในการทำงาน ส่งผลให้มีแรงงานไทยและแรงงานต่างด้าวหลั่งไหลเข้ามาทำงาน[7] โดยธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารทะเลเป็นธุรกิจที่สำคัญของจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตของระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย ซึ่งในด้านการพัฒนาศักยภาพด้านการแข่งขันโดยมองถึงภาพรวมเพื่อลดต้นทุนในการผลิต เนื่องจากแรงงานไทยมีทางเลือกในการทำงานอื่นปฏิเสธงานที่ใช้กำลังแรงงานที่เข้มข้น ส่งผลให้แรงงานต่างด้าวเป็นทางเลือกในการถูกว่าจ้างแรงงาน

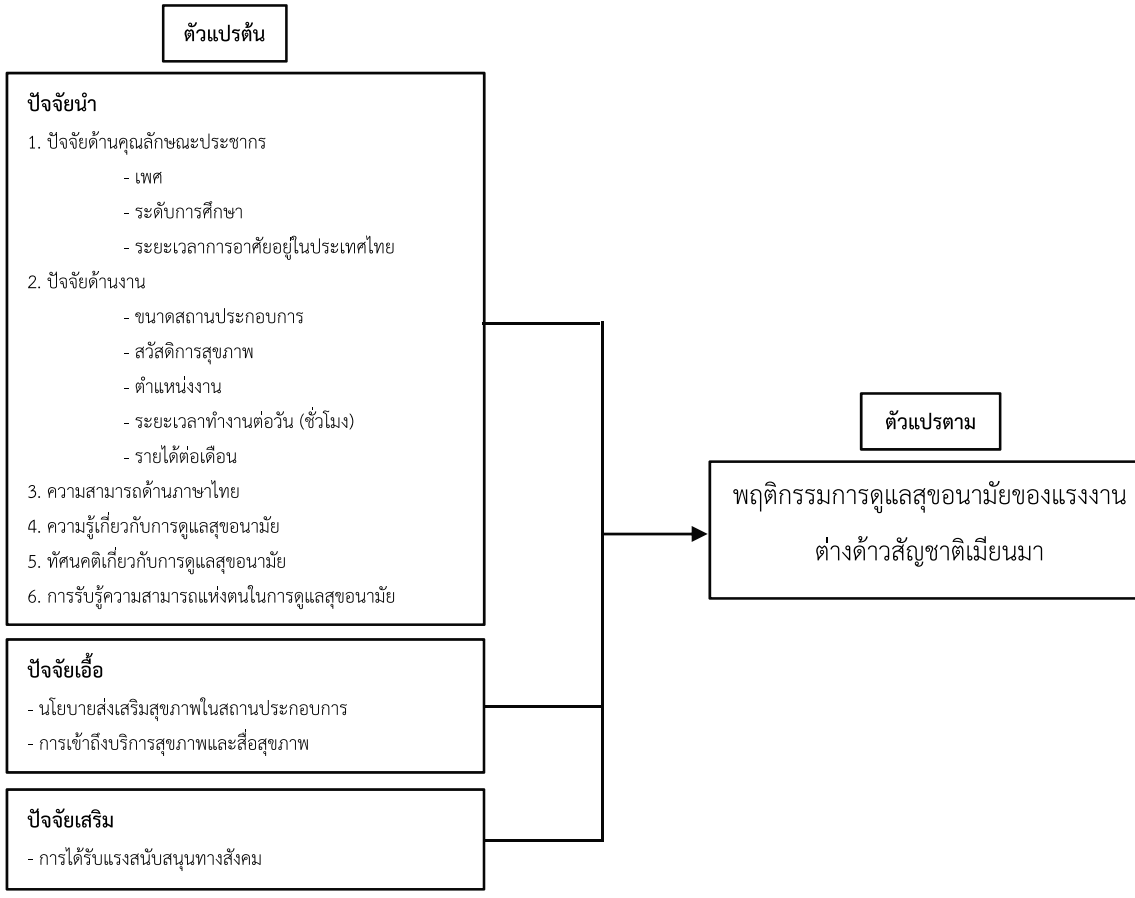
โดยจากสถิติข้อมูลแรงงานต่างด้าวของสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 พบว่ามีแรงงานต่างด้าวทั้งหมด 160,963 คน โดยมีจำนวนแรงงานสัญชาติเมียนมามากที่สุดถึง 91,179 คน คิดเป็นร้อยละ 56.64 โดยในส่วนของสถานประกอบการที่เกี่ยวกับอาหารทะเลพบว่ามีการจ้างแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาทั้งหมด 3,934 คน[8] คิดเป็นร้อยละ 4.00 ซึ่งถือว่าเป็นสัญชาติที่มีจำนวนมากที่สุดในแต่ละสถานประกอบการ ทั้งนี้ในด้านการดูแลสุขอนามัยของแรงงานในแต่ละกระบวนการผลิตนับว่ามีความสำคัญ เนื่องจากผลิตภัณฑ์อาหารจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้บริโภค โดยเฉพาะเชื้อโรคที่มาพร้อมกับอาหาร ดังนั้น ผู้ซึ่งปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับอาหารหรือผู้สัมผัสอาหารจึงมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้บริโภค[9] สถานประกอบการจึงต้องมีการสร้างสุขอนามัยให้เกิดขึ้นในกระบวนการผลิต ทั้งในส่วนอุปกรณ์เครื่องจักรที่ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ และแรงงานที่ต้องมีการส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยให้เกิดเป็นลักษณะนิสัย เพื่อให้แรงงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของตนเองที่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีทั้งต่อกำลังแรงงานที่ทำให้สุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรค ไม่ขาด/ลางาน และคุณภาพของผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่เกิดการปนเปื้อนจากเชื้อโรคที่มาจากการดูแลสุขอนามัยของแรงงานที่ไม่ถูกต้อง

จากสถานการณ์ในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้รัฐบาลจะมีมาตรการในการดูแลสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าว แต่ก็ยังคงพบว่ามาตรการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุม ประกอบกับแรงงานต่างด้าวยังขาดความมั่นคงด้านสุขภาพ จากการพบโรคติดต่อหลายชนิดรวมถึงโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของสถานพยาบาลรัฐที่นับวันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต การแสวงหาการดูแลสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วย และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มีส่วนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในแรงงานต่างด้าว โดยพบศึกษาเฉพาะกลุ่มสัญชาติลาว[10] และศึกษาในแรงงานต่างด้าวรวม 3 สัญชาติ คือ เมียนมา ลาว และกัมพูชา[11] และถึงแม้จะมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าว[12] หากแต่การศึกษาดังกล่าวเป็นเพียงการศึกษาแบบพรรณนาเท่านั้น ไม่ได้มีการหาความสัมพันธ์ตลอดจนปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการดูแลและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยไม่เว้นแม้แต่บุคคลที่เป็นต่างด้าว ได้เล็งเห็นปัญหาการมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคติดต่อที่ถือเป็นปัญหาทางด้านสังคมและระดับประเทศที่มีสถิติสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการอาหารทะเล ที่เป็นพฤติกรรมพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นในการลดการเกิดโรคติดต่อ อีกทั้งกระบวนการผลิตอาหารทะเลล้วนแต่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขอนามัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model[13] ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ที่เป็นการประเมินทางการศึกษาและระบบนิเวศ (Educational and Ecological Assessment) ซึ่งถือเป็นกระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขอนามัยที่ไม่พึงประสงค์ตามสาเหตุหรือปัจจัยเหล่านี้ด้วยกลวิธีหรือวิธีการสุขศึกษาที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเล ซึ่งถือเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของประเทศที่ต้องการผลผลิตด้านแรงงานที่มีคุณภาพเข้าสู่ตลาดแรงงานอุตสาหกรรมของประเทศต่อไปในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model[13] ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) ที่มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple factors) ในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ จึงต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อใช้ประกอบการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป โดยประยุกต์ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ที่เป็นการประเมินทางการศึกษาและระบบนิเวศ (Educational and Ecological Assessment) ซึ่งถือเป็นกระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สามารถสรุปกรอบแนวคิดของการวิจัยดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเลในจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเลในจังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเลในจังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ที่ลงทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเลในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 3,934 คน[8]

กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเล ในจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 370 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทราบประชากรของ Danial[14] คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยสุ่มเลือกสถานประกอบการแต่ละขนาดด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานประกอบการด้วยวิธีการแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสัมภาษณ์ภาษาเมียนมา ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยนำ

1.1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในประเทศไทย จำนวน 3 ข้อ

1.2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านงาน เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และเติมข้อความ ประกอบด้วย ขนาดสถานประกอบการ สวัสดิการสุขภาพ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ และรายได้ต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ

1.3 แบบสัมภาษณ์ความสามารถด้านภาษาไทย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 4 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.73

1.4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก ผิด จำนวน 11 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.70

1.5 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.70

1.6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.86 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

2.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.75

2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสริม

3.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.74 โดยแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย โดย ระดับดี คือ ได้คะแนน ≥ ค่าเฉลี่ยระดับไม่ดี คือ ได้คะแนน < ค่าเฉลี่ย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือทุกชุดได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย, ผู้เชี่ยวชาญด้านแรงงานต่างด้าว และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทยและเมียนมา แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาเมียนมา และตรวจสอบคุณภาพการแปลด้วยเทคนิคการแปล

กลับ (Back-translation) ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการอาหารทะเล จำนวนทั้งสิ้น 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (reliability) โดยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยใช้วิธีของ Kuder – Richardson และแบบสัมภาษณ์ที่เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) ใช้วิธีของครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2019-130 โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยมีการจัดเตรียมสถานที่ในการเก็บข้อมูลอย่างเป็นส่วนตัวกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีความเสี่ยงใดที่จะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ รวมทั้งใช้รหัสแทนชื่อจริง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงสถานประกอบการที่ติดต่อเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลในการนัดหมายเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และล่ามเมียนมา โดยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะมีการเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย โดยจะมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ซึ่งในการเก็บข้อมูลล่ามจะทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเริ่มจากอธิบายเกี่ยวกับการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นล่ามทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยตามแบบสัมภาษณ์การวิจัย ซึ่งเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสัมภาษณ์ครบถ้วน ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำแบบสัมภาษณ์การวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมการวิจัยแยกใส่ซองทึบแสง ส่งคืนที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยโดยตรง จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์การวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์การวิจัยจนได้ข้อมูลครบถ้วนตามกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย ใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-square) นำเสนอค่า Crude Odds Ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และ $p < .05$

2.2 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย ใช้สถิติวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ซึ่งเทคนิคการนำตัวแปรเข้าโดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณา (Enter selection) ควบคุมตัวแปรเพศและตัวแปรอื่น ๆ ที่มีค่า $p < .20$ จากการใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-square) และนำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 236 คน (ร้อยละ 63.80) เกือบครึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 181 คน (ร้อยละ 48.90) รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 96 คน (ร้อยละ 25.90) มีระยะเวลาการอาศัยอยู่ในประเทศไทยเฉลี่ย 4.75 ปี (Mean = 4.75, SD. = 4.25) ส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสังคม จำนวน 240 คน (ร้อยละ 64.90) รองลงมาคือ สิทธิประกันสุขภาพ จำนวน 83 คน (ร้อยละ 22.40) ส่วนใหญ่ทำงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน/ลูกน้อง จำนวน 368 คน (ร้อยละ 99.50) รองลงมาคือ ตำแหน่ง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงาน (n = 370)

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	134	36.20
หญิง	236	63.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	18	4.90
ประถมศึกษา	96	25.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	181	48.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย	63	17.10
มหาวิทยาลัย	12	3.20
ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในประเทศไทย (ปี)		
<5	244	65.90
≥5	126	34.10
Mean =4.75 , Max =27, Min =0.10 , S.D. = 4.25		
ขนาดสถานประกอบการ		
ขนาดเล็ก	63	17.00
ขนาดกลาง	111	30.00
ขนาดใหญ่	196	53.00
สิทธิและสวัสดิการสุขภาพ		
ไม่มี	18	4.90
ประกันสังคม	240	64.9
ประกันสุขภาพ	83	22.4
ประกันสังคมและประกันสุขภาพ	29	7.80
ตำแหน่งงาน		
หัวหน้างาน	2	0.50
ผู้ปฏิบัติงาน/ลูกน้อง	368	99.50
จำนวนวันทำงาน/สัปดาห์		
≤ 5 วัน	2	0.50
> 5 วัน	368	99.50
Mean = 6, Max =7, Min = 4, S.D. = 0.14		
ระยะเวลาทำงานต่อวัน(ชั่วโมง)		
≤ 8 ชม.	138	37.30
> 8 ชม.	232	62.70
Mean = 9.39, Max =14, Min = 2, S.D. = 1.32		
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
< 10,000 บาท	194	52.40
≥ 10,000 บาท	176	47.60

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย

ปัจจัย	จำนวนตัวอย่าง	พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย				OR (95%CI)	p-value
		ดี		ไม่ดี			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย							.026*
ระดับสูง	181	152	84.00	29	16.00	1.78(1.07-2.99)	
ระดับต่ำ-ปานกลาง	189	141	74.60	48	25.40	1.00	
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย						.002*	
เชิงบวก	112	100	89.30	12	10.70	2.81(1.45-5.43)	
เชิงลบ-ปานกลาง	258	193	74.80	65	25.20	1.00	
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัย							<.001*
ระดับสูง	148	132	89.20	16	10.80	3.13(1.72-5.68)	
ระดับต่ำ-ปานกลาง	222	161	72.50	61	27.50	1.00	
นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ							<.001*
ระดับสูง	321	266	82.90	55	17.10	3.94(2.09-7.42)	
ระดับต่ำ-ปานกลาง	49	27	55.10	22	44.90	1.00	
การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ							.026*
ระดับปานกลาง-สูง	329	266	80.90	63	19.20	2.19(1.09-4.42)	
ระดับต่ำ	41	27	65.90	14	34.20	1.00	
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม							.001*
ระดับสูง	133	118	88.70	15	11.30	2.79(1.51-5.13)	
ระดับต่ำ-ปานกลาง	237	175	73.80	62	26.20	1.00	

*p < .05

หัวหน้างาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.50) มีจำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ยเท่ากับ 6 วัน (Mean = 6, SD. = 0.14) มีระยะเวลาทำงานต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 9.39 ชั่วโมง (Mean = 9.39, SD. = 1.32) และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 10618.10 บาท (Mean = 10618.10, SD. = 1676.70) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย (OR = 1.78, 95% CI = 1.07-2.99, p =.026), ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย (OR = 2.81, 95% CI = 1.45-5.43, p =.002), การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัย (OR = 3.13, 95% CI = 1.72-5.68, p <.001), นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ (OR = 3.94, 95% CI = 2.09-7.42, p <.001), การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ (OR = 2.19, 95% CI = 1.09-4.42, p = .026) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (OR = 2.79, 95% CI = 1.51-5.13, p = .001) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย พบปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05 มี 4 ปัจจัย ได้แก่ กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย				OR (95%CI)	OR_{adJ}(95%CI)	p-value
	ดี		ไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัย							
ระดับสูง	132	89.20	16	10.80	2.30(1.14-4.65)	2.30(1.14-4.65)	.020*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	161	72.50	61	27.50	1.00	1.00	
นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ							
ระดับสูง	266	82.9	55	17.1	2.85(1.42-5.75)	2.85(1.42-5.75)	.003*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	27	55.1	22	44.9	1.00	1.00	
การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ							
ระดับปานกลาง-สูง	266	80.9	63	19.2	2.19(1.09-4.42)	2.19(1.09-4.42)	.029*
ระดับต่ำ	27	65.9	14	34.2	1.00	1.00	
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม							
ระดับสูง	118	88.7	15	11.3	2.04(1.04-4.03)	2.04(1.04-4.03)	.040*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	175	73.8	62	26.2	1.00	1.00	

*p < .05

แห่งตนในการดูแลสุขอนามัยระดับสูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัยระดับต่ำ-ปานกลาง 2.30 เท่า (OR_{adj} = 2.30, 95% CI = 1.14-4.65, p = .020), กลุ่มที่มีการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการระดับสูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่มีการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการระดับต่ำ-ปานกลาง 2.85 เท่า (OR_{adj} = 2.85, 95% CI = 1.42-5.75, p = .003), กลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพในระดับปานกลาง-สูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพในระดับต่ำ 2.19 เท่า (OR_{adj} = 2.19, 95% CI = 1.09-4.42, p = .029) และกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ-ปานกลาง 2.04 เท่า (OR_{adj} = 2.04, 95% CI = 1.04-4.03, p = .003) ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย ผลการศึกษาพบว่าสามในสี่ของกลุ่มแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเลโดยรวมมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขอนามัยในระดับดี (ร้อยละ 79.20) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยด้านอนามัยส่วนบุคคล (Mean = 23.60, SD. = 1.05) มากกว่าอนามัยสิ่งแวดล้อม (Mean = 8.86, SD. = 0.56) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทำงานในสถานประกอบการเกี่ยวกับการผลิตอาหารที่จะต้องมีนโยบายในการดูแลสุขอนามัยให้เกิดขึ้นในตลอดกระบวนการผลิตอย่างเคร่งครัด และนอกจากนี้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ค่อนข้างมีข้อจำกัด ซึ่งในสถานประกอบการที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลนั้น อาจเป็นไปได้ว่าแรงงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีอยู่แล้ว โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลตามผลการศึกษารายด้าน ซึ่งเป็นพฤติกรรมหลักที่พึงประสงค์ของสถานประกอบการอาหารทะเลที่มีนโยบาย

ในการดูแลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abdul-Mutalib, Abdul-Rashid, Mustafa, Amin-Nordin, Hamat และ Osman[15] ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยอาหาร และการสุขาภิบาลของผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารที่ทำงานในร้านอาหารในกัวลาปิลาห์ ประเทศมาเลเซีย พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารมีความรู้ทัศนคติที่ดีเยี่ยม และมีการปฏิบัติตัวที่ดีต่อการดูแลสุขลักษณะอาหาร

2. แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเล ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัยระดับสูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัยระดับต่ำ-ปานกลาง 2.30 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Riemrimadan และ Khamsi[11] ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากในกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัยในระดับสูงมักจะรับรู้ได้ว่าการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ไม่เกินความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติได้ ประกอบกับจากลักษณะงานการแปรรูปอาหารทะเลที่ค่อนข้างมีกลิ่นติดตัว ทำให้แรงงานเหล่านี้ต้องมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขอนามัยที่ดีตามไปด้วย

3. แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเล ที่มีการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการระดับสูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่มีการรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการระดับต่ำ-ปานกลาง 2.85 เท่า ทั้งนี้เนื่องมาจากสถานประกอบการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยที่ตั้งเป็นกฎการปฏิบัติค่อนข้างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นแนวทางการปฏิบัติ ข้อความ หรือป้ายคำเตือนต่าง ๆ ในสถานที่ปฏิบัติงาน ตลอดจนการมีล่ามที่คอยช่วยสื่อสารให้แรงงานเหล่านี้รับทราบและปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยให้เกิดขึ้นในตลอดกระบวนการผลิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Saengpetch[16] ที่พบว่า นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุได้

4. แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเล ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพระดับปานกลาง-สูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพระดับต่ำ 2.19 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Riemrimadan และ Khamsi[11] ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของของแรงงานต่างด้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Peng, Chang, Zhou, Hu และ Liang[17] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานอพยพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และจากการศึกษาของ Saengpetch[16] ที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพได้นั้น สามารถเข้าถึงได้ง่ายและหลายทาง ทั้งในสถานประกอบการที่สามารถรับบริการได้จากห้องพยาบาล หรือนอกสถานประกอบการที่สามารถเข้ารับบริการได้ตาม รพ.สต. คลินิก ตลอดจนโรงพยาบาลของทั้งรัฐและเอกชน และในส่วนของสื่อสุขภาพที่พบว่ามีการจัดทำเป็นภาษาเมียนมาเพื่อให้เข้าถึงแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาได้ง่ายขึ้น ทำให้แรงงานที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพได้ในระดับปานกลาง-สูงนั้นสามารถที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่าแรงงานที่เข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพในระดับต่ำ

5. แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอาหารทะเล ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง มีโอกาสทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีมากกว่า กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ-ปานกลาง 2.04 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Riemrimadan และ Khamsi[11] และ Manotam, Parinyanakul และ Sri-arporn[18] ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว และจากการศึกษาของ Saengpetch[16] ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

เมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จึงส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขอนามัยที่ดีได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านบริหาร : สถานประกอบการควรมีนโยบายเพิ่มการให้การสนับสนุนทางสังคมกับแรงงานที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข โดยมีการเข้าร่วมกับองค์กรเครือข่ายทางสาธารณสุข ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีโอกาสในการเข้ามาทำกิจกรรมการดูแลสุขอนามัยให้กับกลุ่มแรงงาน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขน้อยที่สุด

ด้านบริการ : พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการควรมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาแนวทางสนับสนุนให้กลุ่มแรงงานสามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ และสื่อทางสุขภาพได้อย่างง่าย และสะดวก นอกจากนี้ควรเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขอนามัยให้กับแรงงานต่างด้าว เช่น การฝึกทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวการดูแลสุขอนามัยที่ถูกต้องให้กับแรงงานต่างด้าว การให้บุคคลใกล้ตัวที่ปฏิบัติตนในการดูแลสุขอนามัยได้ถูกต้องเป็นต้นแบบ หรือการใช้ตัวแบบในรูปการสื่อสารทางมวลชน เช่น ภาพยนตร์โทรทัศน์ การใช้คำพูดในการชักจูง หรือการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ สร้างความมั่นใจ เพื่อให้แรงงานเหล่านี้สามารถที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ดีได้อย่างยั่งยืน

ด้านวิชาการ : พัฒนาแนวทางจัดการศึกษาทางการพยาบาลที่ควรมีการวางแผนการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานต่างด้าวในฐานะกลุ่มบุคคลวัยทำงานที่ถึงแม้จะไม่มีสัญชาติไทย หากแต่พำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรไทย

ด้านวิจัย : ควรมีการศึกษาหาปัจจัยอื่น เพื่อสามารถเพิ่มการอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัย การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาในแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานนอกเหนือจากในสถานประกอบการอาหารทะเล เนื่องจากลักษณะงานบางอย่างจะไม่มีมาตรการในการดูแลสุขอนามัยให้แก่แรงงานต่างด้าวที่เป็นมาตรฐานชัดเจน เช่น แรงงานในการก่อสร้าง แรงงานในภาคการเกษตร การประมง ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อที่มาจากการดูแลสุขอนามัยเช่นกัน

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขอนามัยในแรงงานต่างด้าวสัญชาติอื่น ๆ เช่น กัมพูชา ลาว เป็นต้น เนื่องจากปัจจุบันในด้านการสื่อสารข่าวสารหรือข้อมูลด้านสุขภาพให้กับกลุ่มแรงงานต่างด้าว ภาษาส่วนใหญ่มักจะแปลเป็นภาษาเมียนมา ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติอื่น ๆ

References

1. Foreign Workers Administration Office. Monthly statistics data: December 2018 [Internet]. 2018 [cite 2019 Jan 18]. Available from: https://www.doe.go.th. (in Thai).
2. Health Systems Research Institute. Research policy of 2019 [Internet]. 2019 [cite 2019 Jan 10]. Available from: https://www.hsri.or.th. (in Thai).
3. Policy and Planning Division. Impact of providing health services to workers Foreigners of hospitals under the jurisdiction of Bangkok [Internet.2016 [cite 2019 Jan 19]. Available from: http://cpd.bangkok.go.th. (in Thai).
4. Health Administration Division. A Guide to Friendly Services for Migrant Workers, Followers and Victims of Human Trafficking [Internet]. 2018 [cite 2019 Jan 19]. Available from: https://phdb.moph.go.th. (in Thai).
5. Suthirawut T. Public Health Operations for Foreign Workers [Internet]. 2014 [cite 2019 Jan 18]. Available from: http://www.boe.moph.go.th. (in Thai).
6. Sirilak S. Model of health insurance and health management in migrant workers and followers. Bangkok: National Defense College; 2015. (in Thai).
7. Phoomchaichote T. Health insurance decision making of Myanmar migrant workers in Samut Sakhon province as announced by the Ministry of Public Health 2014. Online Journal of Health and Public Health Law 2017;16-30. (in Thai).
8. Samut Prakan Employment Office. Monthly statistics data: July 2019 [Internet]. 2019 [cite 2019 Dec 20]. Available from: http://www.samutprakan.mol.go.th. (in Thai)
9. Bureau of Food and Water Sanitation, Department of Health. Food Sanitation Program Guide for Touchers Food and food enterprises. Bangkok: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
10. Ayuwat D, Mananawong A, Rattanakul S. Health status and services of Laos migrant workers in the agricultural production region of Isan. Online Journal of Public Health 2013;43(1):4-16. (in Thai).
11. Riemrimadan Y, Khamsi S. Factors related to health promotion behaviors of foreign workers in Chachoengsao province. Online Journal of Academic Affairs 2018;21(42):79- 91. (in Thai).
12. Bureau of Environmental Health, Department of Health. Guidelines for alien community sanitation management. Bangkok: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
13. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. New York: McGraw–Hill; 2005.
14. Daniel WW. Biostatistic: a foundation for analysis in the health sciences (8thed.). USA: John Wiley & Sons; 2005.
15. Abdul-Mutalib NA, Abdul-Rashid MF, Mustafa S, Amin-Nordin S, Hamat RA, Osman M. Knowledge, attitude and practices regarding food hygiene and sanitation of food handlers in Kuala Pilah, Malaysia. Food Control 2012;27(2):289-93.

16. Saengpetch Y. Factors affecting health promotion behavior of male elderly workers in establishments, Samut Prakan province [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2007. (in Thai).
17. Peng Y, Chang W, Zhou H, Hu H, Liang W. Factors associated with health seeking behavior among migrant workers in Beijing, China. BMC Health Services Research 2010;10(1):69:1-10.
18. Manotam O, Parinyanakul S, Sri-arporn P. Postpartum health behavior of Laotian women in rural areas and related factors. Online Journal of Nursing Journal 2014;41(3):35-47. (in Thai).

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม

Effectiveness of Care in Older Adults with Chronic Illnessby Community Participation

อรวรรณ แผนคง พย.ด. (Orawan Pankong, Ph.D.)[1]
สุกัญญา กระเบียด พย.ม. (Sukanya Khrabiad, M.N.S)[2]
กมลรัตน์ อัมพวา พยบ. (Kamolrat Amphawa, RN)[3]
พัชรี สังข์สี พย.ม. (Patcharee Sangsee, M.N.S)[4]

Received: Feb 29, 2020
Revised: Mar 25, 2020
Accepted: Mar 30, 2020

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) นับเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีหนึ่งสำหรับในการแก้ไขปัญหา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน และเครือข่ายชุมชน 6 คน ซึ่งอาศัยอยู่ ณ ชุมชนเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี การวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผนกิจกรรม 3) การดำเนินการตามแผน ประกอบด้วย การดำเนินการฝึกอบรมผู้ดูแล 70 ชั่วโมง การพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและแผนการจัดการดูแลรายบุคคล 4) การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม 5) การประเมินผล รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม การการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ Wilcoxon singed- rank test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัปดาห์ที่ 12 ภายหลังได้รับโปรแกรม 2) เครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัปดาห์ที่ 12 ภายหลังได้รับโปรแกรม ปัจจัยสำคัญคือ ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบบการจัดการชุมชน โครงสร้างของเครือข่ายชุมชน ความร่วมมือ การเงิน และความเป็นผู้นำ ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำไปใช้กับชุมชนอื่นได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง, การดูแลแบบชุมขนมีส่วนร่วม

[1]*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, E-mail: kag251610@gmail.com*
[2] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, E-mail: sukanya_khrabiad@yahoo.co.th*
[3] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กองสาธารณสุข เทศบาลตำบลเขาพระงาม จ.ลพบุรี, E-mail: noi7299@hotmail.com*
[4] *พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, E-mail: mangpor2por@gmail.com*
[1,2,4] *Boromarajonani Nursing College, Praputhabat, Saraburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand*
[3] *Public Health Division at Lopburi Province*

Abstract

In Thai community, older adults with chronic diseases (diabetes mellitus and hypertension) have experienced health problems. Community participation is one of an emphasized approach for problem solving. This participatory action research aimed to examine effectiveness of caring for the elderly with chronic diseases using community participation. Purposive sampling technique was used to recruit 40 participants including 22 older adults with chronic diseases, 12 public health volunteers, and 6 social networks in Khao pra ngam community, Lopburi province. The study consisted of 5 steps: 1) situation analysis; 2) project planning; 3) activities involving conducting caregiver training course 70 hours and developing geriatric health assessment tool and individual care management plan; 4) reflective activities; and 5) evaluation. Data were collected using questions from group discussion, in-depth interviews, the WHOOL-BREF THAI version interviews and participatory satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon singed-rank test, and content analysis.

Results showed that: 1) older adults with chronic diseases showed significantly increased quality of life at 12 weeks after receiving the program; 2) community network showed significantly increased satisfaction participatory at 12 weeks after receiving the program. Key success factors were capability of public health volunteers, community management system, structure of the community network, collaboration, finance, and leadership. These factors can be applied to other communities.

Keywords: older adults, chronic illness, community participation

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยพบในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 36.80 และผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 42.30[1] โรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นลดลงตามมาได้[2] แนวคิดการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทั้งทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ รวมถึงสมรรถนะทางด้านร่างกายที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในปัจจุบัน อีกทั้งการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพในซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข โดยมีเครือข่ายของชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการจัดการดูแลที่ยั่งยืน[3,4] การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม (community participation) คือ การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ (decision making) การปฏิบัติการ (implementation) การพิจารณาประโยชน์ที่จะได้รับ (benefits) และการประเมินผล (evaluation) นำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ[5] ซึ่งการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วมจะประสบผลสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับ ศักยภาพชุมชนในการดำเนินงานร่วมกันในทุกขั้นตอน การสนับสนุนด้านความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้กับครอบครัว อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งการสนับสนุนความสามารถองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดู[6,7] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เกี่ยวกับ

การจัดการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ระบบบริการสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างเพียงพอ คือ 1) ผู้สูงอายุได้รับความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ โรคเรื้อรังโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสมตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง[8] 2) การดำเนินงานระหว่างครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมต่อกันอย่างเป็นรูปธรรม[9] 3) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีความครอบคลุมแต่ไม่ได้รับการจัดการต่อเนื่อง[10] 4) บทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีไม่เพียงพอในการตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพ[11]

การสำรวจประชากรชุมชนเทศบาลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี พบอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.30 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) คิดเป็นร้อยละ 78 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งหมด[12] ซึ่งพบว่า ชุมชนดังกล่าวประสบกับปัญหาการจัดการดูแลผู้สูงอายโรคเรื้อรัง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมโรคเหล่านี้ได้ นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มตามมา นอกจากนี้การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังขาดแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งความสามารถของอาสาสมัครผู้ดูแลยังมีไม่เพียงพอกับระบบบริการสุขภาพชุมชน ด้วยเหตุนี้จึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางของการจัดการระบบบริการสุขภาพในชุมชนที่สามารถนำมาแก้ปัญหาการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนดังกล่าวได้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ในฐานะสถาบันการศึกษาที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนแห่งนี้ เล็งเห็นศักยภาพของชุมชนที่เหมาะสมกับการเป็นชุมชนนำร่องในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพได้ จึงสนใจทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม โดยมุ่งหวังให้เกิดการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ในที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) ของ Cohen และ Uphoff [13] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยการสนับสนุนเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพ และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินการร่วมกันทั้ง 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเครือข่ายชุมชนเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ขั้นตอนที่ 2) ขั้นตอนวางแผนกิจกรรม เครือข่ายชุมชนวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานและตัวชี้วัดร่วมกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานภายในชุมชน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแล มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สำหรับบุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ ให้ความรู้และคำปรึกษากับอาสาสมัครผู้ดูแล วางแผนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคลที่มีปัญหาซับซ้อน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดยานพาหนะในการส่งตัวเข้ารับการรักษา การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย ขั้นตอนที่ 3) ขั้นดำเนินการตามแผน โดยเครือชุมชนร่วมกันดำเนินการตามแผน ขั้นตอนที่ 4) ขั้นสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม โดยเครือข่ายชุมชนเพื่อประเมินผลการดำเนินการและพัฒนาปรับปรุง และขั้นตอนที่ 5) ขั้นประเมินผล โดยเครือข่ายชุมชนมีการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ชุมชนรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งเครือข่ายชุมชนเกิดความรู้สึกทางด้านบวกในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม ณ เทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัด ลพบุรี มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเครือข่ายชุมชน ที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงหรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. กลุ่มเครือข่ายชุมชน คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งมาจาก

3.1 บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม

3.2 บุคลากรทางสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเครือข่ายชุมชน ได้มาด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณลักษณะที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน และเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรทางสุขภาพ 3 คน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน รวมทั้งหมด 40 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน และเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรทางสุขภาพ 3 คน บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามแผน และ ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม โดยทั้ง 3 ขั้นตอนมีกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และบุคลากรทางสุขภาพ 3 คน

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน อาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรทางสุขภาพ 3 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน รวมทั้งหมด 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเครื่องมือวัดประสิทธิผลของการดำเนินการ

1. เครื่องมือการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามสำหรับใช้ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเรื้อรัง และการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน และมีการตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสุขภาพ ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมในการดูแลการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล เกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมในการดูแลการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับ ความต้องการ สนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน และการมีส่วนร่วมในการดูแลการดูแล

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. เครื่องมือวัดประสิทธิผลของการดำเนินการ

2.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนาขึ้นโดย Mahatnirunkul และคณะ[14] จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ เพื่อพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ข้อคำถามมีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 26 ถึง 130 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.65 สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.70

2.2 แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นแบบประเมินของ Thongchai[15] โดยข้อคำถามเป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนร่วมในในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนี้ แบบประเมินมีจำนวน 35 ข้อ แบ่งระดับการวัดแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 35 ถึง 175 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เอกสารเลขที่ EC 025/2560 ผู้ศึกษาพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มโดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใดๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถหยุดการให้ข้อมูลได้ทุกเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับข้อมูลทั้งหมดอีกทั้งจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และแบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลโรคเรื้อรัง และความต้องการของเครือข่ายชุมชนเกี่ยวกับ การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่ม อาสาสมัครผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพ และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนกิจกรรม โดยใช้วิธีการจัดประชุมระดมสมองของเครือข่ายชุมชนเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานและตัวชี้วัดร่วมกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานภายในชุมชน และบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแล มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น การประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพและบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคล สำหรับบุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ให้ความรู้และคำปรึกษากับอาสาสมัครผู้ดูแล วางแผนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคลที่มีปัญหาซับซ้อน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดยานพาหนะรับ-ส่งตัวผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา และการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการกิจกรรมตามแผน ดังนี้

3.1 แผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้วิธีจัดโครงการอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และโครงการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครผู้ดูแล

3.2 แผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยกำหนดให้อาสาสมัครผู้ดูแล 1 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 4 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3 ประเภท คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่เร่งด่วน (ภาวะปกติ) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วนปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วน (มีภาวะทุพพลภาพ) ร่วมกับการใช้คู่มือคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ความเสี่ยงการหกล้ม และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ผลจากการคัดกรองภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การวางแผนการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้วิธีสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับ แผนดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการและปรับปรุงจนกระทั่งได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม และนำเสนอต่อชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน และใช้แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และบุคลากรทางสุขภาพ 3 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ Wilcoxon singed- rank test เนื่องด้วยผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยการวิเคราะห์ Kolmogorov-Smirnov test ผลการทดสอบพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามกิจกรรมของการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก จากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรทีมสุขภาพ 3 คน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งอาสาสมัครผู้ดูแลมีความต้องการความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อีกทั้งแนวทางการจัดการดูแลและคำแนะนำที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสำหรับใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องขณะอยู่ที่บ้านตามที่บทบาทของอาสาสมัครผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ นอกจากนี้การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาการประสานงานด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดการเชื่อมต่อกันอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถสนับสนุนระบบการเชื่อมต่อกันในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้

บุคลากรองค์กรบริหารส่วนตำบล

องค์กรบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทุกภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการดำเนินงานต้องเกิดจากทุกภาคส่วนในชุมชนและรวมถึงนอกชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการพัฒนาระบบการดูแลการมีเวทีประชาคมสามารถช่วยให้เราทราบถึงความต้องการและตอบสนองความต้องการให้กับประชาชนได้ นอกจากนี้เครือข่ายความร่วมมือในชุมชนมองเห็นว่า การมีเวทีประชาคมสามารถเป็นช่องทางการปลูกฝังค่านิยมในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย นอกจากนี้กองสาธารณสุขของเทศบาลควรมีหน้าที่ในการจัดหาอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สนับสนุนโดยการจัดทำโครงการอบรม

สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และพัฒนาระบบค่าตอบแทนสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในการดำเนินงานภายในชุมชน เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน

บุคลากรทีมสุขภาพ

บุคลากรทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระงาม สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายใกล้เคียง คือ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาความสามารถอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการบริหารจัดการจำนวนอาสาสมัครผู้ดูแลให้เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลในชุมชน

2. ขั้นตอนการวางแผนกิจกรรม ผลจากการระดมสมองของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพ และบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละภาคส่วนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ตอบสนองตามความต้องการในการดูแล ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลมีหน้าที่ดำเนินการคัดกรองภาวะสุขภาพและการกำกับติดตามการปฏิบัติตัว สำหรับบุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ ให้ความรู้และให้คำปรึกษากับอาสาสมัครผู้ดูแลเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุมีการติดตามเยี่ยมกรณีที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ มีส่วนร่วมวางแผนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคลที่มีปัญหาซับซ้อนกับอาสาสมัครผู้ดูแล บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรสำหรับอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับประเมินภาวะสุขภาพ การเตรียมยานพาหนะรับ-ส่งตัวผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา และการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยเพื่อสะดวกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3. ขั้นตอนดำเนินการตามแผน เครือข่ายชุมชนมีการดำเนินการตามแผนดังนี้

3.1 แผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการจัดโครงการอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และโครงการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครผู้ดูแล มีผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด 30 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 12 คน และผู้ที่มีความสนใจจำนวน 18 คน โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ มีการประเมินผลผู้เข้ารับการอบรมโดยใช้แบบทดสอบองค์ความรู้จำนวน 20 ข้อ ผลการประเมิน พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมคิดเป็นร้อยละ 85.00 และมีการประเมินระดับความพึงพอใจในการเข้ารับการอบรม พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 90.00

3.2 แผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกันในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรม จำนวน 12 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ในแต่ละประเภทซึ่งคิดเป็น 1:3 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่เร่งด่วน (ภาวะปกติ) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วนปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วน (มีภาวะทุพพลภาพ) ผลการดำเนินการ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง ติดตามการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแต่ละราย 1 ครั้งต่อเดือน หรือเมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติ ซึ่งกิจกรรมการดูแลเบื้องต้นคือ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวพื้นฐาน การวัดความดันโลหิต และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดบริเวณปลายนิ้ว

4. ขั้นตอนสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกับเครือข่ายชุมชนเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดไว้กับเครือข่ายชุมชน มีการประชุมนำเสนอปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การดำเนินงานรอบแรก พบว่า การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคล จำเป็นต้องมีเครื่องมือเพื่อใช้สำหรับคัดกรองภาวะสุขภาพ กำกับติดตามและเฝ้าระวังภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และบันทึกการดูแลรายบุคคล รวมถึงเป็นแนวทางให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กองสาธารณสุข) มีส่วนร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแต่ละบุคคลได้ ด้วยเหตุนี้เครือข่ายชุมชนร่วมกับสถาบันการศึกษา จึงพัฒนาคู่มือคัดกรอง

ภาวะสุขภาพและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนขึ้น ร่วมกับมีการอบรมการใช้คู่มือกับอาสาสมัครผู้ดูแล และพัฒนา ปรับปรุง ให้มีความเหมาะสมจนกระทั่งสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการดำเนินการพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยใช้คู่มือคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีการกำหนดแผนการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุตามระดับความรุนแรงของภาวะสุขภาพและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคล บุคลากรสุขภาพมีหน้าที่ให้คำปรึกษา และติดตามเยี่ยมร่วมกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในรายที่มีความซับซ้อน และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ในการตรวจวัดค่าความดันโลหิต คู่มือคัดกรองภาวะสุขภาพและแบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคล อีกทั้งสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับช่วยในการเดินสำหรับผู้สูงอายุที่มีขาอ่อนแรง

5. ขั้นตอนการประเมินผล ผลการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ทั้ง 5 ขั้นตอน ผู้วิจัยมีการประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

5.1 ประเมินผลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายชุมชน มีดังนี้

การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการดูแลของเครือข่ายชุมชนก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการดูแลของเครือข่ายชุมชน ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

5.2 การประเมินผลเชิงคุณภาพ ผลจากการดำเนินการวิจัยได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการดำเนินงานของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแล บุคลากรทีมสุขภาพและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยเริ่มต้น จากการที่เครือข่าย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ Wilcoxon singned-rank test

คุณภาพชีวิต	N	$\bar{X}$	SD.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ก่อนการทดลอง	22	56.32	25.78	1.00	1.00	4.075*
ภายหลังการทดลอง	22	113.95	5.71	12.00	252.00	

*p<.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของคะแนน ความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการดูแลของเครือข่ายชุมชนในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ Wilcoxon singned-rank test

ความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการดูแล	N	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ก่อนการทดลอง	18	141.71	192.01	18.00	18.00	2.941*
หลังการทดลอง	18	143.55	4.99	9.00	153.00	

*p<.05

ชุมชนมีร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งกำหนดให้อาสาสมัครผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยมีการสนับสนุนด้านความรู้ เกี่ยวกับการใช้คู่มือคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และทักษะการดูแล อีกทั้งมีการส่งเสริมความสามารถของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการประสานงานกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ขั้นตอนดำเนินการ เครือข่ายชุมชนร่วมกันปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามบทบาทหน้าที่กำหนดไว้ มีการกำกับ ติดตาม โดยการนำกรณีศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนด้านการจัดการดูแล ร่วมกับมีการนำเสนอกรณีศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จเพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินการและเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับเครือข่ายชุมชน ผลจากการดำเนินการเสร็จสิ้น สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และมีระดับความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการดูแลของเครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้นได้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทั้ง 5 ขั้นตอน สามารถส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินสนับสนุนในแต่ละขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนกิจกรรม ผู้วิจัยใช้วิธีการสนับสนุนให้มีการประชุมระดมสมองเพื่อประเมินความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งเครือข่ายชุมชนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนของตนเองในด้านต่างๆ ซึ่งเครือข่ายชุมชนเล็งเห็นว่า อาสาสมัครผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ รวมถึงเครือข่ายมีการค้นหาแหล่งสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกชุมชน เพื่อเสริมสร้างโอกาส และสนับสนุนให้การดำเนินงานของชุมชนบรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี จึงนำมาซึ่งการกำหนดแผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และตัวชี้วัดแห่งความสำเร็จ

ขั้นตอนการดำเนินการ เนื่องด้วยเครือข่ายชุมชนเล็งเห็นปัญหาการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งมาจากการที่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้วิจัยและเครือข่ายชุมชนจึงจัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง สามารถนำไปส่งเสริมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ นำมาซึ่งภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้และความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น อีกทั้งสามารถสร้างแกนนำอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ จำนวน 12 คน ซึ่งอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติจริง และเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่สนับสนุนให้คำปรึกษาและรับผิดชอบติดตามการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Samphawamana และคณะ[10] พบว่า การดำเนินงานพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครทั้งด้านความรู้และความสามารถประเมินอาการของกลุ่มเสี่ยงรวมถึงการให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูตนเอง ซึ่งอาสาสมัครมีความรู้อยู่ในระดับดี อีกทั้ง Kraioon และ Vonkaonoy[11] พบว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน โดยมีอาสาสมัครผู้ดูแลติดตามอาการผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบติดตามการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามาสนับสนุน ปรับปรุงด้านที่อยู่อาศัย อุปกรณ์ในการดูแลต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับครอบครัวได้ สอดคล้องกับ Piyasakulkiat[8] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้หลักการมีส่วนร่วมโดยอาศัยความมีจิตสำนึกร่วมกันรับผิดชอบกับอาสาสมัครที่พร้อมจะปฏิบัติงาน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

ขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยได้จัดประชุมเพื่อให้เครือข่ายได้ร่วมกันติดตามการดำเนินงานและปรับแผนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เครือข่ายชุมชนมีการทบทวนบทบาทหน้าที่ ปัญหาและอุปสรรค

ซึ่งเครือข่ายชุมชนเล็งเห็นว่า การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังขาดความต่อเนื่อง และการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายชุมชน ยังขาดความเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้จึงมีการพัฒนาคู่มือคัดกรองภาวะสุขภาพและการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งผลจากการดำเนินการ เครือข่ายชุมชนสามารถมีแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพและดำเนินการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ประเภท คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่เร่งด่วน (ภาวะปกติ) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วนปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วน (มีภาวะทุพพลภาพ) ซึ่งแต่ละประเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถเฝ้าระวังผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ รวมถึงผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังให้อยู่ในภาวะปกติเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 85.00 ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งหมด อีกทั้งจากการสะท้อนคิด พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความมั่นใจ และรู้สึกพึงพอใจในบทบาทของการเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนการประเมินผล ผลจากการถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านการดำเนินงานของชุมชนแห่งนี้นั่นคือ เกิดแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานที่เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความต้องการของชุมชน การแก้ไขปัญหาตามบริบทหรือต้นทุนของชุมชนที่มีอยู่ มีการกำหนดค่านิยมร่วมกันในชุมชนที่ต้องการให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีระบบบริหารจัดการร่วมกันระหว่างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ด้านงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และวัสดุอุปกรณ์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังได้รับประโยชน์จากการดำเนินการดังกล่าว นั่นคือ สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นผลมาจากการที่ได้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจากคู่มือการคัดกรองภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวและกำลังใจจากบุคลากรทางสุขภาพและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นำมาซึ่งการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองเพิ่มขึ้นตามมา นั่นหมายถึงการบรรลุผลสำเร็จตามตัวชี้วัดของชุมชน นอกจากนี้พบว่า ชุมชนแห่งนี้ได้รับการยอมรับจากชุมชนอื่นให้เป็นชุมชนต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงนำมาซึ่งความรู้สึกภาคภูมิใจ และความรู้สึกพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการสนับสนุนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ

ด้านการศึกษา สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

ด้านนโยบาย สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วมไปกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิ โดยมีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมต่อภาคีเครือข่ายเข้ามาทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามมา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลเกี่ยวกับ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมถึงการติดตามประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี

References

1. Foundation of Thai gerontology research and development institute. Situation of the Thai elderly [Internet]. 2014 [cited 2017 October 10]. Available from: https://www.thaitgri.org.pdf
2. Pankong O. Geriatric nursing. 4th ed. Bangkok: Praboromarajchanok institute of welfare project; 2014. (in Thai).
3. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European cooperation for health 2009. (in Thai).
4. Phalasuekand R, Thanomchayathawatch B. A family model for older people care. The southern college network. Journal of nursing and public health 2017;4(3):135-50. (in Thai).
5. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. World health organization [Internet]. 2002 [cited 2017 October 10]. Available from: http://www.who.int/ chp/ knowledge/ publications/icccglobalreport.pdf
6. Boonmak R, Bouphan P. Community participation in health care services for type 2 diabetes mellitus patients: A case study of a sub-district health promoting hospital in Northeast Thailand. Journal of public health and development 2017;15(2):69-85. (in Thai).
7. Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion, part 1; for who? And for who purpose? Critical public health [Internet]. 2001 [cited 2018 September 2]; 11:111-127. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581590110039847
8. Piyasakulkiat O. Community participation in the development of the elderly quality of life of Thakhae Sub-District Lopburi Province. Rom phruek journal Krirk University, 2017; 36(3).
9. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S, Amnatsatsue K. Community care model for older people in Thailand. 2009; 22-31. (in Thai).
10. Samphawamana O, Klaypugsee L, Arwut P, Phaenoi S. The development of chronic disease management for patients in a health promotion hospital: A case study of maluan health promotion hospital, Phunphin district, Suratthani Province. Nursing journal of the ministry of public Health. 2016; 157-67. (in Thai).
11. Kraioon S, Vonkaonoy S. The development network system of intervention for older persons with hypertension from hospital to community. The journal of Boromarajonani college of nursing, Nakhonratchasima 2015;41-53.
12. Khao Phra Ngam Municipality. Removing innovative lessons for the master's house project for chronic and elderly patients. Lop Buri: Khao Phra Ngam Municipality; 2016. (in Thai).
13. Cohen JM, Uphoff N. "Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity". World development. 1980;8:213-35.
14. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Journal mental health Thai 1998;5:4-15.
15. Thongchai N. Effect of promotion on fathers' role performance and satisfaction in participation during delivery [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1997. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Effects of Role Adaptation Promotion Program on Quality of Life among The Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Received: Mar 6, 2020
Revised: May 1, 2020
Accepted: May 5, 2020

สุรีย์พร โพธิ์ช่วย พย.ม. (Sureeporn Phochuay, M.N.S.)[1]
พัชราพร เกิดมงคล Ph.D. (Patcharaporn Kerdmongkol, Ph.D.)[2]
ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ Ph.D. (Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D.)[3]
พิชัย จันทร์ศรีวงศ์ M.D. (Phichai Chansriwong, M.D.)[4]

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีผลต่อคุณภาพชีวิต การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์แบบจำลองการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ระยะที่ I-IIIA ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งแรก สูตร AC (Adriamycin ร่วมกับ Cyclophosphamide) ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน กิจกรรมมีทั้งหมด 6 ครั้ง เป็นการส่งเสริมการปรับตัวรายบุคคล 4 ครั้ง และใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามและส่งเสริมการปรับตัว 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย เครื่องมือคือแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม version 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test for Independent Sample และ Repeat Measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวมในระยะติดตามของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมระยะหลังทดลองและติดตามผลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยเสนอแนะว่าพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

คำสำคัญ: แบบจำลองการปรับตัวของรอย, การปรับตัว, คุณภาพชีวิต, มะเร็งเต้านม, เคมีบำบัด

[1] *นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: deararose.dear@gmail.com*
[2] *Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th*
[3] *รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: kwanjai.amn@mahidol.ac.th*
[4] *อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: onco103@hotmail.com*
[1,2,3] *Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand*
[4] *Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Bangkok, Thailand*

Abstract

Breast cancer is the most common cancer among women, whilst the side effects of chemotherapy can psychologically and physically impact the adaptation and the quality of patients' life. This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of role adaptation promotion program on the quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy, by using the Roy Adaptation Model as the framework. The sample included 48 female breast cancer patients of Stage I-IIIA receiving the first chemotherapy AC regimen at Chemotherapy Unit, Chulabhorn Hospital. All of them were assigned into the experimental and the control groups of 24 patients in each group. The experimental group received the role adaptation program in physiological mode, self-concept mode, role function mode, and interdependence mode to promote the adaptation and increase the quality of their life. The program consisted six times of activities: 1) Individual education (4 times) and 2) Follow-up on records of health adaptation continuously with advice and suggestions by telephone (2 times). Data collection was conducted using the interview tools including: 1) Questionnaires of Adjustment Assessment Form for Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy and 2) Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale: FACT-B version 4. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation, t-test for Independent Sample and Repeat Measure ANOVA.

The results showed that the overall follow-up period for adaptation in the experimental group had higher scores than the control group, with a statistical significance ($p < .05$). Likewise, there was also a statistically significant higher score in the post-test and follow up period for the quality of life in the experimental group ($p < .05$). In particular, the program should be best applied in breast cancer patients receiving chemotherapy

Keywords: The Roy Adaptation Model, adaptation, quality of life, breast cancer, chemotherapy

บทนำ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ 252,710 คน และคาดว่าจะมีผู้ป่วยหญิงที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม 40,610 คน[1] จากสถานการณ์ในประชาคม ASEAN พบว่ามะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งทั้งหมด จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งของประเทศ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย คิดเป็น 28.6 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่าผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่วันละ 35 คน และมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2]

แนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอร์โมนบำบัด และการใช้ยาแบบพุ่งเป้า (Targeted therapy) การรักษาดังกล่าวแม้ให้ผลดีในด้านการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบทางลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน[3] เพราะยาเคมีบำบัดไม่ได้ทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งแต่ทำลายเซลล์ปกติด้วย ซึ่งยาเคมีบำบัดแต่ละสูตรส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงที่แตกต่างกันออกไป และการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลายตัวร่วมกันเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาสามารถทำให้เกิดอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น โดยพบว่าหลังได้รับยาเคมีบำบัดแต่ละรอบ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลต่ออาการทางด้านร่างกาย ได้แก่ เหนื่อย อ่อนเพลีย การรับรู้รสเปลี่ยนแปลง แผลในช่องปาก คลื่นไส้ ผมร่วง และปัญหาที่ระบบผิวหนังและเล็บ และอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล รู้สึกไม่สบายใจ มีความทุกข์ และหลับยาก จากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ราย ที่มารับยาเคมีบำบัดสูตร AC ซึ่งเป็นสูตรที่นิยมใช้กันมากตามระยะของมะเร็ง ที่หน่วยเคมีบำบัด (Day care) โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ พบว่าอาการข้างเคียงรุนแรงที่เกิดขึ้นทุกครั้งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC แต่ละรอบ ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และความอยากอาหารลดลง โดยอาการจะเกิดขึ้นเฉลี่ยในช่วง 1-4 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด จากนั้นอาการจะทุเลาลงและดีขึ้นตามลำดับ โดยที่ระดับความรุนแรงของอาการจะเพิ่มขึ้นในการรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ ปัญหาเรื่องภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยมีผมร่วง โดยเมื่อได้รับยารอบที่ 2 ผมจะร่วงหมดทั้งศีรษะ ผู้ป่วยบางรายกล่าวว่าอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการทำงาน ทำให้รายได้ของผู้ป่วยลดลง บางรายกล่าวว่าต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจมากที่สุดคือกลัวไม่หายจากโรค กลัวโรคลุกลามไปที่อวัยวะอื่น ๆ และกลัวการเสียชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย[5] จะเห็นได้ว่าผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าระดับความรุนแรงและความทุกข์จากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดทำให้คุณภาพชีวิตลดลง[6]

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมักจะได้รับบริการแบบไปกลับที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ชั่วโมงแรกของการได้รับยาหรืออาจเกิดขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยพบว่าหลังได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 1 สัปดาห์ มักพบอาการข้างเคียงเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาขณะอยู่ที่บ้านมากกว่าในโรงพยาบาล การเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางด้านร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายและโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ[7] มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ[8] และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] นอกจากนี้ยังพบว่า การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกเฉพาะด้านของโรคมะเร็งเต้านมลดต่ำลง มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และมีความทุกข์เพิ่มขึ้น[8,9]

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองของบุคคลให้มีสุขภาพดี การป้องกันการเกิดโรค การบรรเทาความรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จึงสนใจจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้ สามารถปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อมก่อนรับยาเคมีบำบัด ปรับตัวในการดำเนินชีวิต และเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการพยาบาลตามแบบจำลองการปรับตัวของรอย	โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการปรับตัวของรอย
1. ประเมินพฤติกรรม	1.1 ปัญหาด้านร่างกาย เกิดจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง 1.2 ปัญหาภาพลักษณ์ เช่น ผมร่วง ผื่น โคนเล็บดำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมองตนเองในแง่ลบ เก็บตัว ไม่กล้าเข้าสังคม 1.3 ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยวิตกกังวล ไม่สบายใจ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิต
2. ประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว	2.1 สิ่งเร้าตรง คือ โรคมะเร็งเต้านม 2.2 สิ่งเร้าร่วม คือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียง เป็นต้น 2.3 สิ่งเร้าแฝง คือ นิสัย ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษา เป็นต้น
3. วินิจฉัยทางการพยาบาล	3.1 มีโอกาสได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 3.2 วิตกกังวล ไม่มั่นใจทางจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ 3.3 วิตกกังวลและรู้สึกด้อยคุณค่าเนื่องจากไม่สามารถปรับบทบาทได้ 3.4 วิตกกังวลและรู้สึกด้อยคุณค่าเนื่องจากต้องพึ่งพาครอบครัวหรือคนใกล้ชิดในการดูแลตนเอง
4. กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล	4.1 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ 4.2 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความมั่นคงทางจิตใจ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ 4.3 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลต่อการปรับบทบาทในการเป็นผู้ป่วยและสามารถปรับบทบาทการทำงานได้ 4.4 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล รับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นและยอมรับในการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นได้
5. การปฏิบัติการพยาบาล	5.1 ด้านร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด และอาการข้างเคียง วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดสูตร AC วิธีการดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การเตรียมตัวก่อนมารับยาเคมีบำบัด ข้อควรระวัง และการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด การดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามนัด และอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย 5.2 ด้านอัตมโนทัศน์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ที่จะเปลี่ยนแปลงไปหลังจากได้ยาเคมีบำบัด แนะนำวิธีเตรียมตัวในการดูแลเรื่องภาพลักษณ์ และประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 5.3 ด้านบทบาทหน้าที่ พูดคุยค้นหากิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยเพื่อคงแสดงบทบาทหน้าที่ที่ควรเป็นได้ ยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับตัวและแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมได้ พูดคุยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง 5.4 ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ให้คำปรึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการพึ่งพา และดูแลให้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยสนับสนุนของโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญเมื่อจำเป็น
6. การประเมินผล	พฤติกรรมการปรับตัวและคุณภาพชีวิต

↓ ↓

การปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- การปรับตัวด้านร่างกาย
- การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์
- การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
- การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- คุณภาพชีวิตความผาสุกด้านร่างกาย
- คุณภาพชีวิตความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม
- คุณภาพชีวิตความผาสุกด้านอารมณ์
- คุณภาพชีวิตความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหน่วยเคมีบำบัด (Day care) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลสามครั้ง (two group pre–posttest design) เก็บข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ระยะที่ I – IIIA ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งแรก สูตร AC (Adriamycin ร่วมกับ Cyclophosphamide) ทางหลอดเลือดดำ ที่หน่วยเคมีบำบัด (Day care) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อายุ 40-60 ปี มีการรับรู้ปกติ สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่อาการของโรคกำเริบระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบจำลองการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model) ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง เป็นการส่งเสริมการปรับตัวรายบุคคลที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 ครั้ง และใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามและส่งเสริมการปรับตัวเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน จำนวน 2 ครั้ง โดยใช้แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับการปรับตัว ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1): “เรียนรู้ก่อนได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC” ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง พูดคุย สอบถามและประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และประเมินการปรับตัว ส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย โดยการบรรยายและใช้แผนการสอน ได้แก่ วีดีโอสื่อการสอนและคู่มือ เรื่อง การส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC หัวข้อ ความรู้เรื่องยาเคมีบำบัดสูตร AC และอาการข้างเคียง การเตรียมตัวก่อนมารับยา และข้อควรระวังระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไป แนะนำการดูแลภาพลักษณ์ แนะนำหน่วยสนับสนุนของโรงพยาบาลคลินิกการแพทย์ผสมผสานเพื่อรับเต้านมเทียม หมวก หรือวิกผม พูดคุยให้คำปรึกษาและกำลังใจ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2): “ส่งเสริมการปรับตัวเมื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร AC ครั้งที่ 1” ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย โดยการบรรยายและใช้แผนการสอน ได้แก่ วีดีโอสื่อการสอนและคู่มือ หัวข้อ วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดสูตร AC และวิธีการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการปรับตัวและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ข้อควรระวังระหว่างรับยา การดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด การดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามนัด และอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยการพูดคุยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

กิจกรรมครั้งที่ 3, 5 (สัปดาห์ที่ 3, 6): "ส่งเสริมการปรับตัวที่บ้านทางโทรศัพท์" ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3-7 วัน ซักถามปัญหาหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและให้คำแนะนำเพิ่มเติมกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัว เพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา พูดคุยให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเพิ่มเติม สรุปประเด็นสำคัญในการดำเนินกิจกรรมพร้อมทั้งบันทึกการปรับตัวของผู้ป่วย และบันทึกการให้คำแนะนำเพิ่มเติมกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัว ลงในแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5): "ส่งเสริมการปรับตัวเมื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร AC ครั้งที่ 2" ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง พูดคุยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมและประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยพูดคุยค้นหากิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ ยกตัวอย่างบุคคลที่สามารถปรับตัวและแสดงบทบาทหน้าที่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ให้คำปรึกษาและกำลังใจ ดูแลให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อจำเป็น เช่น นักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ เป็นต้น

กิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 8): "ส่งเสริมการปรับตัวเมื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร AC ครั้งที่ 3" ใช้เวลาประมาณ 30 นาที พูดคุยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมและประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ กล่าวคำชมเชยหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมและสามารถปรับตัวได้ ให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประเมินการปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สิทธิ์การรักษา ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว บุคคลที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย หมายเลขโทรศัพท์

2.2 แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะของโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่เคยได้รับ โรคประจำตัว และความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

2.3 แบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของรอย[10] ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 66 ข้อ ได้แก่ คำถามด้านพฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการทางด้านร่างกาย จำนวน 19 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุมความต้องการพื้นฐานในเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ ภาวะโภชนาการ ระบบขับถ่าย ระบบประสาทและการรับความรู้สึก ระบบผิวหนังและผม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด และคำถามการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ จำนวน 25 ข้อ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 12 ข้อ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า เชิงเส้นตรง (linear analog scale)

2.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale: FACT-B) version 4 พัฒนาโดย Cella และคณะ[11] ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น ความผาสุกทางด้านร่างกาย (physicalwell-being) จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกทางด้านสังคมและครอบครัว (social/family well-being) จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกทางด้านอารมณ์ (emotional well-being) จำนวน 6 ข้อ ความผาสุกทางด้านหน้าที่ (functional well-being) จำนวน 7 ข้อ และคำถามเฉพาะเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม (the breast cancer subscale) จำนวน 9 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความ

ตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญแนวคิดแบบจำลองการปรับตัวของรอย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) ได้ค่าเท่ากับ .95 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และสื่อการสอน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปใช้จริง นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .75 และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ (เลขที่ MUPH 2018-105) วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 และคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ (เลขที่ 030/2561) วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale: FACT-B) version 4 ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 18 สถิติพรรณนาที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่ (frequency) คำนวณร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สถิติวิเคราะห์ที่ใช้เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่ม คือสถิติ t-test for independent sample และเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวและคุณภาพชีวิตภายในกลุ่ม คือ สถิติ repeat measure ANOVA

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 40-60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 66.70 และ 70.80 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.8 ปี (SD. = 7.20) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 54.2 ปี (SD. = 6.90) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.80 และ 87.50 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาสูงสุดของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 50.00 และ 41.70 ตามลำดับ) ปัจจุบันในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54.20 และ 50.00 ตามลำดับ) ด้านรายได้ พบว่ามากกว่าครึ่งในกลุ่มทดลองมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 91.70) เช่นเดียวกับในกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 62.50) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้และรายจ่ายภายในครอบครัวเพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 91.70 และ 62.50 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 45.80) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด ชำระเงินเอง และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 29.20) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 83.30 และ 66.70 ตามลำดับ) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว กลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นรักใคร่ กลมเกลียวกัน (ร้อยละ 100.00 และ 87.50 ตามลำดับ) บุคคลที่ให้การสนับสนุนในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 66.70 กลุ่มเปรียบเทียบบุคคลที่ให้การสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 70.80

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อการปรับตัว

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มและเวลาของการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกายระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ระยะก่อนการทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวม คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มและเวลาของคุณภาพชีวิตโดยรวม ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านมะเร็งเต้านมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และคะแนนเฉลี่ยความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 5)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว และด้านการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ด้านอารมณ์ จิตใจ และคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านมะเร็งเต้านม ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

การปรับตัว	SS	df	MS	F	p-value
การปรับตัวโดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	242.8	1	242.8	0.2	.66
ความคลาดเคลื่อน	56459.2	46	1227.4		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	26967.9	1.8	15183.6	25	.01[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	5029.4	1.8	2831.7	4.7	.02*[b]
ความคลาดเคลื่อน	49691.3	81.7	608.2		
การปรับตัวด้านร่างกาย					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	261.4	1	261.4	7.8	.01*
ความคลาดเคลื่อน	1539.9	46	33.5		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	258.4	1.8	145.8	8	.01[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	12.1	1.8	6.8	0.4	.67[b]
ความคลาดเคลื่อน	1492.9	81.5	18.3		
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2336.1	1	2336.1	3.1	.09
ความคลาดเคลื่อน	34963.2	46	760.1		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	9889.1	1.6	6340.7	15.6	.01[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	1449.7	1.6	929.5	2.3	.12[b]
ความคลาดเคลื่อน	29177.9	71.7	406.7		
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	180	1	180	2	.17
ความคลาดเคลื่อน	4218	46	91.7		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	974.3	2	487.2	7	.01[a]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	534	2	267	3.8	.03*[a]
ความคลาดเคลื่อน	6448.3	92	70.1		
การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1178.8	1	1178.8	3.3	.07
ความคลาดเคลื่อน	16195.1	46	352.1		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	755.4	1.6	460.4	4.2	.03[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	362.7	1.6	221.1	2	.15[b]
ความคลาดเคลื่อน	8367.9	75.5	110.9		

[a]Sphericity Assumed [b]Greenhouse-Geisser [c]Huynh-Feldt *$p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni

การปรับตัว	Mean difference	Std.Error	p-value
การปรับตัวโดยรวม			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	26.9	6.3	.01*
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	13.8	6.5	.13
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-13.1	6.5	.17
การปรับตัวด้านร่างกาย			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	2.6	0.9	.02*
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.5	0.4	.82
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-3.1	0.9	.01*
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	18.5	3.4	.01*
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	14.2	4.4	.01*
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-4.4	3.4	.65
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	2.5	2.2	.83
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	0.3	2.2	1
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.2	1.7	.65
การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	3.3	2.9	.81
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.2	3.7	1
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-3.5	2.9	.75

*$p < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การปรับตัว	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)		t	df	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
การปรับตัวโดยรวม							
ก่อนการทดลอง	291.7	32.9	300.5	24.1	-1.1	46	.15
หลังการทดลอง	264.8	33.7	267	18.2	-0.3	46	.39
ระยะติดตามผล	277.9	25.3	259	29.1	2.4	46	.01*
ด้านร่างกาย							
ก่อนการทดลอง	74.4	2.5	72.4	4.4	2	36.3	.03*
หลังการทดลอง	71.8	5	69.1	7.4	1.5	46	.07
ระยะติดตามผล	74.9	2.2	71.5	4.7	3.2	32.8	.01*
ด้านอัตมโนทัศน์							
ก่อนการทดลอง	115.7	23.2	125.1	21.2	-1.5	46	.08
หลังการทดลอง	97.2	19.9	112.3	19.1	-2.7	46	.08
ระยะติดตามผล	101.5	17.1	101.3	27.4	0	38.5	.48
ด้านบทบาทหน้าที่							
ก่อนการทดลอง	68.2	8.7	71.3	9.5	-1.2	46	.12
หลังการทดลอง	65.8	8.8	61.7	8.9	1.6	46	.06
ระยะติดตามผล	67.9	5.8	62.2	10.5	2.4	35.9	.01*
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน							
ก่อนการทดลอง	33.4	16.5	31.7	14.9	0.4	46	.36
หลังการทดลอง	30.1	14.2	24	9.1	1.8	46	.04*
ระยะติดตามผล	33.5	14.9	24.1	8.2	2.7	35.8	.01*

*$p < .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

การปรับตัว	SS	df	MS	F	p-value*
คุณภาพชีวิตโดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1122.3	1	1122.3	10	.01
ความคลาดเคลื่อน	5150.4	46	112		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	18.2	1.7	10.7	0.2	.81[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	834	1.7	488.9	7.7	.01[b]
ความคลาดเคลื่อน	4985.2	78.5	63.5		
ความผาสุกด้านร่างกาย					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	41.2	1	41.2	1.6	.21
ความคลาดเคลื่อน	1160.7	46	25.2		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	4.5	2	2.3	0.2	.8[a]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	5.9	2	3	0.3	.74[a]
ความคลาดเคลื่อน	902.9	92	9.8		
ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	76.6	1	76.6	8.1	.01
ความคลาดเคลื่อน	433.1	46	9.4		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	25.7	1.7	15.2	2.7	.08[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	47.6	1.7	28.3	5.1	.01[b]
ความคลาดเคลื่อน	431.4	77.5	5.6		
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	0.7	1	0.7	0	.85
ความคลาดเคลื่อน	861.3	46	18.7		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	30.8	1.7	18	2.3	.12[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	54.8	1.7	32.1	4	.03[b]
ความคลาดเคลื่อน	626.4	78.6	8		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) (ต่อ)

การปรับตัว	SS	df	MS	F	p-value
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	205.4	1	205.4	10	.01*
ความคลาดเคลื่อน	943.2	46	20.504		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	12.1	2	6.1	1.3	.29[a]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	37.1	2	18.6	3.9	.02[a]
ความคลาดเคลื่อน	437.5	92	4.8		
คุณภาพชีวิตเฉพาะด้านมะเร็งเต้านม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	10	1	10	0.3	.59
ความคลาดเคลื่อน	1599.5	46	34.8		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	70.3	1.7	41.3	2.8	.07[b]
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	145.4	1.7	85.5	5.9	.01[b]
ความคลาดเคลื่อน	1142.3	78.2	14.6		

[a]Sphericity Assumed [b]Greenhouse-Geisser [c]Huynh-Feldt *$p < .05$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni

คุณภาพชีวิต	Mean difference	Std.Error	p-value
การปรับตัวโดยรวม			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-2.5	1.7	.45
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-6.5	2.7	.08
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-3.9	1.9	.15
ความผาสุกด้านร่างกาย			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-0.7	0.9	1
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.9	1	1
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.2	0.6	1
ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-1.5	0.8	.29
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.3	0.7	.01*
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.8	0.5	.42
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	1.3	0.3	.01*
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.5	0.9	1
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-1.7	0.9	.2
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-0.6	0.5	.55
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.4	0.4	1
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	0.2	0.4	1
คุณภาพชีวิตเฉพาะด้านมะเร็งเต้านม			
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-1	0.7	.45
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.5	1	.07
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-1.5	1	.51

*p < .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
คุณภาพชีวิตโดยรวม							
ก่อนการทดลอง	71	6.9	71.4	7.4	0.3	46	.39
หลังการทดลอง	74.5	7.4	70.4	8.7	1.8	46	.04*
ระยะติดตามผล	78.4	10.9	66.3	9.4	4.1	46	.01*
ความผาสุกด้านร่างกาย							
ก่อนการทดลอง	3.2	3.1	2.7	3.3	0.5	46	.30
หลังการทดลอง	3.9	3.7	2.6	4	1.2	46	.13
ระยะติดตามผล	4.1	4.3	2.7	4.6	1.1	46	.14
ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว							
ก่อนการทดลอง	24.8	3.2	25	2.4	-0.2	46	.42
หลังการทดลอง	26.3	2.7	24.1	2.6	2.9	46	.01*
ระยะติดตามผล	27.1	1.1	24.8	2.6	4.1	31.8	.01*
ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ							
ก่อนการทดลอง	5.8	2.8	6.4	3.6	-0.6	46	.27
หลังการทดลอง	4.6	2.4	5.5	3.6	-1	46	.16
ระยะติดตามผล	6.3	4.3	4.4	2.6	1.8	38.2	.04*
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม							
ก่อนการทดลอง	25.9	2.2	25	3	1.3	42.5	.11
หลังการทดลอง	26.5	2.1	23.5	3.1	4	46	.01*
ระยะติดตามผล	26.3	2.7	23.1	5	2.8	34.8	.01*
คุณภาพชีวิตเฉพาะด้านมะเร็งเต้านม							
ก่อนการทดลอง	12.2	3.6	12.3	4.3	-0.1	46	.46
หลังการทดลอง	13.2	4.2	14.7	6.1	-1	40.5	.16
ระยะติดตามผล	14.6	4.4	11.4	3.7	2.8	46	.01*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวมในระยะติดตามของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมระยะหลังทดลองและติดตามผลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การปรับตัว (Adaptation) เป็นกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่ผ่านกระบวนการคิดและความรู้สึกของบุคคล เป็นการเลือกวิธีการที่เหมาะสมของมนุษย์ที่ใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม[12] เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งแรก ต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ส่งผลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำหน้าที่ลดลง เมื่ออาการทางกายเกิดขึ้นส่งผลต่ออาการทางด้านจิตใจ[4] ซึ่งเกิดผลกระทบต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และมีคะแนนการมองภาพลักษณ์ของตนเองลดลง[8] เพราะอาการทางกาย จิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์กัน เมื่ออาการทางกายและจิตใจอ่อนแอส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยอาจมีความคิดด้านลบต่อตนเองและผู้อื่น คิดถึงแต่ปัญหา แยกตัวจากสังคม และทำงานได้ลดลง[13] จึงส่งผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยต้องปรับตัวจากคนปกติที่มีภาวะสุขภาพดีเป็นผู้ป่วย อาจทำให้บทบาททุติยภูมิบกพร่องได้ และส่งผลต่อการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง หลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน[14] และพบว่าการปรับตัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิต[15]

กิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและเพิ่มคุณภาพชีวิต กิจกรรมประกอบด้วย “การส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย” ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้รายบุคคลและใช้แผนการสอน ได้แก่ วีดีโอ สื่อการสอนและคู่มือ เรื่อง การส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามย้อนกลับเพื่อประเมินความเข้าใจของเนื้อหา ได้รับคู่มือส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร AC เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นกลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) ตามแนวคิดแบบจำลองการปรับตัวของรอย ในส่วนของกระบวนการรับรู้โดยที่ผู้ป่วยจะเลือกและจดจำสิ่งที่ตนเองสนใจแล้วนำไปปฏิบัติและใช้กระบวนการตัดสินใจในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหา ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้โดยการติดตามสอบถามอาการและให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้าและผ่านโทรศัพท์ “การส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์” เป็นการให้ข้อมูลด้านภาพลักษณ์ แนะนำการดูแลภาพลักษณ์ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเรื่องภาพลักษณ์ พูดคุยและให้กำลังใจ แนะนำหน่วยสนับสนุนของโรงพยาบาล คลินิกการแพทย์ผสมผสานเพื่อรับเต้านมเทียม หมวก หรือวิกผม ให้กำลังใจตอบข้อสงสัยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (personal-self) เพื่อบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล (self- consistency) “การส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่” เป็นการพูดคุยสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยเพื่อคงแสดงบทบาทหน้าที่ที่ควรเป็นโดยการยกตัวอย่างบุคคลที่สามารถปรับตัวและแสดงบทบาทหน้าที่ในสังคมได้ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนผู้ป่วยเมื่อเจอกับอุปสรรคที่เผชิญกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และ “การส่งเสริมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน” การให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น ให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ เป็นการส่งเสริมระบบสนับสนุน (support systems) เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายการพึ่งพาระหว่างกันของบุคคล ส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจและการจัดการอารมณ์ในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้ระบบสนับสนุนทั้งจากทีมสุขภาพและบุคคลในครอบครัว[12] เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมนำมาซึ่งการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางบวก ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในภาวะสุขภาพ และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Mautsa และคณะ[16] พบว่าพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Thongrung และคณะ[17] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้พร้อมก่อนได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ในการเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวระหว่างการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ด้านการบริหาร โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีแผนกดูแลสุขภาพกายและใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ (Psychosocial clinic) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยในลักษณะติดตามผลในระยะยาวเพื่อติดตามผลการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด และเพิ่มกิจกรรมให้ญาติมีส่วนร่วมส่งเสริมการปรับตัวเพื่อติดตามระดับการปรับตัวและคุณภาพชีวิตต่อไป

2. ศึกษาในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

3. นำรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยที่ใช้เคมีบำบัดสูตรอื่น ๆ และมะเร็งชนิดอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

References

1. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society; 2017.
2. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungruang K, Sangrajrang S, et al. Cancer in Thailand Vol.VIII, 2010–2012. Bangkok: New Thammada Press; 2015. (in Thai).
3. Wongjunlongsin S. CA breast. In: Sirilerttrakul S, Wongjunlongsin S, Ariyaprayoon P, Chichacharus M, editors. Nursing care of cancer patients. Samutprakan: Sinthawikit; 2012. p. 73-93. (in Thai).
4. Begum MSN, Petpichetchian W, Kitrungrote L. Symptom experience and quality of life of patients with breast cancer receiving chemotherapy in Bangladesh. Bangladesh Journal of Medical Science 2016;15:201-6.
5. Phuangsamai P, Choowattanapakorn T, Chimluang J. The relationships between age, education, uncertainty in illness, sense of coherence, social support and adaptation in breast cancer patients receiving chemotherapy. Journal of The Police Nurse 2015;7(2):189-200. (in Thai).
6. Wongjunlongsin S, Sumdaengrit B. Symptom cluster in breast cancer patients receiving chemotherapy: a longitudinal study approach. Journal of Nursing and Health Care 2015;33(2): 122-31. (in Thai).
7. Prasertsri T, Tareepian N. Health promoting behaviors and quality of life in patients with breast cancer receiving chemotherapy. Journal of Nursing and Health Care 2015;33(2):92-101. (in Thai).

8. Salonen P, Lehtinen PL, Tarkka MT, Koivisto AM, Kaunonen M. Changes in quality of life in patients with breast cancer. Journal of Clinical Nursing 2010;20:255-66.
9. Suriyunt S, Deoisres W, Chaimongkol N. Factors influencing quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy: a causal model. Journal of Nursing and Health Care 2015;33(4):131-40. (in Thai).
10. Roy SrC. Introduction to Nursing: an adaptation Model: the definitive statement. 2nd ed. Newjersey: Prentice-Hall; 1984.
11. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy (FACT) Scale: Development and validation of the general measure. Journal of Clinical Oncology 1993;11(3):570-9.
12. Roy SrC, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nded. California: Appleton & Lange; 1999.
13. Khumthawiporn P. Oncology nursing: prevention and caring. Bangkok: Hayabusa graphic; 2010. (in Thai).
14. Salonen P, Tarkka MT, Kellokumpu LPL, Koivisto AM, Astedt KP, Kaunonen M. Individual face-to-face support and quality of life in patients with breast cancer. International Journal of Nursing Practice 2011;17:396–410.
15. Roy SrC, Andrews HA. The Roy adaptation model: yhe definitive statement. 2nd ed. California: Appleton & Lange; 1991.
16. Mautsa T, Danyuthasilpe C, Tangkawanich T, Pachanban P. Effects of Roy theory nursing program on adaptation behavior and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Nursing and Health Sciences 2016;10(2):190-200. (in Thai).
17. Thongrung S, Suntayakorn C, Juntarawijit Y, Prachanban P. The effects of adaptation program on activities of daily living and quality of life among stroke patients. Journal of Nursing and Health Sciences 2013;7(3):88-97. (in Thai).

บทความวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง
Factors Related to Self-Management Behaviors among Persons with Cirrhosis

Received: Feb 25, 2020
Revised: May 5, 2020
Accepted: May 18, 2020

สุพัตรา เรืองสวัสดิ์ พย.ม. (Supattra Ruangsawat, M.N.S)[1]
ประทุม สร้อยวงค์ ปร.ด. (Pratum Soivong, Ph.D.)[2]
เบญจมาศ สุขสถิตย์ ปร.ด. (Benjamas Suksatit, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครวมทั้งลดความรุนแรงและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกอย่างเจาะจง คือ ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจำนวน 85 คน ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน Self-Management Behaviour Scale for Liver Cirrhosis ที่พัฒนาขึ้นโดย Wang และคณะ ตามกรอบแนวคิดของ Lorig และ Holman แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI form Y) พัฒนาโดย Spielberger และคณะ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมพัฒนาโดย Schaefer และคณะ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 .72 .96 และ .86 ตามลำดับ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ รวบรวมข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 82.35) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ (r_s = -.26, $p<.05$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ (r_s = .28, $p<.01$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยวิธีการให้ความรู้ ลดความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นอาจไม่เพียงพอ ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา, ความวิตกกังวล, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: supattra.rsw@gmail.com

[2] Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: pratum.soivong@cmu.ac.th

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: bsuksatit@gmail.com

Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Abstract

Persons with cirrhosis who achieve appropriate and maintained self-management behavior (SMB), will decelerate complications of the disease, as well as decrease the severity and rate of readmission to the hospital. This descriptive correlational study aimed to investigate SMB and the factors related to SMB among persons with cirrhosis. Purposive sampling was applied to recruit 85 persons with cirrhosis who received service from the outpatient department of the gastrointestinal clinic at a university hospital. Research instruments consisted of; demographic data record form, the Self-management Behavior Questionnaire, which was modified from the Self-management Behaviour Scale for Liver Cirrhosis developed by Wang and colleagues base on Lorig and Holman conceptual framework, the Knowledge Related to Disease and Treatment Questionnaire developed by researcher based on the literature review, State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI form Y) developed by Spielberger and colleagues, and Social Support Questionnaire (SSQ) developed by Shaefer and colleagues. Their reliabilities were .73, .72, .96 and .86, respectively. This research project has been approved by a suitably constituted Research Ethics Committee. Participants were voluntary participation in this study. Self-administration method was used to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman correlation coefficient.

The results revealed that the participants had an inadequate level of overall SMB (82.35%). There was no association between knowledge related to disease and treatment and overall SMB. Anxiety was weakly negatively associated with overall SMB (r_s = -.26, $p < .05$), whereas social support was weakly positively associated with overall SMB at a statistically significant level (r_s = .28, $p < .01$) among persons with cirrhosis.

The findings of this study shown that enhancing SMB by increasing their knowledge, decreasing anxiety, and providing social support may not be adequate. Therefore, nurses and healthcare providers should explore other factors related to SMB, so they are able to perform appropriate SMB.

Keyword: self-management behavior, knowledge related to disease and treatment, anxiety, social support, person with cirrhosis

บทนำ

โรคตับแข็ง (cirrhosis) เป็นภาวะที่ตับมีกระบวนการกระจายของพังผืดเกิดขึ้นทำให้ลักษณะโครงสร้างของตับเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เกิดเป็นก้อนเนื้อขึ้น จากที่เนื้อตับถูกทำลายเป็นระยะเวลานาน โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อหรือมีการอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดที่ผ่านตับจนทำให้ความดันเลือดในตับสูงขึ้นผิดปกติ ส่งผลให้ตับไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ[1] ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคตับแข็งเพิ่มขึ้นทั้งในและต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561 มีผู้ที่เป็นโรคตับแข็งที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์จำนวน 57,234 59,307 และ 58,579 ราย ตามลำดับ และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคตับที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ จำนวน 149,005 149,188 และ 152,062 รายตามลำดับ[2] ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นโรคตับแข็งรวมอยู่ด้วย จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคตับแข็งเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุของอัตราการป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจะต้องเผชิญผลกระทบจากโรคและการรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม บทบาทและเศรษฐกิจ เมื่อตับเสียหน้าที่มากขึ้นทำให้มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น ตัวตาเหลือง ขาบวมและท้องมานน้ำ อ่อนล้าอย่างรุนแรง รวมถึงระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ทำกิจกรรมประจำวันได้ลดลง[3] ส่งผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการดำเนินของโรค[4] นอกจากนี้ส่งผลกระทบทางด้านสังคมและบทบาทพบว่า รู้สึกเป็นตราบาปของชีวิต เนื่องจากถูกเลือกปฏิบัติจากบุคลากรในการรักษา กลัวถูกเปิดเผยความเจ็บป่วย ทำให้มีการแสวงหาการรักษาลดลง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง แยกตัวออกจากสังคม[5] และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน[6] และค่าใช้จ่ายจากการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[7] ดังนั้นหากมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ หรือมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อช่วยชะลอการเสียหน้าที่ของตับ หรือลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เจ็บป่วยรุนแรงขึ้นและเสียชีวิต อาจช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวได้ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคตับแข็งที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับเล็กน้อย (child A) และระดับปานกลาง (child B) อาจมีหรือไม่มีอาการแสดงและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองได้ ส่วนผู้ที่เป็นโรคตับแข็งที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก (child C) อาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองจากพยาธิสภาพของโรคด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผู้ที่เป็นโรคตับแข็งในระยะ child A และ B

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง หากพิจารณาตามแนวคิดของ Lorig และ Holman[8] เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งเพื่อจัดการกับวิถีการดำเนินชีวิต อาการของโรคที่เป็นอยู่ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นต้น 2) การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม เป็นต้น และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด การจัดการความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วย เป็นต้น สำหรับผู้ที่เป็นโรคตับแข็งเมื่อมีการเสียหน้าที่ของตับแล้วไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ตามปกติ และจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ หากมีอาการรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อชะลอการดำเนินของโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่เป็นโรคตับแข็งมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร[9] ด้านการรับประทานยา[10] และการเฝ้าติดตามสังเกตอาการอยู่ในระดับต่ำ[9] การออกกำลังกายน้อย และพฤติกรรมด้านการจัดการด้านอารมณ์พบว่า ร้อยละ 79 มีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดและความกังวลในการทำงาน[11] และพฤติกรรมด้านบทบาทพบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสลดลง[5] แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคตับแข็งมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองทุกด้านไม่ดีหรือไม่เหมาะสม แต่เนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นการนำผลการวิจัยมาใช้อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความแตกต่างทางวิถีชีวิตและ

ระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งควรมีข้อมูลพื้นฐานก่อนนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง

การที่ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีหรือไม่นั้น พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถแบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ เพศ[12] อายุ[13] ระดับการศึกษา[14] และระยะเวลาการเจ็บป่วย[15] และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งเกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา[16] ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย[16] การรับรู้สมรรถนะตนเอง[17] การสนับสนุนทางสังคม[17] และความวิตกกังวล[18] โดยเพศ[12] ระยะเวลาการเจ็บป่วย[15] มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ส่วนอายุ[13] มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในขณะที่ระดับการศึกษา[14] ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา[16] ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย[16] การรับรู้สมรรถนะตนเอง[17] และการสนับสนุนทางสังคม[17] มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .41 - r = .47$) ส่วนความวิตกกังวล[18] มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = -.34$)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนได้และพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และมิได้เลือกศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ที่อาจมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้ที่เป็นโรคตับแข็งอาจมีความมั่นใจในการปฏิบัติ แต่อาจยังไม่ได้ปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคตับแข็งมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอหรือไม่ คาดว่าหากผู้ที่เป็นโรคตับแข็งมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามากขึ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดความวิตกกังวลลง อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ

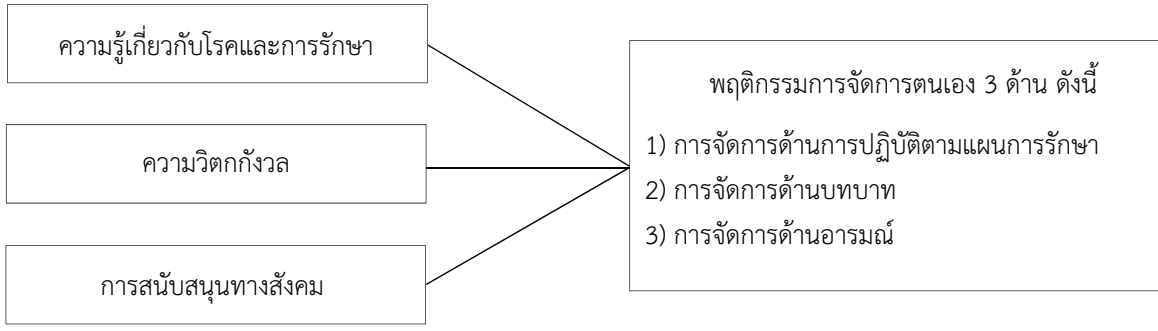
โดยสรุป จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง แต่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา[16] และการสนับสนุนทางสังคม[17] มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความวิตกกังวล[18] มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจากโรคเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่ไม่ทำให้เสียชีวิตทันที แต่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง พฤติกรรมการจัดการตนเองจึงจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาวะของโรค เช่นเดียวกับโรคตับแข็งที่มีการดำเนินของโรค และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยอย่างมาก อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา อาจมีความต้องการในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และอาจมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็งรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman[8] และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการวิจัย อธิบายได้ดังนี้ ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งเมื่อเจ็บป่วยจะต้องเผชิญผลกระทบที่เกิดจากโรคที่มีอาการและอาการแสดงจากการสูญเสียหน้าที่ของตับและผลจากการรักษา จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาท และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจำเป็นจะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็งที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็งอย่างน้อย 2 เดือน 3) มีระดับความรุนแรงของโรคในระยะ child A (ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีการพยากรณ์โรคที่ดี) และ child B (ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและมีการพยากรณ์โรคในระดับปานกลาง) 4) รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตแบบสั้นโดยต้องได้คะแนนอย่างน้อย 8 คะแนนจาก 10 คะแนน และ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็งตับและ/หรือมีโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีร่วมด้วย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน (alpha) .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) .80 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง (effect size) .40[19] เปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย[20]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินสุขภาพจิตแบบสั้น (A Short Portable Mental Status Questionnaire [SPMSQ]) สร้างโดย Pfeiffer[21] แปลเป็นภาษาไทยโดย Intarasombat[22] ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องตอบ

คำถามได้คะแนนอย่างน้อย 8 จาก 10 คะแนน จึงจะถือว่ามีการรับรู้ปกติ และสามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้ โดยเป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ในผู้สูงอายุ และนำมาคัดกรองว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีการรับรู้ที่ปกติหรือไม่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้กระบวนการคิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง ได้แก่ ภาวะของเสียคั่งในสมองจากโรคตับแข็ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง ดัดแปลงจากแบบประเมิน Self-management behaviour scale for liver cirrhosis ที่พัฒนาขึ้นโดย Wang และคณะ[23] และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านตามกรอบแนวคิดของ Lorig และ Holman[8] มีข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 26 ข้อ ด้านการจัดการด้านบทบาท จำนวน 4 ข้อ และด้านการจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีตั้งแต่ 0-3 คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง (3 คะแนน) ในการแปลผลระดับของพฤติกรรมทั้งโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็นระดับดีและระดับไม่ดี โดยพิจารณาคะแนนโดยรวมและรายด้านตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับดี ดังนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม (คะแนนตั้งแต่ 79 ขึ้นไป) และพฤติกรรมรายด้าน ด้านการจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (คะแนนตั้งแต่ 62 ขึ้นไป) ด้านการจัดการด้านบทบาท (คะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป) และด้านการจัดการด้านอารมณ์ (คะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป) และใช้คะแนนรวมสำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคระบบทางเดินอาหารและพฤติกรรมการจัดการตนเองจำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ .85 และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ จากนั้นนำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินค่าครั้งที่ 1 และ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพฤติกรรมโดยรวมเท่ากับ .73 และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการจัดการด้านบทบาท และด้านการจัดการด้านอารมณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .81 .76 และ .79 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถาม-ตอบ แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 3 คำตอบ คือ ถูก (1 คะแนน) ผิดและไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ (0 คะแนน) คะแนนรวมตั้งแต่ 0-18 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาดี แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคระบบทางเดินอาหารและพฤติกรรมการจัดการตนเองจำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินคูเดอร์-ริชาร์ตซัน (Kuder-Richardson [KR-20]) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory from Y (STAI from Y) สร้างโดย Spielberger และคณะ[24] แปลเป็นภาษาไทยโดยธาตรี นนทศักดิ์, จีน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิตเพื่อใช้ในงานวิจัยของ Thapinta[25] มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินมีทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยข้อความทางบวก คือ ไม่มีเลย (4 คะแนน) มีมากที่สุด (1 คะแนน) และข้อความทางลบ คือ ไม่มีเลย (1 คะแนน) มีมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวมความวิตกกังวลตั้งแต่ 20-80 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่า มีความวิตกกังวลในระดับสูง เนื่องจากแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหาแล้วและไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาเพิ่มเติม การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

ส่วนที่ 5 แบบประเมิน Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย Schaefer และคณะ[26] แปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนุเจริญกุล[27] มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีตั้งแต่ 0-4 คะแนน คือ ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย (0 คะแนน) ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมมีตั้งแต่ 0-28 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง เนื่องจากแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหาแล้ว และไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาเพิ่มเติม การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ รหัสโครงการ 2561-EXP079 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ รหัสโครงการ FAC-MED-2562-06068 และผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการตอบแบบประเมิน เก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวม การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ณ ห้องตรวจโรคระบบทางเดินอาหาร แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที หลังจากตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องของแบบประเมิน และมอบของที่ระลึกเพื่อแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สมินอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ และพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือค่า r คือ ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (r = .50 ถึง 1.00) ระดับปานกลาง (r = .30 ถึง .49) ระดับต่ำ (r = .10 ถึง .29)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.24 อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 65.88 ($\bar{X}$ = 56.06, SD. = 7.75) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.18 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.29 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 87.06 และมีบุคคลที่คอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือดูแล ได้แก่ สามี/ภรรยา และลูก ร้อยละ 80

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะ child A ร้อยละ 65.88 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 97.65 ได้รับการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา ร้อยละ 38.82 (การส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อรัดยางบริเวณหลอดอาหาร การเจาะระบายน้ำในช่องท้องและการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อฉีดสารให้หลอดเลือดแข็งตัว) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดเป็นประจำทุกครั้ง ร้อยละ 92.94 และส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 83.53 โดยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรังมากที่สุดร้อยละ 61.18

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.35) มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (Median = 67, IQR = 17.50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Median 52, IQR = 16) ด้านบทบาท (Median = 9, IQR = 3) และด้านอารมณ์ (Median = 5, IQR = 2) อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 78.82 52.94 และ 76.47 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็งทั้งพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้าน (n = 85)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	พฤติกรรมการจัดการตนเอง			
	Spearman's rho (rs) coefficient (p-value)			
	โดยรวม	ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	ด้านบทบาท	ด้านอารมณ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา	.20	.23	.12	-.04
	.07^{ns}	.03*	.26^{ns}	.74^{ns}
ความวิตกกังวล	-.26	-.26	-.09	-.11
	.02*	.02*	.43^{ns}	.34^{ns}
การสนับสนุนทางสังคม	.28	.22	.30	.28
	.009**	.04*	.01*	.01*

หมายเหตุ ns = non significant. *p <.05, **p <.01

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมด้านการจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (rs = .23, p <.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม (rs = .-26, p <.05) และพฤติกรรมด้านการจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (rs = .-26, p <.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม (rs = .28, p <.01) และพฤติกรรมด้านการจัดการด้านการปฏิบัติการตามแผนการรักษา (rs = .22, p <.05) และด้านอารมณ์ (rs = .28, p <.05) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการด้านบทบาท (rs = .30, p <.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อจัดการกับวิถีการดำเนินชีวิต อาการของโรคที่เป็นอยู่และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องทั้งพฤติกรรมโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย เพศหญิงร้อยละ 31.76 เพศชายร้อยละ 68.24 ซึ่งเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าเพศชาย[28] จึงอาจทำให้เพศหญิงมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ถูกต้องและสม่ำเสมอมากกว่า และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 65.88 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งอายุช่วงนี้อยู่ในช่วงของความก้าวหน้าในอาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ อาจทำให้ไม่มีเวลาและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้การทำความเข้าใจในการจัดการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และอาจมีอุปสรรคในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล เพื่อแสวงหาความรู้ในการจัดการตนเองเมื่อเผชิญความเจ็บป่วยได้น้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูง[29] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วม ซึ่งการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วยอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเรียงลำดับความสำคัญอาการของโรคและการจัดการโรคได้ และควบคุมโรคได้ยากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วม[30] ผลการวิจัยครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ Dong และคณะ[9] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง แต่

แตกต่างคือมีพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารและการเฝ้าติดตามสังเกตอาการอยู่ในระดับต่ำ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำกว่างานวิจัยของ Dong และคณะ[9] อาจเป็นเพราะใช้เครื่องมือประเมินที่แตกต่างกัน ดังนั้น ควรส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งเกิดความเข้าใจได้อย่างครอบคลุมและชัดเจน สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้เหมาะสม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมด้านการจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($r = .23$, $p < .05$) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ไม่ถูกต้องและอยู่ในระดับที่ไม่ดี แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอาจเป็นหนึ่งปัจจัยที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล แต่ยังไม่เพียงพอในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ประกอบกับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาและการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคลจากแพทย์และพยาบาลตามปัญหาของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งแต่ละคน แต่พบว่ายังมีความรู้ในระดับไม่ดี นอกจากนี้การไม่เคยมีประสบการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคตับแข็งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมออาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองสามารถควบคุมได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่กระทำอยู่ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ร้อยละ 75.29 ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมาและส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 92.94 ผลการวิจัยครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ Dong และคณะ[9] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคตับแข็งไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อน จึงอาจทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง ($r = -.26$, $p < .05$) อาจเป็นเพราะมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.88 มีการเจ็บป่วยที่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง คือ ระยะ child A ซึ่งไม่มีการแสดงออกของอาการเจ็บป่วยที่ชัดเจน จึงอาจยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของโรค และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 97.65 ได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 38.82 ได้รับการรักษาด้วยการไม่ใช้ยาเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ การส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อรัดยางบริเวณหลอดเลือดที่โป่งพองและการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อฉีดสารให้หลอดเลือดแข็งตัว อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นใจว่าการได้รับการรักษาแล้วสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงอาจรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่กระทำอยู่มีความเหมาะสมแล้วพบเช่นเดียวกับการศึกษาของ Popovic และคณะ[31] ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคตับแข็งที่เคยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจะมีความวิตกกังวลสูงกว่า และกลุ่มตัวอย่างเกินสามในสี่ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ มีความรู้สึกตึงเครียดและกังวลใจในระดับหนึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ Bettoni และคณะ[32] ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = -.33$, $p < .01$) โดยอธิบายว่าหากผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำเช่นเดียวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมด้านการปฏิบัติการตามแผนการรักษา ด้านอารมณ์ และด้านบทบาท อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว เพื่อนและบุคคลสำคัญทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่นใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องหรือการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว ทำให้กลุ่ม

ตัวอย่างสามารถนำไปวางแผนแก้ไขปัญหา หรือการได้รับข้อมูลย้อนกลับทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตน ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 มีบุคคลที่คอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการดูแล ได้แก่ สามี/ภรรยา และลูก และยังได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย อาจทำให้มีการรับรู้ว่าได้รับสนับสนุนทางสังคม แต่ผลการวิจัยนี้พบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอาจจำเป็นต้องส่งเสริมการจัดการตนเองของตัวผู้ที่เป็นโรคตับแข็งผ่านการสนับสนุนการแก้ปัญหา การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง[9] ผลการวิจัยครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ($r = .28$, $p < .01$)[33]

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับไม่ดี ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม แต่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ดังนั้น จึงอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่แสดงว่า ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับที่ไม่ดี และมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอยู่ในระดับไม่ดี จึงควรมีการพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคตับแข็งมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง รวมทั้งควรศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคตับแข็งที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ child C ที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี

References

1. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney diseases. Cirrhosis. [Internet]. 2018. [cited 2019 Dec 5]. Available from https://www.niddk.nih.gov/health-information/liver-disease/cirrhosis.
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health (Thailand). Statistical Thailand. 2018. Nonthanuri: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health (Thailand).
3. Polis S, Fernandez R. Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systemic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews Implementation Reports 2015;13(1):39-51.
4. Fagerstrom C, Frisman GH. Living with liver cirrhosis: a vulnerable life. Gastroenterology Nursing 2017;40(1):38-46.
5. Shabanloei R, Ebrahimi H, Ahmadi F, Mohammadi E, Dolatkhah R. Stigma in cirrhotic patients: a qualitative study. Gastroenterology Nursing 2016;39(3):216-26.
6. Sari AA, Karyani AK, Alavian SM, Arab M, Gholmohamadi FR, Rezaei S. The economic burden of liver cirrhosis in Iran: cost of illness study. Iranian Journal of Public Health 2015;44(4):512-21.

7. Volk ML. Hospital readmission of patients with cirrhosis: A canary in a coal mine. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2016;14(5):760-1.
8. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. The Society of Behavioral Medicine 2003;26(1):1-7.
9. Dong N, Chen WT, Bao M, Qian Y, Lu H. Self-management behaviors among patients with liver cirrhosis in Shianghai, China: a cross-sectional study. Clinical Nursing Research 2018;1-25.
10. Hayward KL, Valery PC, Cottrell WN, Irvine KM, Horsfall LU, Tallis CJ, et al. Prevalence of medication discrepancies in patients with cirrhosis: a pilot study. BioMed Central Gastroenterology 2016;16(114):1-9.
11. Lin WJ, Huang HM, Lee, BO, Sun FK. The relationships between uncertainty and coping behaviors of patients with liver cirrhosis. International Journal of Nursing & Clinical Practices 2017;4:1-7.
12. Jansrithong P. Factors predicting self management in older persons with acute coronary syndrome in tertiary hospitals [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai).
13. Aramsin R, Kerdkul P, Jarujit S, Prachanno W. Self-management behaviors among patients with hypertension in Mueang district, Chonburi province. Journal of Phrapokklao Nursing College 2018;29(1):68-77. (in Thai).
14. Jandeekaewsakul P, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. Journal of Nursing Science 2018;36(1): 31-43. (in Thai).
15. Bai YL, Chiou CP, Chang YY. Self-care behavior and related factors in older people with type 2 diabetes. Journal of Clinical Nursing 2009;18(23):3308-15.
16. Huang M, Zhao R, Li S, Jiang X. Self-management behavior in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey in western urban China. Public Library of Science ONE 2014;9(4):1-7.
17. Troung PV, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factor related to self-management behaviours in hypertensive older adults in Haiduong Province, Vietnam. Journal of Nursing and Health Sciences 2016;10(3):56-64.
18. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. International Journal of Nursing Studies 2014;51(2):208-16.
19. Cohen J. Statistic power analysis. Psychological Bulletin 1992;122(1):155-9.
20. Polit DF. Statistic and data analysis for nursing research. Canada: Pearson. 2010.
21. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society 1975;23:433-41.
22. Intarasombat P. Health assessment for the elderly. Ramathibodi Nursing Journal 1996;2(3):44-56. (in Thai).
23. Wang Q, Wang Y, Gao J, Han JT, Li YP. Development of self-management behavior scale for liver cirrhosis. International Journal of Nursing Sciences 2015;2(1):73-9.

24. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg P, Jacobs GA. Manual for the stat-trait anxiety inventory STAI (From Y), self-evaluation questionnaire. Palo alto, CA: consulting Psychologist Press; 1983.
25. Thapinta D. Reduction of anxiety of staff nurses working with aids patient through cognitive reconstructuring and mindfulness training [doctoral's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1992. (in Thai).
26. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related function of social support. Journal of Behavioral Medicine 1981;4(4):381-406.
27. Hanuchcharurnkul S. Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand [doctoral's thesis]. Detroit, MI: Wayne State University; 1988.
28. Hornung-Praehauser V, Ploessnig M, Zauchner-Studnicka S, Kautzky-Willer A, Leuther M. Better insight into gender-specific diabetes self-management for more effective diabetes services. European Journal of Public Health 2016;26(1):378-9.
29. Phua SH, Taha NA, Pau KB, Kong WY. Evaluation of self-management behavior of chronic kidney disease patients. Journal of Pharmacy and Pharmacology 2017;5:179-188.
30. Park SK. Factors affecting self-care behavior in Koreans with COPD. Applied Nursing Research 2017;38:29-37.
31. Popovic DD, Culafic DM, Tepaccevic DBK, Kovacevic NV, Spuran MM, Djuranovic SP, et al. Assessment of depression and anxiety in patients with chronic liver disease. Vojnosanitetski Pregled 2015;72(5):414-20.
32. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Relationship between self-care and depression and anxiety symptoms in individuals undergoing hemodialysis. Northeast Network Nursing Journal 2017;18(2); 181-6.
33. Kitreerawutiwong K, Kingnetr G, Saengpak C, Wongsawang N. Factor influencing diabetes self-management behavior among type 2 diabetes mellitus patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(3):192-200. (in Thai).

บทความวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบล จังหวัดอุบลราชธานี

Health Behaviors of the Older Adults with High Blood Pressure in Nakhon Ubol Municipal Area, Ubol Ratchathani

Received: Feb 2, 2019
Revised: May 5, 2020
Accepted: May 13, 2020

นิพพาภัทร์ สินทรัพย์ พย.ม. (Nippapath Sinsap, M.N.S.)[1]
บุปผา ใจมั่น พย. (Buppa Jaimun, M.N.)[2]

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณนานี้เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลอุบล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 371 คน รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ การจัดการความเครียดและด้านโภชนาการ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คำนวณค่า CVI ได้ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า รวมระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย (Mean) 3.23 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) 0.80 โดยลำดับแรกคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มากที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.43, SD. = 0.64) ลำดับรองลงมาเป็นด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ รองลงมาอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.37, SD. = 0.75) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.15, SD. = 0.86) ด้านโภชนาการ (Mean = 3.14, SD. = 0.87) และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในลำดับสุดท้าย อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.89, SD = 0.80)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมสุขภาพ

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, Email: nippapath@hotmail.com

[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, Email: kungfu2554@hotmail.com

[1,2]Sanpasithiprasong College of Nursing, Ubon Ratchathani Province, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute,Thailand.

Abstract

This descriptive research aims to study health behaviors of 371 older adults people with high blood pressure admitted for medical treatment at the local health community center of Sappasitthiprasong Hospital, Ubol Ratchathani. The research tool highlights a personal questionnaire and another one on health promotion behaviors created by the researcher according to Pender's concept on health promotion behaviors . The concept includes six health behaviors, namely responsibilities for health, interpersonal relationship, physical exercises, spiritual development, stress management and nutrition. Every tool for this research underwent content-based precision inspection from three qualified academics. The calculated value of CVI is 0.79 and the data were analyzed by statistics, percentage, average and standard deviation.

Results showed that the total level of six health behaviors was high with a mean of 3.23 and the standard deviation (SD.) of 0.80. The interpersonal relationship was ranked the first with high level (Mean = 3.43, SD. = 0.64). It was followed by the high level of health responsibilities and spiritual development (Mean = 3.37, SD. = 0.75). The physical exercises were also at the high level (Mean = 3.15, SD. = 0.86). Finally, the nutrition and stress management were at the high level with the mean of 3.14 and 2.89 and the SD. of 0.87 and 0.80 respectively.

Keywords: older adults with high blood pressure, health behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก ยังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคที่ทำให้มีความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหลายระบบ ได้แก่ระบบหัวใจ ตา ไต หลอดเลือดและสมอง เป็นต้น ทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในทั่วโลก[1] เมื่ออายุมากขึ้นมีความเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดง ผนังของหลอดเลือดแดงจะมีความหนาเพิ่มมากขึ้น และผนังของหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นของลดลง ร่วมกับการที่มีการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ส่งผลทำให้ทำให้ผนังหลอดเลือดมีการแข็งตัว[2] จากข้อมูลของ World Health Organization (WHO)[2] พบว่าทั่วโลกความชุกโดยรวมของโรคความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 40.00 ในปี พ.ศ. 2551 คาดว่าจะทำให้เกิดการเสียชีวิต 7.5 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 12.80 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด มีผู้ที่มีภาวะทุพลภาพจำนวนมากถึง 57 ล้านคน หรือ ร้อยละ 3.70[3] จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559[4] มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉลี่ยในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 43.00 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 55.00 ช่วงอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 43.00 สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า มีความชุก โรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 4.60 จากนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ ใกล้เคียงกัน ภาคเหนือมีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 32.60 ผู้ชาย (33.80) และ ผู้หญิง (31.40) รองลงมาคือภาคใต้ (28.30) ภาคกลาง (23.40) กรุงเทพฯ (22.80) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (20.50)[5] โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 1,325, 1,634

และ 2,082 คน ในปี พ.ศ. 2552-2554 ตามลำดับ[6] จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การที่ไม่สามารถที่ควบคุมความดันโลหิตได้เกิดจากการขาดความรู้เรื่องโรค การที่มีพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสม[7] การที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่ดีเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั่นเอง หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมก็สามารถชะลอความเสื่อมต่าง ๆ ของร่างกายได้ การที่ไม่สามารถที่จะควบคุมความดันโลหิตได้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทุพพลภาพ เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจซึ่งจะนำไปสู่การเสียชีวิตได้

Pender[8] กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนได้กระทำ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและการที่บุคคลให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของตนองมากเท่าไร ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ เป็นแนวคิดที่เน้นกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) ด้านการออกกำลังกาย (physical activity) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) การจัดการความเครียด (stress management) และด้านโภชนาการ (Nutrition) หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ครบทั้ง 6 ด้าน จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีความสุข จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุจำนวน 208,483 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 ของประชากรทั้งหมด และพบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับ[9] หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่าที่ปกติได้ ทำให้มีการทำลายอวัยวะที่สำคัญ เช่น ไต ตา สมอง และหัวใจ โดยส่งผลทำให้มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคไต โรคหัวใจเป็นต้น[10] ที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาล อุบลราชธานียังไม่มีการศึกษาโดยตรงมาก่อน ถ้าหากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมา

พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็นในด้านอาหาร การออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ดีจะสามารถที่จะลดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้[11] การที่ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถชะลอความเสื่อมของร่างกาย และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับแผนสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ซึ่งมีการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีความสุข โรคความดันโลหิตเป็นโรคที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หายขาด ต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าที่คงที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอวัยวะที่สำคัญ หากบุคลากรทางสุขภาพทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก็จะสามารถหาแนวทางในการดูแล ป้องกัน รวมถึงจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้[12] ดังนั้นผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด และด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุบล จังหวัดอุบลราชธานี ว่าเป็นอย่างไร เพื่อที่จะนำข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ตรงกับความต้องการ และปัญหาของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสภาพจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบล จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบล จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender[8] ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ความสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคล (interpersonal relations) ด้านการออกกำลังกาย (physical activity) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) การจัดการความเครียด (stress management) และด้านโภชนาการ (nutrition) ซึ่งมีความสำคัญมาก การที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของตนองมากเท่าไร ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ครบทั้ง 6 ด้าน จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีความสุข

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยเป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลอุบล จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเทศบาลนคร ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60-74 ปี มีถิ่นอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเทศบาลนคร จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในเขตรับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างคือ จำนวน 312 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยใช้สัดส่วนที่เท่ากันได้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในการคัดเข้าดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในเขตรับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี
3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

คุณสมบัติในการคัดออก

1. อาศัยอยู่นอกเขตความดูแลของเขตรับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. ไม่สามารถอยู่เข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบสอบถามที่ผู้ทำการศึกษาวิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจรายการ (Check-list) แบบสอบถามความเห็นมาตราประเมินค่า 5 โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การมีโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน จำนวน 49 ข้อ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) จำนวน 7 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) จำนวน 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย (physical activity) จำนวน 8 ข้อ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) จำนวน 12 ข้อ การจัดการความเครียด (stress management) จำนวน 8 ข้อ และด้านโภชนาการ (nutrition) จำนวน 7 ข้อ ค่านำหนักคะแนนเฉลี่ย (Weight means score: WMS) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ใช้หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5, เห็นด้วย ให้คะแนน 4, ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3, ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์เป็นเครื่องวัดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความสมบูรณ์ของเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอ ให้ปรับปรุงในส่วนของเนื้อหาให้มีความครอบคลุมตามสัดส่วนองค์ประกอบของเนื้อหา ให้ตรง ประเด็นที่ศึกษา และให้มีความละเอียดในการใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจง่าย ได้ค่า CVI = 0.79

2. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้านความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบขั้นต้น (try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรในการศึกษาที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จานวน 30 คน ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลนคร อุบลราชธานี และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยเสนอโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีทำการพิจารณาและตรวจสอบ และได้รับการอนุมัติแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วขอความร่วมมือให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยและผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลส่วนตัวเหล่านี้ได้รับการเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมมีการปกปิดชื่อและข้อมูลเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อและเก็บข้อมูลในซองที่ปิดผนึก และผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บข้อมูล โดย

1. จัดเตรียมแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

2. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บ รวมรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

3. นำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ถึงหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุในการตอบแบบสอบถาม

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร โดยใช้แบบสอบถามในกรณีที่ผู้สูงอายุ สามารถอ่านเองได้ ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามเอง และในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านเองได้ ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านทีละข้อให้

6. การตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบดูความสมบูรณ์ของการตอบแบบ สอบถามและทำการแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก และนำออกไปเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

7. นำแบบสอบถามที่ถูกต้องเรียบร้อยแล้วมาลงรหัสเพื่อประมวลผลข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การมีโรคประจำตัว ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร (n = 371)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	147	46.37
หญิง	170	53.63
อายุ		
60-69 ปี	176	47.43
70-79 ปี	155	41.77
80 ปี ขึ้นไป	40	10.8
ศาสนา		
พุทธ	370	99.73
คริสต์	1	0.27
สถานภาพสมรส		
โสด	42	11.33
สมรส	280	75.47
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	49	13.20
หม้าย (เสียชีวิต)	-	-
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	89	23.98
ประถมศึกษา	183	49.32
มัธยมศึกษา	55	14.82
อนุปริญญา/ปวช./ปวส	15	4.04
ปริญญาตรี	27	7.27
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.53
อาชีพก่อนการเกษียณ		
เกษตรกรรม	132	35.00
รับจ้าง	92	24.79
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	125	33.69
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22	5.92
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	-
รายได้ปัจจุบัน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	119	32.07
5,000/10,000 บาท/เดือน	142	38.27
10,000 บาท/เดือน	110	29.64

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร (n = 371) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ		
คนเดียว	8	2.15
คู่สมรส	126	33.96
ครอบครัว/บุตรหลาน	237	63.88
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิต		
น้อยกว่า 1 ปี	80	21.56
1- 5 ปี	171	49.09
6-10 ปี	74	19.94
มากกว่า 10 ปี	46	12.39
ปัญหาแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิต		
ไม่มี	210	56.60
มี	161	43.39

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรม สุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพของกลุ่มประชากร

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ			
1. ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง	3.45	0.60	มาก
2. ท่านหลีกเลี่ยงไปสถานที่แออัด	3.11	0.90	มาก
3. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้า ที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ	3.50	0.63	มากที่สุด
4. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น	3.49	0.64	มาก
5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวท่าน	3.24	0.84	มาก
6. ท่านไปพบแพทย์ตามนัด	3.51	0.69	มากที่สุด
7. ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ให้ เป็นประโยชน์ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง	3.30	0.80	มาก
รวม	**3.37**	**0.75**	**มาก**

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรม สุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มประชากร

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
1. ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	3.53	0.60	มากที่สุด
2. ท่านติดต่อพูดคุยหรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง	3.30	0.72	มาก
3. ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวและชุมชนได้ดี	3.28	0.70	มาก
4. ท่านพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.37	0.64	มาก
5. ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง	3.41	0.61	มาก
6. ท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ	3.56	0.60	มากที่สุด
7. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว	3.58	0.56	มากที่สุด
รวม	**3.43**	**0.64**	**มาก**

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านการออกกำลังกาย

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ด้านการออกกำลังกาย			
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	2.98	0.79	มาก
2. ท่านออกกำลังกายประมาณนานครั้งละ 15-30 นาที	3.18	0.82	มาก
3. ท่านทำกิจกรรมยืดเส้น ยืดสาย เช่น แกว่งแขน	3.28	0.79	มาก
4. ท่านบิดขา ก่อน-หลัง ออกกำลังกาย	3.12	0.94	มาก
5. ท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย	3.14	0.91	มาก
6. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งหัวใจเต้นเร็วและรู้สึกเหนื่อย	3.18	0.92	มาก
7. ท่านจะหยุดการเคลื่อนไหวทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อย	3.21	0.85	มาก
8. ท่านออกกำลังกายทุกครั้งเมื่อมีโอกาส	3.16	0.86	มาก
รวม	**3.15**	**0.86**	**มาก**

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ			
1. ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ	3.22	0.73	มาก
2. ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว	3.35	0.69	มาก
3. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่	3.50	0.60	มาก
4. ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน	3.47	0.61	มาก
5. ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา	3.41	0.68	มาก
6. ท่านได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ	3.31	0.68	มาก
7. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.42	0.58	มาก
8. ท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน	3.47	0.59	มาก
9. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	3.44	0.61	มาก
10. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข	3.37	0.69	มาก
11. ท่านเตรียมพร้อมที่อาจจะพบความเปลี่ยนแปลงในอนาคต	3.30	0.74	มาก
12. ท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ	3.18	0.81	มาก
รวม	**3.37**	**0.68**	**มาก**

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านการขจัดความเครียด

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ด้านการขจัดความเครียด			
1. ท่านลดความเครียดด้วยการพูดคุยกับเพื่อนบ้านออกกำลังกาย ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือ ปลูกต้นไม้	3.34	0.70	มาก
2. ท่านมักพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจเมื่อเกิดความเครียด	2.86	0.83	มาก
3. ท่านมักขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดความเครียด	2.79	0.82	มาก
4. ท่านแสดงอารมณ์โกรธหงุดหงิดเมื่อเกิดความไม่พอใจ	2.54	0.84	มาก
5. เมื่อไม่สบายใจท่านมักปล่อยว่าง	3.05	0.86	มาก
6. เมื่อท่านเครียดท่านหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติ	3.09	0.89	มาก
7. ท่านนอนไม่หลับเมื่อรู้สึกกังวลใจ	2.56	0.90	มาก
8. ท่านยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้	2.93	0.73	มาก
รวม	**2.89**	**0.86**	**มาก**

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านโภชนาการ

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ด้านโภชนาการ			
1. ท่านรับประทานผลไม้	3.42	0.65	มาก
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน	3.68	0.50	มากที่สุด
3. ท่านรับประทานผัก	3.69	0.51	มากที่สุด
4. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.48	0.66	มาก
5. ท่านรับประทานอาหารเสริม	2.64	0.91	มาก
6. ท่านรับประทานอาหารรสจัด	2.33	0.78	มาก
7. ท่านจะเลือกรับประทานอาหารปลอดสารพิษ	2.66	0.80	มาก
รวม	**3.14**	**0.87**	**มาก**

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.63 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 47.43 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.32 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.57 อาชีพก่อนการเกษียณเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 35.00 รายได้ไม่เกิน 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 38.27 ส่วนใหญ่อาศัยกับครอบครัว/บุตรหลาน ร้อยละ 63.88 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิต 1-5 ปี ร้อยละ 49.09 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิต ร้อยละ 56.60 ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพของกลุ่มประชากร พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean = 3.37, SD. = 0.75) โดยคำถามด้านท่านไปพบแพทย์ตามนัด อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.51, SD. = 0.69) รองลงมาเป็นด้านท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้า ที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ (Mean = 3.50, SD. = 0.63) ด้านท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น (Mean = 3.49, SD. = 0.64) ด้านท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง (Mean = 3.45, SD. = 0.60) และด้านท่านหลีกเลี่ยงไปสถานที่แออัด น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.11, SD. = 0.90)

จากตารางที่ 3 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean = 3.43, SD. = 0.64) โดยคำถามด้านท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.58, SD. = 0.56) รองลงมาเป็นด้านท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.56, SD. = 0.60) ด้านท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง (Mean = 3.41, SD. = 0.61) ด้านท่านพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน (Mean = 3.37, SD. = 0.64) และด้านท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและชุมชนได้ดี น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.28, SD. = 0.70)

จากตารางที่ 4 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านการออกกำลังกายพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.15, SD. = 0.86) โดยคำถามด้านท่านทำกิจกรรมยืดเส้น ยืดสาย เช่น แกว่งแขน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.28, SD. = 0.79) รองลงมาเป็นด้านท่านจะหยุดการเคลื่อนไหวทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.21, SD. = 0.85) ด้านท่านออกกำลังกายประมาณนานครั้งละ 15-30 นาที และด้านท่านออกกำลังกายจนกระทั่งหัวใจเต้นเร็วและรู้สึกเหนื่อย (Mean = 3.21, SD. = 0.85) และด้านท่านบิดขา ก่อน-หลัง ออกกำลังกาย น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.14, SD. = 0.91)

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.37, SD. = 0.68) โดยคำถามด้านท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50, SD. = 0.60) รองลงมาเป็นด้านท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน และด้านท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.47, SD. = 0.59) ด้านท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Mean = 3.44, SD. = 0.61) และด้านท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ น้อยที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.18, SD. = 0.81)

จากตารางที่ 6 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านการขจัดความเครียดพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean = 2.89, SD. = 0.86) โดยคำถามด้านท่านลดความเครียดด้วยการพูดคุยกับเพื่อนบ้านออกกำลังกาย ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือ ปลูกต้นไม้ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.34, SD. = 0.71) รองลงมาเป็นด้านเมื่อท่านเครียดท่านหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.09, SD. = 0.89) ด้านเมื่อไม่สบายใจท่านมักปล่อยว่าง (Mean = 3.05, SD. = 0.86) และด้านท่านแสดงอารมณ์โกรธหงุดหงิดเมื่อเกิดความไม่พอใจ น้อยที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.54, SD. = 0.86)

จากตารางที่ 7 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านความรับผิดชอบด้านโภชนาการพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.14, SD. = 0.87) โดยคำถามด้านท่านรับประทานผัก อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.69, SD = 0.51) รองลงมาเป็นด้านท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.68, SD = 0.50) ด้านท่านรับประทานผลไม้ (Mean = 3.42, SD. = 0.65) ด้านท่านจะเลือกรับประทานอาหารปลอดสารพิษ (Mean = 2.66, SD. = 0.80) และด้านท่านรับประทานอาหารรสจัดน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.33, SD. = 0.78)

รวมระดับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน Mean = 3.23 และ SD. =0.80 อยู่ในระดับมาก โดยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มากที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.43, SD. = 0.64) รองลงมาเป็นด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพและด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ รองลงมาอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.37, SD. = 0.75) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.15, SD = 0.86) ด้านโภชนาการ (Mean = 3.14, SD. = 0.87) และด้านการจัดการความเครียดน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.89, SD. = 0.80)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนคร จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกาลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

1. จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างมีการไปพบแพทย์ตามนัดอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.51, SD. = 0.69) รองลงมาคือการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที (Mean = 3.50, SD. = 0.63) ด้านท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.49, SD. = 0.64) และ พฤติกรรมที่น้อยที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงไปสถานที่แออัด (Mean = 3.45, SD. = 0.60) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบสุขภาพดีมาก ในเรื่องของการตรวจสุขภาพ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด มีการหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ นำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจาก ปัจจุบันงานส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุนั้น รัฐบาลได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากการที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มีภารกิจหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประชากร ตามกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการแก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุเผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ พัฒนาบุคลากรทุกระดับในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการดูแลประชากรผู้สูงอายุ เพื่อการ

เสริมสุขภาพส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมการป้องกัน การเฝ้าระวังสุขภาพและการประเมินผล[13] มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยหนึ่งของสังคมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยประสานงานกันเป็นเครือข่าย เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตพัฒนาระบบสารสนเทศการบริหารจัดการ ให้เอื้อต่องานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ถึงร้อยละ 47.43 ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี อีกยังมีความเสื่อมของร่างกายยังไม่มาก จะเห็นได้จากที่ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตถึงร้อยละ 56.60

2. จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.43, SD = 0.64) โดยคำถามด้านท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.58, SD. = 0.56) รองลงมาเป็นด้านท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.56, SD. = 0.60) ด้านท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง (Mean = 3.41, SD. = 0.61) ด้านท่านพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน (Mean = 3.37, SD. = 0.64) และด้านท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและชุมชนได้ดี น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.28, SD. = 0.70) (ตารางที่ 3) จะเห็นได้ว่าในสังคม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นสังคมที่เคารพระบบอาวุโส ชาวอีสานเชื่อว่าผู้ที่มีอายุมากย่อมผ่านประสบการณ์มากมาย ผู้สูงอายุควรได้รับการยกย่องและการยอมรับนับถือ ผู้ที่มีอายุน้อยมีความเคารพผู้ที่มีอายุมากกว่า[14] โดยส่วนมากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ รู้จักมักคุ้นกันดีกับชุมชน เป็นคนดั้งเดิมที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ทำให้การปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ชุมชน อยู่ในระดับมาก ประกอบกับในสังคมเมืองนั้นมีลักษณะของครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายรวมอยู่ด้วย ทำให้บุตรสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดี

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.15, SD = 0.86) โดยคำถามด้านท่านทำกิจกรรมยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.28, SD. = 0.79) รองลงมาเป็นด้านท่านจะหยุดการเคลื่อนไหวทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.21, SD. = 0.85) ด้านท่านออกกำลังกายประมาณนานครั้งละ 15-30 นาที และด้านท่านออกกำลังกายจนกระทั่งหัวใจเต้นเร็ว และรู้สึกเหนื่อย (Mean = 3.21 SD. = 0.85) และด้านท่านบิดขาก่อน-หลัง ออกกำลังกาย น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.14, SD. = 0.91) จากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายยืดเส้นยืดสาย ก่อนการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ จากพฤติกรรมดังกล่าวอาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ยังไม่มีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มากนัก สามารถที่จะสามารถออกกำลังกายได้ และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ดูแลอาศัยอยู่กับบุตรหลาน รวมถึงการได้รับความรู้คำแนะนำการออกกำลังกายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15] ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยเอื้อในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ในด้านอายุ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เนื่องจากการที่มีอายุน้อยอวัยวะในร่างกายยังไม่มีความเสื่อมมากนัก ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ดี

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.37, SD = 0.68) โดยคำถามด้านท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50, SD. = 0.60) รองลงมาเป็นด้านท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน และด้านท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.47, SD = 0.59) ด้านท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Mean = 3.44, SD. = 0.61) และด้านท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก

(Mean = 3.18, SD. = 0.81) เนื่องจาก การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวของตัวเอง อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม คุ้นเคยกับเพื่อนบ้าน สถานที่อยู่ และมีสุขภาพที่ดี เห็นได้จากพฤติกรรมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับ มาก รวมทั้งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean = 2.89, SD. = 0.86) โดยคำถาม ด้านท่านลดความเครียดด้วยการพูดคุยกับเพื่อนบ้านออกกำลังกาย ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือ ปลูกต้นไม้ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.34, SD. = 0.71) รองลงมาเป็นด้านเมื่อท่านเครียดท่านหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.09, SD. = 0.89) ด้านเมื่อไม่สบายใจท่านมักปล่อยว่าง (Mean = 3.05, SD. = 0.86) และด้านท่านแสดงอารมณ์โกรธหงุดหงิดเมื่อเกิดความไม่พอใจ น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.54, SD. = 0.86) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต ซึ่งผ่านการเผชิญปัญหามามากจึงทำให้รู้สึกว่าทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ การอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมอยู่ท่ามกลางลูกหลาน มีผู้ดูแลและการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิง อีกทั้งส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุมีการจัดการความเครียดที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา[16] ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความเครียดประกอบไปด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย การมีร่างกายที่เสื่อมลงทำให้เครียดมากขึ้น ปัจจัยสุขภาพทางจิตใจ ความวิตกกังวลกับสุขภาพที่เสื่อมลง ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และชุมชน การอยู่ในชุมชนที่ไม่ปลอดภัย การขาดความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันในสังคม ปัจจัยด้านสถานภาพทางการเงิน การที่มีปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินก็ส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้ และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว การขาดการดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัวก็ส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้

6. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean = 3.14, SD. = 0.87) โดยคำถามด้านท่านรับประทานผัก อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.69, SD. = 0.51) รองลงมาเป็นด้านท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.68, SD. = 0.50) ด้านท่านรับประทานผลไม้ (Mean = 3.42, SD. = 0.65) ด้านท่านจะเลือกรับประทานอาหารปลอดสารพิษ (Mean = 2.66, SD. = 0.80) และด้านท่านรับประทานอาหารรสจัด น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.33, SD. = 0.78) เนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ที่ยังไม่ค่อยมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มากมาย โดยดูได้จากการที่ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับมาก การที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ไม่มีโรคแทรกซ้อนได้เป็นส่วนใหญ่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารก็เป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย[17] การรับประทานตามแผนการรับประทานอาหารของ DASH คือ การรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ที่ให้แมกนีเซียม และโฟแทสเซียมสูง นม ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ แต่ให้แคลเซียมสูง การรับประทานอาหารที่มีเส้นใย อาหารไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน มีผลทำให้น้ำหนักลดลง สามารถลดระดับความดันโลหิตได้[18]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด และด้านโภชนาการ ควรใช้ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อใช้ในการออกแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสม ในพื้นที่เทศบาลนครอุบลราชธานี ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้ามาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาวิจัยในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้นควรมีศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละพื้นที่ เพราะแต่ละพื้นที่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ตามบริบท เพื่อให้ได้ข้อมูลนำเข้าที่สามารถนำไปใช้ และสามารถวางแผนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยนำข้อมูลนำเข้าจากผลการศึกษามาออกแบบการวางแผนการให้บริการต่อไป

References

1. World Health Organization. Hypertension[Internet]. 2013. [cited2019 Jul 8]. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.
2. World Health Organization. Hypertension[Internet]. 2019. [cited2019 Jul 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
3. Prasert A. Common health problems in the elderly and prevention. Bangkok: Union Cleation; 2011.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Elderly 2557 B.E[Internet]. 2019. [cited2019 Jul 8]. Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/16057/19114.pdf.
5. Survey of Thai public health by physical examination No. 5 2014. [Internet]. 2019. [cited2019 Jul 8]. Available from: https://thaitgri.org/?p=37869.
6. Medical Record and Statistics unit, Sappasitthiprasong Hospital. Information for the Elderly with High Blood Pressure ; 2012.
7. Bunwong P, Bamraraj S. Knowledge and self-care practice of patients about high blood pressure who was admitted to the clinic health promotion hospital, Na An Sub district, Loei province. Journal of Community Health Development Khon Kaen University 2015;3(3):377-93. (in Thai)
8. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange ; 1996.
9. Ubon Ratchathani Provincial Health Office. Report of causes of illness by outpatient disease Strategy Division, Health database Ministry of Public Health (HDC Datacenter), [Internet]. 2015. [cited2019 Jul 8]. Available http://www.phoubon.in.th/data/ data59/healthstatus_59.pdf.
10. Thai Hypertension Society. 2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension. 1st ed. Chang Mai: Tri Ting; 2019.
11. Sombateyotha K, Yoosuk W, Turnbol N. Health behavior and quality of life of the elderly in Chiangyuen district, Mahasarakham province. Health Behavior and Quality of Life of the Elderly in Chiangyuen District, Mahasarakham Province 2018;38(1):47-59.

12. Intana J, Chaiyoyingyong S, Wangyara N, Komtana P, Sriyotin B. Self-health care behaviours of elderly with hypertension study in Watpleng district, Ratchaburi province. Chalerm Kanchana Journal 2016;3(2):15-28.
13. Ministry of Social Development and Human Security. National Plan for Older Persons No. 2, Revision 1, 2009. Bangkok: Tappenvanit; 2010.
14. Thammikawon S, Krishanajuda S. Isan culture and elderly health care. 1st ed. Ubon Ratchathani: Ubon Rajathanathan University Press: 2018.
15. Kavinkia S. Physical Exercise Behaviors of Elderly People Sermngam District, Lampang Provice. Ph.D. In Social Sciences Journal, [Internet].2019[cited2019Jul8], 161-73. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/phdssj/article/view/85194.
16. Wrongsason A, Buopanpon N. Factors affecting caused stress of the elderly in Bamg Phlat District, Bankok. Humanities and Social Science Research Promotion Network Journal[Internet]. 2019[cited2019Jul8]:1082-1090.Available form https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/747/rmutrconth_101.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. Thai Hypertension Society. 2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension.1st ed. Chang Mai: Tri Ting; 2019.
18. Bazzano AL, Green T, Harrison NT, Reynolds K. Dietary approaches to prevent hypertension [Internet].2013[cited2019Jul8]:15(6):694–702.

บทความวิจัย

ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ

Mental Health and Related Factors among Older Adults

Received: Jun 12, 2020
Revised: Sep 1, 2020
Accepted: Sep 9, 2020

สุนิสา ค้าขึ้น พย.ม. (Sunisa Khakhuen, M.N.S.)[1]
หฤทัย กงมหา พย.ม. (Haruethai Kongmaha, M.N.S.)[2]
วิจิตร แผ่นทอง ปร.ด. (Wichitr Phantong, Ph.D.)[3]
ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ Ph.D. (Prangthip Thasanoh Elter, Ph.D.)[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ เท่ากับ .67 และ 1.00 และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติทดสอบไคว์สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.75) มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ ผลรวมคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 51.16 คะแนน (SD. = 5.85) พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลที่ $p < .05$ ได้แก่ ระดับการศึกษา (χ^2=17.19) ความเพียงพอของรายได้ (χ^2 = 36.50) อาชีพ (χ^2 = 19.86) การประกันสุขภาพ (χ^2 = 14.85) โรคประจำตัว (χ^2 = 6.71) และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน (χ^2 = 5.80) สรุปได้ว่าปัจจัยด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสุขภาพการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน จึงควรออกแบบโปรแกรมสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมทั้งสามประการก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้มีความพร้อมในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, ปัจจัยด้านสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

[1]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา Email: sunisa@knc.ac.th

[2,4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา Email: [2]haruthai@knc.ac.th, [4]prangthip@knc.ac.th

[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี Email: phantong.wp@hotmail.com

[1,2,4] Boromarajonani College of nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

[3]Boromarajonani College of nursing, Udonthani, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

This descriptive research aimed to explore mental health of older adults and to examine relationship between personal factors and mental health of older adults living in Nakhon Ratchasima province. Four hundred participants were recruited using multi-stage sampling. The sample size was determined using Krejcie and Morgan formula. Data were collected using a demographic form and Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15). The demographic form had been validated by three experts in gerontology. Its index of item-objective congruence was .67 and 1.00. The T-GMHA-15 was tested for its reliability and established Cronbach's alpha coefficient to be .92. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient, and Chi-square test.

The research results revealed that most older adults (57.75%) had mental health scores better than average. The total score was 51.61 (SD = 5.85). The mental health related to personal factors at $p < .05$ including educational level (χ^2=17.194), enough income (χ^2 = 36.50), occupation (χ^2 = 19.86), health insurance (χ^2 = 14.85), illness (χ^2 = 6.71), and having falls in the past six months (χ^2 = 5.80). In sum, factors associated with mental, physical, and financial health in older adults are related. Programs raising awareness and readiness covering those three issues should be developed for young adults, so they are prepared to cope with those when older.

Keyword: mental health, mental health factors, older adults

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชาคมอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2561 โดยประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 17.60)[1] และจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มเป็นร้อยละ 17.99 ของประชากรทั้งหมด[2] ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และเพิ่มการพึ่งพาสมาชิกอื่นในครอบครัว[3] จากการศึกษาของ Suksai, Nanthamongkolchai, Pitikultang, Munsawaengsub และ Taechaboonsermsak พบว่า ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือหากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจะส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี แต่หากมีปัญหาสุขภาพกาย เช่น มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษา จะส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี เกิดความเครียด เป็นคนที่ไม่มีความสุข[4] นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะมีความกลัวการหกล้มซ้ำ จึงมีความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงลดการทำกิจวัตรประจำวันลง กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตหรือเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้[3] จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก พบว่าความผิดปกติทางจิตและระบบประสาทที่พบมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7.00) รองลงมา คือ ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 5.00) และความวิตกกังวล (ร้อยละ 3.80)[5] สำหรับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะ

สมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ[6]

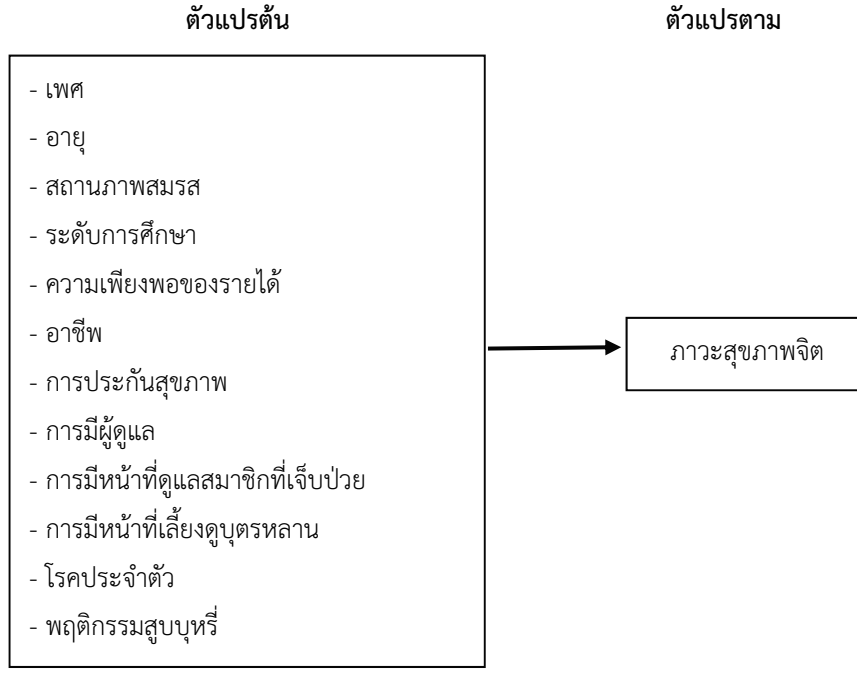
ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐานะ การประกันสุขภาพ และวิถีชีวิต โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศหญิง[7] ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตดีขึ้น[8] ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ[7] และผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงและน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ[9] ด้านเศรษฐานะพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ[10] ผู้ที่ทำงานจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และผู้ที่อยู่ในกลุ่มรวยที่สุดจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มจนที่สุด ทั้งนี้การมีรายได้ลดลงหรือการต้องอาศัยเงินจากบุตรหลาน ทำให้ความภาคภูมิใจลดลง ส่งผลให้สุขภาพจิตเสื่อมลงได้[8] ด้านการประกันสุขภาพพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลทางด้านการเงินได้[9] ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการหรือได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลจากภาครัฐจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากภาคเอกชน[9] การมีวิถีชีวิตที่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อสุขภาพจิตเช่นกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์[11] และเมื่อรู้สึกเครียดคนจะดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากกว่าปกติ[12]

การเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากลักษณะครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การที่คู่แต่งงานใหม่แยกครอบครัวเร็วขึ้น หรือการเสียชีวิตของคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียวจำนวนร้อยละ 9.00 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสจำนวนร้อยละ 19.00[13] การขาดคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดภาวะซึมเศร้าได้[14] ส่วนผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่าและแยกทาง[8] ในสังคมชนบทพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้เลี้ยงดูหลานที่พ่อแม่ไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ต้องรับผิดชอบดูแลเด็กที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ ในขณะที่ตนเองก็ต้องการการดูแลเช่นเดียวกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุอยู่คนเดียวโดยไม่มีบุตรหลานหรือคู่สมรสอยู่ใกล้ชิดก็อาจรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคุณค่าและขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจนเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน[13]

จังหวัดนครราชสีมามีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย ทำให้ต้องเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนประชากรสูงอายุร้อยละ 19.07 ของประชากรทั้งจังหวัด[15] จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างแกนนำชมรมผู้สูงอายุ[16] พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.30) มีสุขภาพจิตเท่าคนทั่วไป รองลงมาคือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 37.00) ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีเพียงร้อยละ 14.70 อย่างไรก็ตามการศึกษาสุขภาพจิตที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาเฉพาะลักษณะกลุ่มของผู้สูงอายุในบางพื้นที่เท่านั้น ยังไม่มีรายงานการศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งจังหวัดซึ่งมีความจำเป็นเพราะจังหวัดนครราชสีมามีขนาดใหญ่ มีการกระจายประชากรที่แตกต่างกัน และเป็นสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต หรือป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากถึงประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งจังหวัด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน มีผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และได้ทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยคาดว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยการใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan[17] จากจำนวนประชากร 435,347 คน กำหนดความแปรปรวนของประชากรเท่ากับ .50 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน กำหนดเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ตอบแบบสอบถามได้ มีสติสัมปชัญญะดี และไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยในระหว่างการตอบแบบสอบถามจะถูกคัดออกจากการวิจัย การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) จังหวัดนครราชสีมาแบ่งการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ โดยจัดกลุ่มเป็น 5 ระดับชั้นตามการปกครองส่วนภูมิภาค คือ ระดับชั้นพิเศษ (อำเภอเมืองนครราชสีมา) และระดับชั้นที่ 1-4 ผู้วิจัยสุ่มเลือกอำเภอจากระดับชั้นละ 2 อำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ยกเว้นระดับชั้นพิเศษกำหนดให้ได้รับการเลือกโดยอัตโนมัติ ได้ทั้งหมด 9 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือก 1 ตำบลจากทุกอำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้

จำนวนตำบลตัวอย่าง 9 ตำบล จากนั้นสุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างจำแนกตามหมู่บ้านอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (system sampling) ได้จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง 44-45 คนต่อตำบล รวมผู้สูงอายุตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน อาชีพ การประกันสุขภาพ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย หน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุรา ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดย Mongkol และคณะ[18] ใช้ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด ประสบการณ์ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ข้อ 1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ข้อ 7 ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน เป็นต้น แบบประเมินจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ15 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน มาก เท่ากับ 3 คะแนน เล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เลย เท่ากับ 1 คะแนน และกลุ่มที่ 2 เป็นข้อคำถามทางลบ ได้แก่ข้อ 3, 4 และ 5 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน มาก เท่ากับ 2 คะแนน เล็กน้อย เท่ากับ 3 คะแนน และไม่เลย เท่ากับ 4 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนสุขภาพจิตสามารถแบ่งออก 3 ระดับ ได้แก่ 1) 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 2) 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 3) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ (Index of item-objective congruence) ได้เท่ากับ .67 และ 1.00 ส่วนแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา COA No. 006/2562 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดสำคัญของโครงการวิจัย แจ้งสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม ผู้วิจัยได้จัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อให้สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือในการอ่านข้อคำถาม สามารถแจ้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้อ่านแบบสอบถามให้ได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. รับสมัครผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 10 คน ผู้ช่วย

วิจัยเป็นผู้ที่ทำงานในพื้นที่บริการสุขภาพซึ่งเป็นชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีสัมพันธภาพแบบไว้วางใจต่อกันในระดับหนึ่ง

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงรายละเอียดโครงการ พอสังเขป อธิบายลักษณะของเครื่องมือ ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วให้ทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับผู้วิจัยและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่เก็บโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เท่ากับ 1 และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยก่อนและในระหว่างการเก็บข้อมูล และให้สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. ก่อนการเก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้สูงอายุ โดยการแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจง และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ หากผู้สูงอายุสมัครใจจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมด้านการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการลงนามแสดงความยินยอม

4. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลทีละคนในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้รับบริการท่านอื่นอยู่ใกล้เคียง เพื่อให้สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อคำถามและตอบด้วยตนเอง หากไม่สามารถอ่านข้อคำถามได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจกับบางข้อคำถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกขณะ เมื่อผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จะยืนยันข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างว่าสมัครใจไม่ตอบในข้อคำถามนั้นหรือลืมตอบข้อคำถาม ไม่มีการบังคับให้กลุ่มตัวอย่างต้องตอบให้ครบทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับอายุ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จากการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่ามีการกระจายที่ไม่ปกติและข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังนั้นจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) แทน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับเพศ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล จากการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่ามีการกระจายที่ไม่ปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติไคว์สแควร์แทน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ และการประกันสุขภาพด้วยสถิติไคว์สแควร์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.75) อายุเฉลี่ย 70.39 ปี (SD. = 7.70) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 53.25) คือ อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.25) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.75) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 48.00) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 50.50) ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ โดยส่วนมากเป็นสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 86.50) มีบุตรเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 65.20) ไม่มีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (ร้อยละ 77.25) หรือเลี้ยงดูบุตรหลาน (ร้อยละ 59.25) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.00) ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.75) หรือดื่มสุรา (ร้อยละ 90.25) และไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 90.00)

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ (ร้อยละ 57.75) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับภาวะสุขภาพจิต จำแนกตามภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (N = 400)

ตัวแปร	ระดับภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ผลรวมคะแนนสุขภาพจิต (Mean= 51.16, SD. = 5.85)			
สุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ	51-60	231	57.75
สุขภาพจิตเท่าคนทั่วไป	44-50	136	34.00
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	≤ 43	33	8.25

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ตัวแปร	Spearman Rank Correlation Coefficient (r_s)	p-value
	ภาวะสุขภาพจิต	
อายุ	-.06	.200

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($p > .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ พบว่า ระดับการศึกษา (χ^2 =17.19) ความเพียงพอของรายได้ (χ^2 = 36.50) อาชีพ (χ^2 = 19.86) การประกันสุขภาพ (χ^2 = 14.85) โรคประจำตัว (χ^2 = 6.71) และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน (χ^2 = 5.80) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ $p < .05$ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ $p < .05$ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			รวม n(%)	χ^2	p-value
	สุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ n(%)	สุขภาพจิตดีเท่าคนทั่วไป n(%)	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป n(%)			
เพศ					1.49	.480
ชาย	80(56.74)	52(36.88)	9(6.38)	141(100)		
หญิง	151(58.30)	84(32.43)	24(9.27)	259(100)		
สถานภาพสมรส					5.47	.440[a]
โสด	12(46.15)	12(46.15)	2(7.70)	26(100)		
สมรสคู่	147(59.04)	84(33.73)	18(7.23)	249(100)		
หม้าย	65(55.56)	39(33.33)	13(11.11)	117(100)		
หย่าร้าง/ แยก	7(87.50)	1(12.50)	0(0.00)	8(100)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			รวม n(%)	χ^2	p-value
	สุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ n(%)	สุขภาพจิตดีเท่าคนทั่วไป n(%)	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป n(%)			
ระดับการศึกษา					17.19	.01[a*]
ไม่ได้รับการศึกษา	1(25.00)	2(50.00)	1(25.00)	4(100)		
ประถมศึกษา	191(55.04)	126(36.31)	30(8.65)	347(100)		
มัธยมศึกษา	12(66.67)	4(22.22)	2(11.11)	18(100)		
อนุปริญญา	5(71.43)	2(28.57)	0(0.00)	7(100)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	22(91.67)	2(8.33)	0(0.00)	24(100)		
ความเพียงพอของรายได้					36.50	<.001*
ไม่เพียงพอ	34(40.00)	39(45.88)	12(14.12)	85(100)		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	102(53.13)	78(40.63)	12(6.24)	192(100)		
เพียงพอเหลือเก็บ	95(77.24)	19(15.45)	9(7.31)	123(100)		
อาชีพ					19.86	.02[a*]
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88(59.46)	47(31.76)	13(8.78)	148(100)		
ข้าราชการบำนาญ	20(95.24)	1(4.76)	0(0.00)	21(100)		
ค้าขาย	7(50.00)	5(35.71)	2(14.29)	14(100)		
เกษตรกรรม	109(53.96)	75(37.13)	18(8.91)	202(100)		
รับจ้าง	6(42.86)	8(57.14)	0(0.00)	14(100)		
ธุรกิจส่วนตัว	1(100)	0(0.00)	0(0.00)	1(100)		
การประกันสุขภาพ					14.85	<.001[a*]
บัตรทอง	187(54.05)	127(36.71)	32(9.24)	346(100)		
สวัสดิการข้าราชการ	42(80.77)	9(17.31)	1(1.92)	52(100)		
ประกันสุขภาพ						
เอกชน	2(100)	0(0.00)	0(0.00)	2(100)		
การมีผู้ดูแล					2.10	.35
มี	196(57.31)	120(35.09)	26(7.60)	(100)		
ไม่มี	35(60.34)	16(27.59)	7(12.07)	58(100)		
การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย					.59	.74
มี	50(54.95)	32(35.16)	9(9.89)	91(100)		
ไม่มี	181(58.58)	104(33.66)	24(7.76)	309(100)		
การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน					5.61	.06
มี	96(58.90)	48(29.45)	19(11.65)	163(100)		
ไม่มี	135(56.96)	88(37.13)	14(5.91)	237(100)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต					
	สุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ n(%)	สุขภาพจิตดีเท่าคนทั่วไป n(%)	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป n(%)	รวม n(%)	χ^2	p-value
โรคประจำตัว					6.71	.040*
มี	131(52.82)	93(37.50)	24(9.68)	248(100)		
ไม่มี	100(65.79)	43(28.29)	9(5.92)	152(100)		
พฤติกรรมสูบบุหรี่					1.67	.430
สูบบุหรี่	23(62.16)	13(35.14)	1(2.70)	37(100)		
ไม่สูบบุหรี่	208(57.30)	123(33.88)	32(8.82)	363(100)		
พฤติกรรมดื่มสุรา					.95	.620
ดื่มสุรา	25(64.10)	12(30.77)	2(5.13)	39(100)		
ไม่ดื่มสุรา	206(57.06)	124(34.35)	31(8.59)	361(100)		
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน					5.80	.050*
หกล้ม	30(75.00)	9(22.50)	1(2.50)	40(100)		
ไม่เคยหกล้ม	201(55.83)	127(35.28)	32(8.89)	360(100)		

หมายเหตุ: [a] Fisher's exact test *p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ อาจจะเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangchinda, Sritarapipat, Injeen และ Manfak ที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง[19] นอกจากนี้ผู้สูงอายุในวัยนี้จะเริ่มหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การศึกษาธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือไปวัดทำบุญ โดยเชื่อว่าจะทำให้จิตใจสงบ มั่นคง เข้มแข็งและไม่เครียด มีการฝึกตนให้รู้จักรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น หรือหาวิธีผ่อนคลายจิตใจอื่น ๆ เช่น การปลูกต้นไม้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข[20] นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นพื้นที่ที่มีชมรมผู้สูงอายุ และ/หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงมีโอกาสเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าด้านจิตใจ จะช่วยให้คลายเหงา จิตใจกระชุ่มกระชวย สดชื่น รู้สึกภาคภูมิใจและตระหนักในคุณค่า ความสามารถของตนเอง มีมุมมองเชิงบวกต่อตนเอง[21]

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ระดับการศึกษา การประกันสุขภาพ

ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน และอาชีพ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต นั่นคือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายไม่มาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ถึงแม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ยังสามารถควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ ไม่มีอาการกำเริบรวมถึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง[4] ที่พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต หากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะความเจ็บป่วยทางกาย สามารถพึ่งพาตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี[4] สอดคล้องกับการศึกษาของ Gray, Kramanon และ Sangkla ที่พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุมาจากการที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน[22]

ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน เนื่องจากการหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่คาดเดาไม่ได้ สามารถส่งผลให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงได้ นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Opasanant ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะกลัวการหกล้มซ้ำ เกิดความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงลดการทำกิจวัตรประจำวันลง กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตหรือเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้[3]

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตกับระดับการศึกษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของสุขภาพร่างกายและสุขภาพการเงิน ได้แก่ การประกันสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ และอาชีพ ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตกับระดับการศึกษา อธิบายได้ว่าการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ[8] สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattra, Pattra และ Chusak[7] ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ[9] นั่นคือผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลง และน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เนื่องจากการศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนความสัมพันธ์กับการประกันสุขภาพนั้น อธิบายได้ว่า การมีประกันสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุสบายใจและมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การประกันสุขภาพช่วยลดความวิตกกังวลทางด้านการเงินได้[8] ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุทุกคนมีหลักประกันสุขภาพจากภาครัฐ โดยส่วนใหญ่ เป็นสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 86.50) แสดงให้เห็นถึงระบบการดูแลสุขภาพจากภาครัฐที่ครอบคลุม ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ส่งผลให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดความมั่นใจ สบายใจ คลายความวิตกกังวล ป้องกันภาวะเสี่ยงของปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อีกด้วย

ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต รู้สึกมั่นคงในชีวิต จึงส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดน้อยลง[9,23] และผู้สูงอายุที่ยากจนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ยากจนจนถึง 1.5 เท่า หากมีปัญหาด้านการเงิน จะส่งผลให้เกิดความเครียดและกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิต[9] อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน โดยผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพจะมีสุขภาพจิตดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ[8] พบว่า การทำงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน เพราะว่าการทำงานเป็นสิ่งที่สร้างความรู้สึกมีคุณค่า และสะท้อนว่ายังพึ่งพาตนเองได้ จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย[24]

อย่างไรก็ตามการค้นพบความสัมพันธ์ของภาวะ

สุขภาพจิตกับโรคประจำตัว ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และอาชีพ ในการศึกษานี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Chaisang ที่พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้ ไม่สามารถพยากรณ์สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในชายแดนภาคใต้ได้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากความแตกต่างกันด้านบริบททางสังคม เศรษฐานะ ศาสนา วัฒนธรรมและอื่น ๆ ของประชากรสูงอายุภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[25]

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมสูบบุหรี่ และพฤติกรรมดื่มสุราซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ อายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chaisang ที่พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยไม่สามารถพยากรณ์สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชายแดนใต้ได้ อาจเนื่องมาจากสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่เกี่ยวกับเพศ[25] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้[23] ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต จึงมีทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง[26] สอดคล้องกับการศึกษาของ Boontoch และ Nuntaboot ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งหนึ่งในสี่ของลักษณะสุขภาพจิตที่ดี พบว่า การปรับตัวได้ไวเป็นความเข้มแข็งทางจิตใจที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสีย การปรับเปลี่ยนบทบาท สถานะสุขภาพที่เสื่อมถอยตามวัย หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา[24] อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น[11]

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานหรือญาติพี่น้อง และอยู่ในสังคมที่ใกล้ชิดเกื้อหนุนกัน ทำให้ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง แม้จะสถานภาพสมรสเป็นโสด หม้าย หรือหย่า/แยกทางก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี[8] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่ครองและบุตรหลานดูแลและรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมคอยช่วยเหลือประคับประคอง จึงรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อบอุ่นใจ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย[9] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่สมรส และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด ปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ไม่มีผู้ดูแลนั้นเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 14.50) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร่างกายยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก สามารถดูแลตนเองได้ จึงยังไม่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพจิต และแม้ว่าจะมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยหรือมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลานก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตเช่นกัน เพราะมีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ได้รับหน้าที่รับผิดชอบนั้น และด้วยการเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ร่างกายยังแข็งแรงดังกล่าว จึงสามารถช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวและเลี้ยงบุตรหลานได้โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระจนส่งผลต่อสุขภาพจิต

พฤติกรรมสูบบุหรี่และพฤติกรรมดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเมืองเวียดนาม[27] พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ และในทางกลับกัน การศึกษาของ Seangpraw, Auttama, Kumar, Somrongthong, Tonchoy และ Panta พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์[11]

ข้อจำกัดการวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลเฉพาะจังหวัดนครราชสีมา แม้จะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอนแต่กลุ่มตัวอย่างที่ได้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งอาจส่งผลให้ผลการวิจัยไม่สามารถใช้อ้างอิงภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ได้อย่างชัดเจน และไม่

ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีความพิการ

นักวิจัยได้เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพจิตจากการรายงานตนเองของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว คำตอบที่ได้อาจไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล

1.1 ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพการเงิน สำหรับวัยผู้ใหญ่เพื่อให้มีความพร้อมในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2 จัดระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับครอบครัวและชุมชน เช่น ลดภาระในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถไปมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือกิจกรรมทางศาสนาได้

2. ด้านการศึกษา

ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและเปิดโอกาสทางการศึกษาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ส่งเสริมการเปิดการเรียนการสอนโรงเรียนผู้สูงอายุหรือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตในกลุ่มอายุต่าง ๆ ในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ขนาดเล็ก หรือเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล หรือแต่ละภูมิภาค เพื่อหาความแตกต่างของภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านการหกล้ม โรคประจำตัว เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมชน

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2018 [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://thaitgri.org/ (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thailandometers [internet]. 2020 [cited 2020 March 20]. Available from: http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/ (in Thai)
3. Opasanant P. Elderly nursing in the 21st century. 2nd ed. Phayao: Textbook Project Faculty of Nursing University of Phayao; 2016. (in Thai)
4. Suksai P, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S, Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P. Factors influencing mental health of the elderly in Urban Area, Ratchaburi Province. JHS 2018;27(5):809-18. (in Thai)
5. World Health Organization (WHO). Mental health of older adults [internet]. 2017 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
6. Department of Mental Health. Department of Mental Health Strategic Plan During the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) [internet]. 2017 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://www.plan.dmh.go.th/ (in Thai)

7. Pattra S, Pattra M, Chusak T. The mental health of elderly in Chaiyaphum province case study: Naphai sub-district, Muang Chaiyaphum district, Chaiyaphum province. VRU Research and Development Journal Science and Technology 2019,14(2):88-101. (in Thai)
8. Gray R, Thongcharoenchupong N. Thai Population Journal. Determinants of mental health among older persons. 2012; 3(2): 45-63. (in Thai)
9. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. Thai Population Journal 2012;3(2):87-109. (in Thai)
10. Silpakit P, Kittirattanapaiboon P. Social determinants of mental health. 1st ed. Chiang Mai: wanidapress; 2017. (in Thai)
11. Seangpraw K, Auttama N, Kumar R, Somrongthong R, Tonchoy P, Panta P. Stress and associated risk factors among the elderly: a cross-sectional study from rural area of Thailand (version 2; peer review: 2 approved). F1000Research 2019,8:1-14.
12. Mental Health Foundation. Smoking and mental health [internet]. 2016 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/smoking-and-mental-health
13. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). The situation of the elderly in Thailand, year 2015 [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://thaitgri.org/ (in Thai)
14. Sornsomphan R. Capabilities promote to prevent depression in the elderly, Khon Buridistrict, Nakhon Ratchasima province. Journal Korat 2018;4(1):77-89. (in Thai)
15. Nakhon Ratchasima Provincial Statistical Office. Situation of the elderly in Nakhon Ratchasima Province, year 2017 [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: http://nkrat.nso.go.th/ (in Thai)
16. Chaidachatorn S, Thipsungnoen T, Kaewprom K. Mental health status among the elder persons in Nakhon Ratchasima Province. JBCNM 2015;21(1):31-40. (in Thai)
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
18. Mongkol A, Tangseree T, Udomrat P, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chutha W, et al. The Development and Testing of Thai Mental Health Indicator Version 2007 [internet]. 2009 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://www.dmh.go.th/ (in Thai)
19. Duangchinda A, Sritarapipat P, Injeen J, Manfak P. Factors Related to the Activities of Daily Living and Quality of Life among Thai Elderly in Chai Nat Province. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):60-73. (in Thai)
20. Vongverapant M. Mental health promotion for best practice communities' elderly in Chiang Mai province. J Clin Psychol 2016;47(1):38-47. (in Thai)
21. Prakhuviratdrammachot, Bunrit S, Songsab P. School of elders : Well-being system management and benefits in the schools in case of the South of Thailand. JMND 2019;6(3):1339-62. (in Thai)

22. Gray R, Kramanon R, Sangkla J. Happiness diversity among older people in different cultures. In: Population and Social Diversity in Thailand 2015; Proceeding of the 11th Population and Social Diversity in Thailand Conference; 2015 Jul 1; Bangkok. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2015. p. 253-68. (in Thai)
23. Parayat C, Kangchai W, Somanusorn S. Predictive factors of resilience among elderly. JFONUBUU 2016; 24(2):97-106. (in Thai)
24. Boontoch K, Nuntaboot K. Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the upper north region of Thailand. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62(3):257-70. (in Thai)
25. Chaisang U. Factors affecting psychological well–being of the elderly in the southern border provinces [internet]. 2018 [cited 2019 Dec 15]. Available from: http://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2019/proceeding/156653420875129700 8870.pdf (in Thai)
26. MacLeod S, Musich, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The Impact of Resilience Among Older Adults. Geriatric Nursing 2016;37:266-72.
27. Dao An TM, Nguyen VT, Nguyen HV, Nguyen Lien TK. Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. BioMed Research International [internet]. 2018 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6286754/df/BMRI2018-2370284.pdf

บทความวิจัย

ผลของการใช้การเรียนโครงงานเป็นฐานเพื่อสร้างนวัตกรรมต่อการพัฒนาสมรรถนะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of Project Based-Learning to Create Innovation for Developing of Reflective Thinking Ability of Nursing Students

Received: Jun 17, 2020
Revised: Sep 8, 2020
Accepted: Sep 14, 2020

เกษร สุวิทยะศิริ ศศ.ม. (Kesorn Suvithayasiri , M.A.)[1]
นันธิดา วัดยิ้ม พย.ม. (Nuntida Wadyim, M.N.S.)[2]
ศศิธร เตชะมวลไววิทย์ พย.ม. (Sasithorn Techamuanwaiwit, M.N.S.)[3]
สุพางค์พรรณ พาดกลาง พย.ม. (Supangpan Padklang, M.N.S.)[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้การเรียนโครงงานเป็นฐานเพื่อสร้างนวัตกรรมต่อการพัฒนาสมรรถนะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 64 คน โดยใช้ห้องเรียนเป็นหน่วยสุ่ม กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน ขั้นกระตุ้นความสนใจ ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ ขั้นแสวงหาความรู้ ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ และขั้นนำเสนอผลงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ต่อการสะท้อนคิด แบบประเมินทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และแบบประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80, 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t- test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่า การเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานเพื่อสร้างนวัตกรรมสามารถส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการสะท้อนคิด โดยคาดหวังว่าการสะท้อนคิดที่เกิดขึ้นจะช่วยให้นักศึกษาที่จะเป็นพยาบาลในอนาคตมีการคิดวิจารณญาณที่ดี มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้นและสามารถนำไปปรับใช้ในรายวิชาอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: กระบวนการเรียนรู้, โครงงานเป็นฐาน, พฤติกรรมการสะท้อนคิด

[1,3,4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: [1]kesorn.s@bcn.ac.th, [3]sasithorntecha@gmail.com, [4]supangpan.p@bcn.ac.th

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: nunthida.w@bcn.ac.th.

Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

This quasi-experiment research aimed to analyze effects of project based-learning to create innovation for developing of reflective thinking ability of nursing student. The samples were 64 of the 3rd. year nursing student in academic year 2019 of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, registered for Maternal and Newborn Nursing and Midwifery I course. Sixty-four nursing students were randomly selected and divided into two groups: the experiment group and the control group. The instruments were used in the study consisting of the project based-learning lesson plan comprised of 6 steps: Step1 Synthesis of basic information, Step2 Stimulate interest, Step3 Group cooperation, Step4 Seeking for knowledge, Step5 Conclusion, and Step6 Presentation. The instruments of collecting data were a knowledge assessment for reflective thinking questionnaire, an attitude assessment for reflective thinking questionnaire and reflective thinking's behavior questionnaire with the reliability of 0.80, 0.79 and 0.81, respectively. Data collection period was 12 weeks. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t- test and Independent T-test

The results of the study showed that after nursing students were taught by using the project based learning; the experiment group had statistically significant higher knowledge, attitude, and reflection thinking's behavior scores than those before taught ($p< .05$). In conclusion, being in the project based-learning to create innovation can be used in developing the reflective thinking ability of nursing student. The benefits of this project also assist nursing students to be a better critical thinker and have ability to make an appropriate decision in clinical nursing practice, that will improve the quality of patient care. Therefore, the project-based learning should be proceeding in other academic nursing courses.

Keywords: learning process, project based learning, reflection thinking's behaviors

บทนำ

เป็นที่ยอมรับกันว่าวิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องใช้ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลสถานการณ์ ที่ต้องอาศัยศิลปะในการประยุกต์องค์ความรู้เพื่อปฏิบัติต่อบุคคลอย่างถูกต้องเหมาะสม การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จึงจำเป็นต้องใช้กลวิธีการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และสามารถพัฒนากระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จากการศึกษาพบว่าการสะท้อนคิด (reflection) เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงไปสู่ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้ ดังที่ Alfaro[1] กล่าวว่าวิธีการสะท้อนคิดทำให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพราะการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการที่มีการตรวจสอบซ้ำในสถานการณ์นั้น ๆ และทำให้บุคคลสามารถแสดงออกในทางที่เหมาะสม กล่าวคือเป็นกระบวนการคิดไตร่ตรอง ทบทวน พินิจพิเคราะห์ และพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบเกี่ยวกับความรู้หรือประสบการณ์ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งในเรื่องนั้น ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ โดยเฉพาะเรื่องราวที่มีความซับซ้อน นำไปสู่การพัฒนาตนเอง ปรับปรุงงานและการแก้ปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[2,3] สอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า การสะท้อนคิด เป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพราะจะช่วยในการจัดลำดับการคิดทำให้มีความละเอียดรอบคอบในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ก่อนการตัดสินใจเชื่อ

และปฏิบัติ[4] และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีพฤติกรรมการสะท้อนคิด มีหลายวิธี เช่น การสอนโดยการเขียนบันทึกการสะท้อนคิดประจำวัน ร่วมกับการตั้งคำถาม[3,5,6] การเขียนแฟ้มสะสมผลงาน การเรียนรู้ด้วยวีดีทัศน์[7,8] การประชุมปรึกษากรณีศึกษา การใช้สถานการณ์เสมือนจริงและกรณีศึกษา[9] ในขณะที่พบว่าตัวแปรตามนอกจากจะวัดพฤติกรรมการสะท้อนคิดในรูปของระดับการสะท้อนคิด[3,9,10] ทัศนคติ และความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการเขียนบันทึกสะท้อนคิด[6] และวัดความรู้ในเนื้อหาแล้ว[9] ยังมีการวัดทักษะในวิชาชีพพยาบาลและทักษะการคิดวิจารณญาณ[5] ซึ่งผลการวิจัย พบว่า สามารถพัฒนาระดับการสะท้อนคิด การคิดวิจารณญาณ และทัศนคติได้เป็นอย่างดี[3,5,6,9,10]

การเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน (Project-Based Learning: PBL) เป็นวิธีการเรียนที่มีมุ่งพัฒนาผู้เรียนให้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ออกแบบการเรียนรู้ และอำนวยความสะดวก (facilitate) ในการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเรียนรู้จากการเรียนแบบลงมือทำ โดยมีประเด็นคำถามอยากรู้เป็นตัวกระตุ้นสร้างแรงบันดาลใจให้อยากเรียน ที่จะนำไปสู่การกระตือรือร้นที่จะสืบค้น รวบรวมความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มาสนับสนุนหรือโต้แย้ง ข้อสมมติฐานคำตอบที่คุ้นเคย พบเจอจากประสบการณ์เดิมใกล้ตัว สร้างเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ แทนของเดิม[11] สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังได้รับการสอน กลุ่มตัวอย่างมีการเชื่อมโยงหลักการทางวิชาการที่ได้เรียนรู้ผ่านมาสู่การปฏิบัติได้ และมีคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดโดยรวม สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10]

จากผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ในปีการศึกษา 2560 พบว่า คะแนนความสามารถในการคิดวิจารณญาณ อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับคะแนนความสามารถด้านอื่น ๆ ประกอบกับภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ได้จัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีการพัฒนานวัตกรรมในวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์มาโดยตลอด ซึ่งที่ผ่านมาผู้สอนจะมอบหมายให้ผู้เรียนไปศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเพื่อพัฒนานวัตกรรม โดยที่ยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน และจากการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า การจัดการเรียนการสอนดังกล่าว ยังไม่สามารถส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความคิดแบบวิจารณญาณเท่าที่ควรและยังนำความรู้มาใช้ในการตัดสินใจในการพยาบาลผู้ป่วยไม่ดีพอ ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจหรือไม่ได้รับการป้อนกลับข้อมูลเมื่อมีการตัดสินใจที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม[12] และเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์มีแบบแผนและชัดเจน สามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการจัดการเรียนการสอนในรูปของโครงงานเป็นฐานผ่านการสร้างนวัตกรรม ซึ่งเป็นทางเลือกอีกทางที่น่าจะช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมการสะท้อนคิด ที่จะเชื่อมโยงไปสู่ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

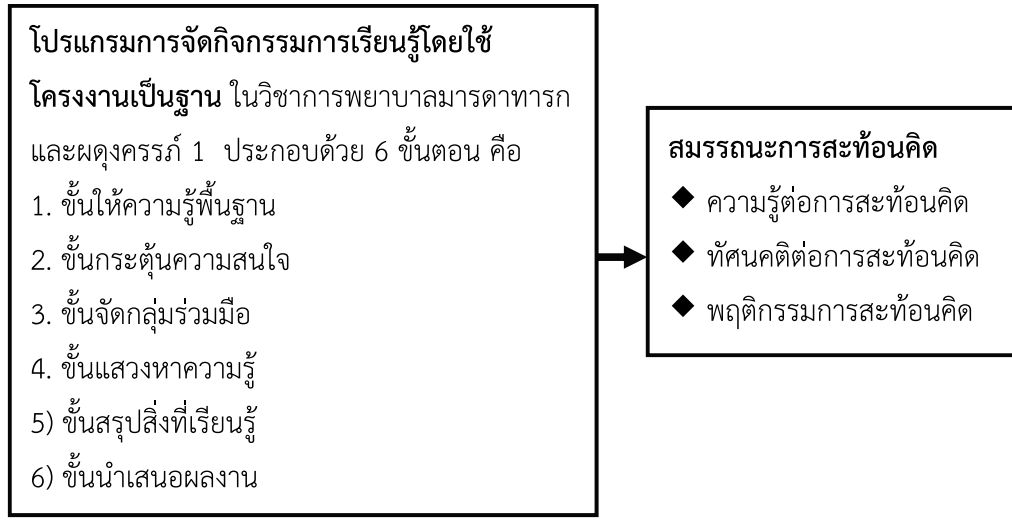
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน (Two-group pretest posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ห้อง เอและห้องบี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 จำนวน 142 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย



กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .08 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.00 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (Drop out) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน โดยใช้ห้องเรียนเป็นหน่วยสุ่ม ได้ห้องบี เป็นกลุ่มทดลอง และห้องเอ เป็นกลุ่มควบคุม สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยจับคู่ระดับเกรดเฉลี่ยสะสม คะแนนความรู้ต่อการสะท้อนคิด คะแนนทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เป็นครั้งแรก 2) ไม่เคยเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานมาก่อน 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ซึ่งเป็นแผนการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยการประยุกต์รูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs[13] และการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน[13-16] ร่วมกับกระบวนการการสร้างและพัฒนานวัตกรรม โดยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผล[17] ซึ่งแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำโครงงานเพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม 2) ขั้นกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน สร้างแรงบันดาลใจร่วมกับนำนวัตกรรมตัวอย่างที่ได้รับรางวัลมานำเสนอ เพื่อดึงดูดให้ผู้เรียนสนใจ ใคร่รู้ 3) ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือระดมความคิด วางแผนงานโครงงานนวัตกรรม จัดทำร่างโครงงานนวัตกรรม 4) ขั้นแสวงหาความรู้ 5) ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ และ 6) ขั้นนำเสนอผลงาน โดยในแต่ละขั้นตอน อาจารย์ประจำกลุ่มจะคอยกระตุ้นให้แต่ละบุคคลแสดงความคิดเห็นพร้อมเหตุผลเพื่อกระตุ้นการสะท้อนคิด ร่วมกับการมอบหมายให้ทำบันทึกการเรียนรู้ที่ได้หลังเสร็จสิ้นการประชุมกลุ่มในแต่ละครั้งเพื่อนำมาอภิปรายกันในกลุ่มในครั้งถัดไป รวมเวลาจัดกระบวนการเรียนรู้ 12 สัปดาห์ โปรแกรมชุดนี้ ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ IOC (Index of Item-Objective Congruence) ตั้งแต่ 0.60-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรู้ต่อการสะท้อนคิด เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการ

สะท้อนคิด การเรียนการสอนที่ส่งเสริมการสะท้อนคิด ขั้นตอนการสะท้อนคิด ทักษะการตั้งคำถามเพื่อการสะท้อนคิด การประเมินผลการสะท้อนคิด ของ Kaewprom[18] มีลักษณะให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

2.2 แบบประเมินทัศนคติการสะท้อนคิด เป็นแบบประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อการสะท้อนคิดเกี่ยวกับคุณประโยชน์ คุณค่า ความสำคัญของเนื้อหาและกิจกรรม ของ Kaewprom[18] ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .89 มีจำนวน 20 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิด เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับกระบวนการคิดพิจารณาเพื่อทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลแล้วนำมาเชื่อมโยงกับความรู้เดิมและประมวลออกมาเป็นความรู้ใหม่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อพบปัญหา หรือสถานการณ์เดิมตามความคิดเห็นและการรับรู้ของบุคคลของ Kaewprom[18] ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .86 มีจำนวน 15 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือทั้ง 3 ชุดไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.60-1.00 และผ่านการทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80, 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ แล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ พร้อมประสานงานกับอาจารย์ประจำกลุ่มและอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย ประสานงานและนัดหมายวันจัดโปรแกรม

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แนะนำการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ กิจกรรม และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามพิทักษ์สิทธิ์ และให้ตอบแบบสอบถามความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด

2. ใช้ห้องเรียนเป็นหน่วยสุ่ม ได้ห้องบี เป็นกลุ่มทดลอง และห้องเอ เป็นกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยจับคู่ระดับ เกรดเฉลี่ยสะสม คะแนนความรู้ต่อการสะท้อนคิด คะแนนทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิด

3. ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ โดยมอบหมายให้ทำนวัตกรรมกลุ่มละ 8 คน จำนวน 4 กลุ่ม ในวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ด้วยตนเอง และเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษากลุ่ม เพื่อรายงานความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่ม ถึงแม้จะอยู่คนละห้องและกำหนดตารางเรียนไม่พร้อมกัน แต่ก็พักอาศัยอยู่ในหอพักเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนได้ เพื่อลดและป้องกันปัจจัยภายนอกจากการถ่ายเทสิ่งทดลองระหว่างกลุ่ม (Contaminate of treatment) ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือกับกลุ่มทดลองให้งดการติดต่อพูดคุยกับกลุ่มควบคุมในประเด็นที่เกี่ยวกับโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้ และจัดให้กลุ่มทดลองอยู่ในห้องที่จัดไว้ให้เฉพาะตลอดระยะเวลาของการจัดโปรแกรมแยกจากกลุ่มควบคุม

4. ดำเนินการให้กลุ่มทดลอง ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในการสร้างนวัตกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

4.1 ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน โดยผู้สอนให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำโครงงานนวัตกรรม และข้อมูลประโยชน์ของการสะท้อนคิด และขั้นตอนการสะท้อนคิดก่อนการเรียนรู้ เนื่องจากการทำโครงงานมีรูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจน ดังนั้นผู้เรียนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโครงงานไว้เป็นพื้นฐานร่วมกับการสร้างนวัตกรรม เพื่อใช้ในการปฏิบัติขณะทำงานโครงงานจริง ในขั้นแสวงหาความรู้

4.2 ขั้นกระตุ้นความสนใจ ผู้สอนเตรียมกิจกรรมที่จะกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน โดยต้องคิดหรือเตรียมกิจกรรมที่ดึงดูดให้เกิดสนใจ ใคร่รู้ ถึงความสนุกสนานในการทำโครงงานหรือกิจกรรมร่วมกัน โดยเปิดวีดีทัศน์แรงบันดาลใจร่วมกับนำนวัตกรรมตัวอย่างที่ได้รับรางวัลมานำเสนอ เพื่อดึงดูดให้ผู้เรียนสนใจ ใคร่รู้ ถึงความท้าทายในการทำโครงงาน

โดยนำนวัตกรรมเดิมมาเป็นสื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยตั้งคำถาม ให้ผู้เรียนร่วมกันระดมสมอง ดังนี้ 1) ถ้านักศึกษาต้องเป็นผู้ทำผลงานชิ้นนี้ นักศึกษาต้องเตรียมการอะไรบ้าง 2) นักศึกษามีความรู้สึกอย่างไรต่อผลงานชิ้นนี้ 3) ผลงานชิ้นนี้ได้มาอย่างไร มีขั้นตอนใดบ้าง มีทางเลือกอื่น ๆ และเหตุผลอื่นใดบ้าง ที่ช่วยพัฒนาผลงานชิ้นนี้ 4) ข้อดีข้อด้อย ของผลงานชิ้นนี้คืออะไร และ 5) การปรับปรุงงานชิ้นนี้ในอนาคต มีแนวทางอะไรบ้าง โดยก่อนมอบหมายให้ผู้เรียน เขียนบันทึกการเรียนรู้ ผู้สอนชี้แจงแนวทางการเขียนบันทึกการสะท้อนคิดอีกครั้ง เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ พร้อมมอบหมายให้ผู้เรียนเขียนบันทึกการเรียนรู้ที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้ส่งท้ายชั่วโมง และทำการประเมินการสะท้อนคิดต่อผลงานนวัตกรรมร่วมกับการประเมินระดับการสะท้อนคิด รอบที่ 1 พร้อมให้ข้อมูลด้านการเมินผลดังกล่าวเพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงระดับการสะท้อนคิดของตนเอง

4.3 ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ ผู้สอนให้ผู้เรียนร่วมกันแสวงหาความรู้ ใช้กระบวนการกลุ่มในการวางแผนดำเนินกิจกรรม โดยจัดกลุ่มละ 8 คน จำนวน 4 กลุ่ม ร่วมกันระดมความคิดและหารือ แบ่งหน้าที่เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ หลังจากที่ได้ทราบหัวข้อนวัตกรรมแล้ว อาจารย์ประจำกลุ่มจะคอยกระตุ้นให้แต่ละบุคคลแสดงความคิดเห็นพร้อมเหตุผล ร่วมกับการมอบหมายให้ทำบันทึกการเรียนรู้ที่ได้หลังเสร็จสิ้นการประชุมกลุ่มในแต่ละครั้งเพื่อนำมาอภิปรายกันในกลุ่มในครั้งถัดไป

4.4 ขั้นแสวงหาความรู้ โดยให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติกิจกรรมโครงงานนวัตกรรม ตามหัวข้อที่กลุ่มสนใจปฏิบัติหน้าที่ของตนตามข้อตกลงของกลุ่ม พร้อมทั้งร่วมมือกันปฏิบัติกิจกรรม โดยขอคำปรึกษาจากผู้สอนเป็นระยะเมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาเกิดขึ้น ผู้เรียนร่วมกันเขียนรูปเล่ม สรุปรายงานจากโครงงานนวัตกรรมที่ปฏิบัติ

4.5 ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนสรุปสิ่งที่เรียนรู้จากการทำกิจกรรม โดยผู้สอนใช้คำถาม นำไปสู่การสรุปสิ่งที่เรียนรู้ ในประเด็นของข้อดีข้อด้อยของผลงานที่ได้ทำคืออะไร และการปรับปรุงงานชิ้นนี้ในอนาคต มีแนวทางอะไรบ้าง และทำการประเมินการสะท้อนคิดต่อผลงานนวัตกรรมร่วมกับการประเมินระดับการสะท้อนคิด รอบที่ 2 พร้อมให้ข้อมูลด้านการประเมินผลดังกล่าว เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงระดับการสะท้อนคิดของตนเองและความก้าวหน้าของการสะท้อนคิดของแต่ละคน

4.6 ขั้นนำเสนอผลงาน มอบหมายให้ผู้เรียนนำเสนอนวัตกรรมและผลการเรียนรู้ เพื่อให้เพื่อนทั้งหมด ได้ชมผลงานและเรียนรู้กิจกรรมที่ปฏิบัติในการทำโครงงานนวัตกรรม ซึ่งในแต่ละขั้นตอน ผู้สอนจะเน้นให้เกิดการสะท้อนคิด พร้อมเสริมแรงโดยการให้รางวัล แก่กลุ่มที่มีผลงานนวัตกรรมดีเด่น

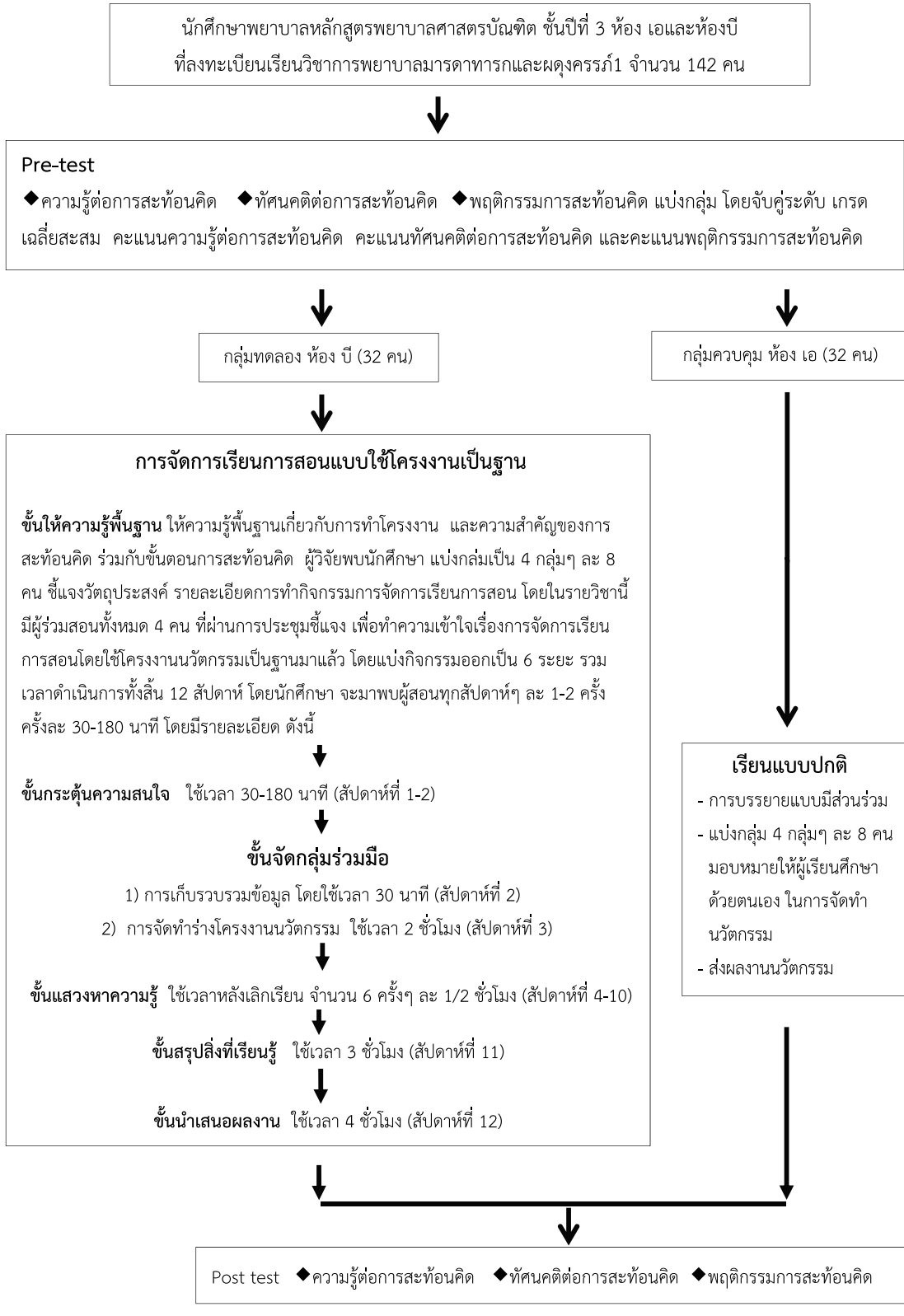
4.7 หลังโปรแกรมเสร็จสิ้น ให้ทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบสอบถามความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด

5. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ 10 /2561 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการอธิบายถึง วัตถุประสงค์ของการทำวิจัยอย่างชัดเจน และได้รับการบอกกล่าวถึงการมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อนักศึกษา ข้อมูลจะถูกรวบรวมและเก็บเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัย กลุ่มควบคุม จะได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการสะท้อนคิดเพื่อให้เท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง โดยคณะผู้วิจัยได้เพิ่มเวลาโดยจัดเวทีนำเสนอผลงานนวัตกรรมอีกครั้งเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ให้กลุ่มควบคุมได้มีการนำเสนอผลงานนวัตกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและคณะผู้วิจัยเน้นการให้คำถาม ร่วมกับการมอบหมายให้ทำบันทึกการเรียนรู้ที่ได้หลังเสร็จสิ้นการนำเสนอร่วมกับประเมินการสะท้อนคิดต่อผลงานนวัตกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง พร้อมตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มควบคุมมีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบการแจกแจงคะแนนตัวแปรทั้ง 3 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ เปรียบเทียบ

แผนภาพแสดงขั้นตอนดำเนินการวิจัย



คะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t- test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิดและพฤติกรรมการสะท้อนคิด ระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนที่เท่า ๆ กัน ดังนี้ เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 93.75 มีอายุ 21 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 มีเกรดเฉลี่ยในชั้นปีที่ 1 เท่ากับ 2.51-3.00 จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.13 มีเกรดเฉลี่ยในชั้นปีที่ 2 เท่ากับ 2.51-3.00 จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.13 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Chi- Square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของทั้ง 2 กลุ่ม รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

2.1 ผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แต่มีทัศนคติต่อการการสะท้อนคิดและ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		Chi- Square test Fisher's Exact Test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					χ^2 = .000,
ชาย	2	6.25	2	6.25	P-value =1.000
หญิง	30	93.75	30	93.75	
2. อายุ					χ^2 = .802
19 ปี	2	6.25	1	3.12	p-value =1.000
20 ปี	2	6.25	3	9.38	
21 ปี	26	81.25	26	81.25	
22 ปี	2	6.25	2	6.25	
3. เกรดเฉลี่ยสะสม ชั้นปีที่ 1					χ^2 = .562
< 2.50	3	9.38	2	6.25	P value =1.000
2.51-3.00	17	53.12	17	53.12	
3.01-3.50	10	31.25	10	31.25	
>3.51	2	6.25	3	9.38	
4. เกรดเฉลี่ยสะสม ชั้นปีที่ 2					χ^2 = 1.011
< 2.50	1	3.12	2	6.25	p- value =.879
2.51-3.00	17	53.12	17	53.12	
3.01-3.50	13	40.64	11	34.38	
>3.51	1	3.12	2	6.25	

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	
	$\bar{X}$	SD.	SD.	$\bar{X}$	MD.	t
1. ความรู้ต่อการสะท้อนคิด						
กลุ่มทดลอง	13.97	3.267	17.34	2.194	-3.375	-8.263***
กลุ่มควบคุม	14.00	3.312	13.66	3.327	.344	1.301
Independent t-test	MD= .030	t= -.038	MD= 3.680	t= 5.234***		
2. ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด						
กลุ่มทดลอง	42.19	20.341	53.63	15.610	-11.438	-9.098***
กลุ่มควบคุม	41.56	20.082	44.09	20.452	-2.531	-3.517**
Independent t-test	MD=.640	t=.124	MD= 9.540	t= 2.096*		
3. พฤติกรรมการสะท้อนคิด						
กลุ่มทดลอง	24.22	3.808	42.16	4.820	-17.938	-18.389***
กลุ่มควบคุม	24.31	3.914	38.97	7.249	-14.656	-9.866***
Independent t-test	MD= 0.03	t= -.097	MD= 4.090	t= 2.071*		

หมายเหตุ * p-value < .05, **p-value < .01, *** p-value < .001

พฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <. 01) ดังตารางที่ 2

2.2 ผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด และพฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p < .05) ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่ได้ตามตัวแปรตามที่ศึกษาในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านความรู้ต่อการสะท้อนคิด พบว่า หลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิดไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการสะท้อนคิดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ทั้งนี้เนื่องจาก กระบวนการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานมากำหนดเป็นขั้นตอนการเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสะท้อนคิดในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการให้ความรู้พื้นฐาน ร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำถามตามแนวคิดของ Gibbs[13] และการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผล เพื่อให้ผู้เรียนรู้จักการคิดวิเคราะห์ปัญหาเป็นรายบุคคล มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง ช่วยสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยการมอบหมายงานให้ผู้เรียนลงมือทำ สร้างทีม เสริมแรงจูงใจ สนับสนุนให้ผู้เรียนสร้างความรู้ที่ใหม่ที่ไม่เหมือนใครเพื่อใช้สร้างนวัตกรรม นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีการมอบหมายให้ผู้เรียนเขียนบันทึกสะท้อนคิดความรู้ที่ได้เกี่ยวกับการสร้างนวัตกรรมผ่านโครงงานเป็นฐาน

เป็นลำดับขั้นตอน ทำให้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้ที่ได้ในแต่ละครั้ง มีการทบทวนความคิดของตนเอง เข้าใจบทเรียนที่เรียนในแต่ละครั้งมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบการการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการใช้เทคนิคการสะท้อนคิดที่ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นฐานการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 ในวิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ที่พบว่า ความรู้ด้านเนื้อหาเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

2. ด้านทัศนคติต่อการสะท้อนคิด พบว่า หลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติต่อการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.001) และกลุ่มควบคุม มีทัศนคติต่อการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการสะท้อนคิด มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เป็นขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นจะพัฒนาทัศนคติและพฤติกรรมการสะท้อนคิดไปพร้อม ๆ กัน โดยมีผู้สอนเป็นผู้ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เรียนในทุกขั้นตอนของการเรียน ผู้สอนมีบทบาทที่เป็นกัลยาณมิตร สนับสนุนและสร้างบรรยากาศที่เน้นการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมผ่านโครงงานเป็นฐานให้กับผู้เรียน คอยกระตุ้นให้ผู้เรียนพัฒนาตนเอง ทักษะการทำงานกลุ่ม ทักษะการสื่อสาร ทักษะการคิด และมุมมองต่อสิ่งรอบตัว เพราะนอกจากจะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถสะท้อนในสิ่งที่เรียนรู้อย่างเป็นระบบแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกการสังเกต พิจารณาใคร่ครวญ รู้เท่าทันความคิดของตนเอง และฝึกการประเมินตนเอง ส่งผลให้สามารถเผชิญกับสภาพสถานการณ์ต่าง ๆ และนำเอาหลักการความรู้และประสบการณ์เดิมของตนมาประยุกต์ใช้กับประสบการณ์ใหม่ จนสามารถสร้างแนวคิดใหม่ ความสัมพันธ์ใหม่ นำไปใช้แก้ปัญหาและสร้างผลงานใหม่ที่ไม่เหมือนผู้อื่น จนสร้างเป็นนวัตกรรมได้ ประกอบกับตัวโปรแกรมมีการให้ข้อมูลด้านการสะท้อนคิดเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการสะท้อนคิด ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผลระหว่างเรียน เพื่อให้ผู้เรียนรับรู้ถึงความสามารถตนเองและเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ สอดคล้องกับ Fisher และ Frey[17] ที่กล่าวว่า การประเมินระหว่างเรียน เป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียน รู้สึกถึงความสุขและเกิดความพึงพอใจและมีทัศนคติไปในทางบวกต่อการสะท้อนคิด และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดแบบใหม่ ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานระบบของครูและพี่เลี้ยงผ่านแฟ้มสะสมผลงานและการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดในนักศึกษาพยาบาล พบว่าก่อนเริ่มการทดลอง คะแนนทัศนคติด้านการสะท้อนคิดทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่าง หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการค้นหาความจริง การเปิดใจ ความสามารถในการวิเคราะห์ ความสามารถเชิงระบบการคิดเชิงวิเคราะห์ ความมั่นใจในตนเอง ความอยากรู้อยากเห็น และวุฒิภาวะทางปัญญาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19] ซึ่งสอดคล้องกับ Songkram[20] ที่กล่าวถึงการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ต้องให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติ คือ การมองแง่บวก กล้าที่จะเห็นต่าง เปิดการรับรู้ให้กว้าง กล้าเสี่ยงและไม่ด่วนตัดสินว่าได้หรือไม่ได้ ถูกหรือผิดจนกว่าจะได้พิสูจน์ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้เรียนมีทัศนคติในเชิงบวกหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติต่อการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนตามปกติก็มีส่วนเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการสะท้อนคิด ได้เช่นกัน เนื่องมาจากการเรียนการสอนแบบปกติในครั้งนี้ เน้นการบรรยายแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการมอบหมายให้ศึกษาและสร้างนวัตกรรมด้วยเช่นกัน และการทำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้เรียนมีทัศนคติในเชิงบวกได้เช่นกัน แต่พบว่าผู้เรียนมีทัศนคติในเชิงบวกด้านการสะท้อนคิดน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

3. ด้านพฤติกรรมการสะท้อนคิด พบว่า หลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และเมื่อเปรียบ

เทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กระบวนการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานในงานวิจัยครั้งนี้ พัฒนามาจากแนวคิดรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs[13] ร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน มากำหนดเป็นขั้นตอนการเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน 2) ขั้นกระตุ้นความสนใจ 3) ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ 4) ขั้นแสวงหาความรู้ 5) ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ และ 6) ขั้นนำเสนอผลงาน โดยมีการนำนวัตกรรมมาเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ 2 รอบ โดยในรอบแรกจากนวัตกรรมที่มีอยู่เดิม และในรอบที่ 2 จากนวัตกรรมที่ผู้เรียนสร้างขึ้นเอง ร่วมกับนำแนวคิดของ Gibbs[13] มาสร้างเป็นคำถามเป็นคำถามเพื่อกระตุ้นการสะท้อนคิดทั้ง 2 รอบ ประกอบกับตัวโปรแกรมจัดให้มีการประเมินการสะท้อนคิดและระดับการสะท้อนคิดต่อผลงาน เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเอง และทราบระดับการสะท้อนคิดของตน ซึ่งเป็นการตั้งเป้าหมายให้ผู้เรียน นำไปสู่การวางแผนพัฒนาตนเองเพื่อเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งถือเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผล และเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความคิดที่จะพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มระดับการสะท้อนคิดต่อไป สอดคล้องกับ Fisher และ Frey[17] ที่กล่าวว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผลจะช่วยให้ผู้เรียนรับรู้ว่าตนเองห่างจากเป้าหมายเพียงใดและต้องทำอะไรต่อเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ในแต่ละขั้นตอน ยังเน้นให้ผู้เรียนรู้จักการคิดวิเคราะห์ปัญหาเป็นรายบุคคล มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง ฝึกให้ผู้เรียนตรวจสอบทบทวน และกำกับตนเอง โดยมีผู้สอนที่คอยกระตุ้น สร้างความมั่นใจในตนเองให้แก่ผู้เรียน สนับสนุนให้ผู้เรียนกล้าคิดนอกกรอบ คิดสิ่งแปลกใหม่ ไม่เหมือนความคิดของคนทั่วไป ซึ่งผู้สอนคอยเตรียมคำถามที่แปลกใหม่/ท้าทายความสามารถของผู้เรียนและฝึกให้ผู้เรียนเรียนรู้ผ่านการทำโครงงานเชื่อมโยงไปสู่การสร้างนวัตกรรม ให้ผู้เรียนได้ฝึกการบริหารจัดการการวางแผน การแก้ปัญหา ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน ๆ อันเป็นกระบวนการที่จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้ผลิตผลงาน หรือนวัตกรรมที่เป็นองค์ความรู้จากกระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านการสะท้อนคิด ผู้สอนจะคอยกระตุ้นให้แต่ละบุคคลแสดงความคิดเห็นพร้อมเหตุผล ร่วมกับการมอบหมายให้ทำบันทึกการเรียนรู้ที่ได้หลังเสร็จสิ้นการประชุมกลุ่มในแต่ละครั้ง เพื่อนำมาอภิปรายกันในกลุ่มในครั้งถัดไป สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดโดยรวมสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาถึงผลของรูปแบบการการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการใช้เทคนิคการสะท้อนคิดที่ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นฐานการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 ในวิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ที่พบว่าระดับพฤติกรรมการสะท้อนคิดเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ9 และสอดคล้องกับการศึกษาถึงการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการสะท้อนคิดโดยใช้การเขียนบันทึกสะท้อนกิจกรรมการเรียนรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการสะท้อนคิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสะท้อนคิด มากกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนตามปกติก็มีส่วนเพิ่มเฉลี่ยพฤติกรรมการสะท้อนคิด ได้เช่นกัน เนื่องจากการสอนแบบปกติในครั้งนี้ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่มีขั้นตอน ประกอบด้วย การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การมอบหมายให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเองร่วมกับการมอบหมายให้ทำนวัตกรรมเช่นกัน จึงส่งผลที่เพิ่มพฤติกรรมการสะท้อนคิดให้ผู้เรียนได้เช่นกัน แต่พบว่าเพิ่มพฤติกรรมการสะท้อนคิดได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยด้านการเรียนการสอน คือ การสอนที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับจากการเรียนการสอนในวิชาอื่น ๆ ซึ่งในขณะที่ได้รับโปรแกรมครั้งนี้ อาจได้รับการสอนแบบสะท้อนคิดโดยวิธีการอื่น ๆ ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ ช่วยพัฒนาพฤติกรรมการสะท้อนคิดได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าลำพังเพียงโปรแกรมไม่สามารถจะพัฒนาพฤติกรรมการสะท้อนคิดได้ ถ้าขาดครูประจำกลุ่มที่มีบุคลิกภาพและทักษะในการขับเคลื่อนให้โปรแกรมสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การนำโปรแกรมไปใช้ จึงควรเน้นที่การพัฒนาบุคลิกภาพร่วมกับทักษะการตั้งคำถามของครูประจำกลุ่มเป็นหลัก เพื่อช่วยในการขับเคลื่อนตัวโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีการประชุมกลุ่มตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน ซึ่งในช่วงแรกพบว่า ผู้เรียนรู้สึกกังวลเนื่องจากบางรายยังขาดทักษะการแสดงความคิดเห็น ซึ่งในโปรแกรมได้จัดให้ผู้สอนได้พูดคุยสอบถามความพร้อมของผู้เรียนแต่มีข้อกำจัดด้วยเรื่องเวลา ดังนั้น เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ครูประจำกลุ่ม จึงควรเพิ่มเวลาในการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ภายในกลุ่มให้รู้สึกผ่อนคลายก่อนเริ่มเข้าสู่กิจกรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาพฤติกรรมการสะท้อนคิดโดยนำโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนที่ใช้โครงงานเป็นฐานไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาการพยาบาลอื่น ๆ ในกลุ่มบุคคลทุกช่วงวัย เพื่อให้เกิดการสร้างนวัตกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสร้างชิ้นงาน ผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ตามบริบทของรายวิชา เพื่อให้เกิดนวัตกรรมทางการพยาบาลที่มีความหลากหลายและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

2. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการสะท้อนคิดในรูปแบบอื่น ๆ ผ่านสื่อมัลติมีเดีย เช่น สื่อออนไลน์ ห้องเรียนออนไลน์ หรือผ่านบทเรียนออนไลน์ โดยประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิดที่มีความหลากหลาย เช่น ประเมินตนเอง การใช้แบบสังเกตโดยอาจารย์ เพื่อน ครูพี่เลี้ยง หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ และทำการประเมินเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ทราบถึงพัฒนาการด้านการสะท้อนคิด ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายต่อโปรแกรมการสอนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

References

1. Alfaro –LeFevreR. Critical thinking in nursing : A practical approach. New York: W.B. Saunders Company; 2002.
2. Sherwood G, Horton-Deutsch S. Reflective practice: transforming education and improving outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau Press; 2012.
3. Kaewprom C, Boontum A, Pratoom L, et al. Perceptions of nurse students towards reflective journal. J Nurs Educ 2014; 7 (3): 101-12. (In Thai).
4. Na Nakorn P, Jamjuree D, Junhavat D, Boonprakob M. The study of learning management through reflection for developing a critical thinking process in nursing students. RAMA NURS J 2016;22(2): 206-21. (in Thai).

5. Khorphon S, Pankeaw J, Sarobol T, Choopun K, Chomchan S, Boonlue N. Promoting of critical thinking skills in nursing students through reflective thinking. Nursing Journal 2019;46 (1):83-96. (In Thai).
6. Khumtorn L, Suppasri J, Akarasuwankun T. Nursing care of persons with psychiatric problems: the development of a practicum course to promote reflection skills among nursing students. SCNJ 2560; 4 (1): 15-27. (In Thai).
7. Zhang C, Fan H, Jieqiong X, Honghua G, Jiang X, Yan Y. The effects of reflective training on the disposition of critical thinking for nursing students in China: a controlled trial. Asian Nurs Res 2017;11(3):194-200.
8. Pianpeng T. Effects of reflection using video based on the Gibb's cycle in electronics portfolio on level of reflective thinking of teachers students. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
9. Kanthadilok S, Pun Sumrueng T, Phukphan S. The integrated clinical teaching methods on reflective thinking, and clinical judgment in 3rd year nursing students in maternal infant and midwife nursing practicum course I. HCU Journal of Health Science 2018; 20(40): 87-99. (in Thai).
10. Wanchai A, Kaewsasri A, Kuljoo A, Vichitkaew N. The effects of the project based-learning on reflection thinking's behaviors of nursing students. Songklanagarind J Nurs 2018;38(2):11-9. (in Thai).
11. Thongaime A. Project base learning for developing student in the 21st century Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science) 2018 ; 8(3): 185-199. (in Thai).
12. Summary of teaching and learning management report. Department of Maternal, Infant and Midwifery. Boromarajonani College of Nursing, Bangkok; 2019. (In Thai).
13. Gibbs G. Learning by doing: A guide to teaching learning methods. Oxford: Oxford Brookes University; 1988.
14. The Secretariat of the Council of Education. Project management. Bangkok: OfficeSecretary-General of the Education Council Ministry of Education; 2007. (In Thai).
15. Bunsompong P. Project management process safety in life of secondary school students. Bangkok: Silpakorn University; 2014. (in Thai).
16. Yolao D. Project-based Learning Management [Internet], 2014[cited 2019 October 10] Avaliable from : https://candmbsri.wordpress.com/2015/04/08
17. Fisher D and Frey N. The formative assessment action plan. Alexandria, VA: ASCD; 2011.
18. Kaewprom C. The development of reflection skills of nursing students by writing learning notes in teaching and health counseling courses. JPNC 2013;24(2):12-20. (in Thai).

19. Zhang C, Fan H, Xiaj Jieqiong, Guo Honghua, Jiang X, Yan Y. The effects of reflective training on the disposition of critical thinking for nursing students in China: A controlled trial. Asian Nurs Res 2017;11(3):194-200.

20. Songkram N. Creating innovation turns learners into innovators. 2nd ed. Bangkok: The Publisher of Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).

21. Sangyenphan C, Photisuvan C, Saisophon P. The development of learning activities to enhance reflective thinking using reflective journal writing. DTC journal 2019:13(3);393-408. (in Thai).

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

Factors Affecting the Enhancement of Humanized Health Care Skills of Nursing Students at Nursing College, Praboromarajchanok Institute

Received: Mar 14, 2020
Revised: May 1, 2020
Accepted: May 5, 2020

หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์ วท.ม. (Hathairat Budsayapanpong, M.S.)[1]
จตุพล ยงศร กศด. (Chatupol Yongsorn, Ed.D.)[2]
จักรกฤษณ์ โปณะทอง กศด. Chakrit Ponathong, Ed.D.)[3]

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงคุณภาพเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหาร อาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ในปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในแต่ละภาคของประเทศไทย จำนวน 5 ภาค ๆ ละ 1 วิทยาลัย โดยแต่ละวิทยาลัยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน รวมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 25 คน ซึ่งสมัครใจและต้องการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured question) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบผลการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีวิเคราะห์แบบสามเส้า (triangulation) โดยผู้บริหารระดับสูงหรือกลางของวิทยาลัย 1 คน อาจารย์ของวิทยาลัย 2 คน และผู้ใช้บัณฑิต 2 คนที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมี 7 ปัจจัยได้แก่หลักสูตร ผู้สอน ผู้เรียน วิธีการเรียนการสอน กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนและการวัดประเมินผล โดยปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้แก่ผู้สอน ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สอนต้องประเมินผู้เรียนตลอดเวลาและเสริมสร้างความเข้าใจในส่วนที่ขาดได้ และปัจจัยที่มีความสำคัญน้อยที่สุดได้แก่สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน เนื่องจากเป็นเพียงสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนการสอน

คำสำคัญ: การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์, การเสริมสร้างทักษะ, หัวใจความเป็นมนุษย์

[1]*Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท นิสิตหลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: hathairat@bcnchainat.ac.th*
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: chatupol@g.swu.ac.th
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: chakritpop1@gmail.com
Educational Administration and Management, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand

Abstract

This qualitative research aimed to study factors affecting to enhance humanize health care skills at Nursing College, Praboromarajchanok Institute. A purposive sampling approach was employed to ensure a robust set of data. These included a special focus on 25 volunteer experts from five colleges in five regions of Thailand whose academic article based on humanized health care skills, consisting of executive director, teachers and graduate students users from Nursing College, Praboromarajchanok Institute in 2019 academic year. All volunteers shared their knowledge through 11 semi-structured questions. Combining methods to analyze qualitative data, content analysis and tri-angulation, as a means to provide a deeper analysis of text was carried out by 1 executive director, 1 teacher and 2 graduate students users.

Results indicated that seven factors including curriculum, teacher, learner, teaching method, student affairs, learning facilities and evaluation affecting to enhance humanize health care skills. Teacher is the most important factor because the teacher must assess the student all the time and enhance and understand the parts that are lacking while learning facilities is the least important factor because it is only a teaching facility.

Keywords: humanized health care skills, humanized care, factors affecting to enhance humanized, health care skills

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 แห่งเปิดสอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยมีเป้าหมายคือ ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีองค์ความรู้ทั้งศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บนพื้นฐานความเอื้ออาทร จัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่เน้นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบบริการสุขภาพ[1] โดยมีอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกคือการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งหมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้การปฏิบัติทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อสนองตอบความต้องการของสังคมทั้งบุคคลปกติ เจ็บป่วย ครอบครัว และชุมชน การพยาบาลยังมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อภาวะสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของชีวิตประชาชน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและมีความชำนาญ มีเจตคติที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรมในการให้การพยาบาล[2] ซึ่งบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ รัฐบาล หรือสังคมโดยรวม ก็ปรารถนาที่จะเห็นระบบบริการสุขภาพมีความสามารถช่วยเหลือเยียวยาความต้องการทางสุขภาพของคนอย่างได้ผลทั้งสภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ หรือแม้แต่การเยียวยาสังคม และจิตวิญญาณอันลึกซึ้งของคนร่วมสังคม[3]

สถาบันพระบรมราชชนกตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงจัดทำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีอัตลักษณ์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

เนื่องจากการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นศาสตร์ที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าใจการดูแลบุคคลแบบองค์รวม (holistic care) มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้มองเห็นความสำคัญของสิ่งที่เรียกว่าองค์รวมของคน เห็นความสำคัญของการมองผู้ป่วยเป็นคนทั้งคน และเห็นความสำคัญของความสามารถที่จะสัมผัสและบำบัดทุกข์ของผู้ป่วย การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงหมายถึงการให้บริการที่เป็นมิตรมีความรักความเมตตาใส่ใจในปัญหาความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริงโดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก

การบริหารจัดการหลักสูตรที่ผ่านมา[4] พบว่าการให้ผู้เรียนศึกษาในสภาพจริง ผู้เรียนมองว่าการทำความเข้าใจชีวิตคน การวิเคราะห์ข้อมูล การมองสังคมแบบองค์รวมเป็นเรื่องเข้าใจยากต้องใช้เวลามากในการศึกษา ขณะที่ผู้เรียนคุ้นเคยกับการเรียนในห้องเรียนแบบฟังบรรยายมีเอกสารประกอบการสอนแจกเรียนง่ายกว่า ทั้งนี้ตัวครูผู้สอนเองก็ยังเรียนรู้ที่จะเข้าใจคนพร้อมกับผู้เรียน และสะท้อนว่าเป็นการเรียนรู้สิ่งที่อยู่ในตัวคนเป็นนามธรรมเข้าใจยาก และต้องใช้เวลาในการศึกษา ทั้งนี้สิ่งที่เกิดขึ้นล้วนเกิดจากปัจจัยภายในตัวครู และผู้เรียน ตลอดจนระบบการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาที่อาจเรียกว่า ศักยภาพของครู และศักยภาพขององค์กรเรียนรู้ที่มาจากฐานเดิมในระบบการสอนแบบแยกส่วนเน้นความรู้ตามตำรา โดยครูเป็นผู้ให้ นักศึกษาเป็นผู้รับ การจะลดทอนอุปสรรคเหล่านี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ของครูผู้สอนกระบวนการพัฒนาให้วิทยาลัยเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ซึ่งต้องการระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงเพื่อเปิดโอกาสให้กระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2555 และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2561 ของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีผลการจัดการเรียนการสอนบรรลุตามวัตถุประสงค์บางส่วน[5-7] อาจารย์มีความพยายามจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาเกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และใช้การจัดการเรียนการสอนหลากหลายวิธีเนื่องจากอาจารย์ยังมีความรู้ความเข้าใจการสอนเพื่อให้เกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แตกต่างกัน อาจารย์มีภาระงานสอนมาก ในขณะที่นักศึกษายังมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการอย่างไม่ถ่องแท้ ไม่เข้าใจการเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับบริบทชีวิต จึงไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางสุขภาพกับความจริงทางสังคมของผู้ป่วยให้ตรงกับชีวิตจริงได้ การให้การดูแล และให้คำแนะนำจึงไม่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลที่สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทั้งนี้ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำให้ทราบสภาพปัญหาตลอดจนสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นแนวทางสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกให้เกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และจะทำให้เพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รวมทั้งทำให้วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้รับการยอมรับในการจัดการศึกษาที่สามารถพัฒนาทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 วิทยาลัย แต่ละวิทยาลัยประกอบด้วยผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิต ในปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพื่อแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วย

หัวใจความเป็นมนุษย์ ในแต่ละภาคของประเทศไทย จำนวน 5 ภาค โดยแต่ละวิทยาลัยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน ซึ่งสมัครใจและต้องการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบและยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล (triangulation) เป็นการเปรียบเทียบข้อค้นพบ (finding) ของปรากฏการณ์ ร่วมกับดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้ตัวผู้วิจัยและแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง กำหนดประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ตามองค์ประกอบของการบริหารจัดการหลักสูตร ในทัศนะของผู้บริหาร อาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต (ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างเป็นแนวทางชุดเดียวกัน) ประกอบด้วย ประเด็นคำถาม 7 ประเด็นได้แก่

(1) หลักสูตร บัณฑิตพยาบาลจะมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หลักสูตรควรมีรายละเอียดอย่างไร

(2) ผู้สอน บัณฑิตพยาบาลจะมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้สอนควรมีคุณลักษณะอย่างไร มีการจัดการเรียนการสอนอย่างไร

(3) ผู้เรียน บัณฑิตพยาบาลจะมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้เรียนควรมีคุณลักษณะอย่างไร

(4) วิธีการเรียนการสอน บัณฑิตพยาบาลจะมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิธีการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ควรมีคุณลักษณะอย่างไร

(5) กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน บัณฑิตพยาบาลจะมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน ควรเป็นอย่างไร

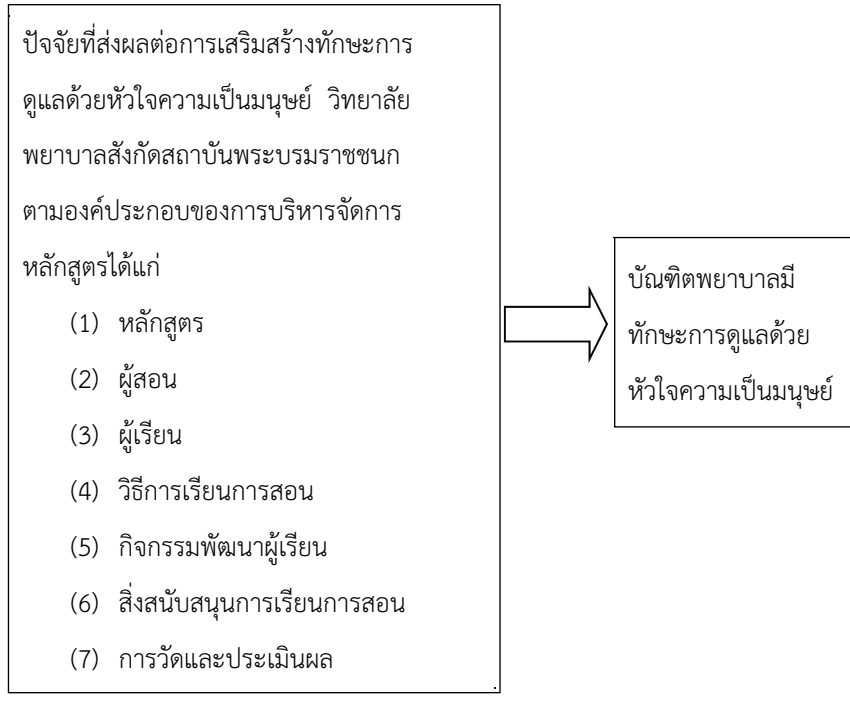
(6) สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน บัณฑิตพยาบาลจะมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน ควรเป็นอย่างไร

(7) การวัดและประเมินผล บัณฑิตพยาบาลจะมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน ควรเป็นอย่างไร

การหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยศึกษาหลักการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างและนำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาความชัดเจนและความครบถ้วนของข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้พูดคุยซักซ้อมความเข้าใจให้มีพื้นฐานความรู้แนวคิดไปในแนวทางเดียวกัน ศึกษาทบทวนการสัมภาษณ์เพื่อทำการล้วงประเด็น การวิเคราะห์สรุปตีความเพื่อให้เข้าถึงความจริงโดยไม่ใช้ทัศนะของตนเองตีความปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาตามสภาพที่เป็นจริงทำให้งานวิจัยมีความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์และความเที่ยงตรงเชิงคุณลักษณะ การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มดำเนินการโดยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นทำการแกะรอยโดยใช้คำถามปลายเปิดตามแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเพื่อให้ได้รายละเอียดและประเด็นที่ครบถ้วน จดบันทึก

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกนี้ศึกษาตามกรอบแนวคิดการบริหารจัดการหลักสูตรของ Wongyai[8] ดังนี้



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-G-238/2562X วันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกไปวิเคราะห์ ได้ทำการตรวจสอบยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบโดยการตรวจสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ซึ่งข้อค้นพบที่ได้มีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง หลังจากนั้นนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) ระดับจุลภาคด้วยการวิเคราะห์คำหลัก (domain analysis) เป็นการจำแนกจัดกลุ่มคำชุดหนึ่งให้อยู่ภายใต้คำอีกชุดหนึ่ง ถือเป็นการจัดกลุ่มโดยอาศัยลักษณะความสัมพันธ์

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ในการบริหารจัดการหลักสูตรฯ ที่มีผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ดังนี้

1. หลักสูตร ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้ความเห็นว่าควรกำหนดเรื่องของการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้ชัดเจนเพื่อเป็นเข็มมุ่ง โดยที่ผ่านมา การบริหารจัดการหลักสูตรมุ่งเน้นไปที่การทำงานตามวิชาชีพเป็นหลักเพียงอย่างเดียว จึงเป็นการทำงานเพื่อตอบ Professional meaning เท่านั้นยังไม่ตอบ Client meaning ที่ชัดเจน ขณะเดียวกันต้องมีหลักการนำหลักสูตรไปใช้ มีการวางแผน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องศึกษาวิเคราะห์ทำความเข้าใจหลักสูตรให้เข้าใจตรงกัน มีการกำกับติดตามผลการบริหารจัดการหลักสูตรเป็นระยะ ดังคำกล่าวของผู้บริหารที่ว่า *“หลักสูตรต้องกำหนดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้ชัดเจนทั้งในปรัชญา วัตถุประสงค์ อัตลักษณ์บัณฑิต เนื้อหาของหลักสูตร การนำหลักสูตรไปใช้และการวัดประเมินผลเพื่อให้ครูผู้สอนยึดเป็นแนวทางในการนำไปออกแบบการจัดการเรียนการสอน”* เช่นเดียวกับครูผู้สอนที่ให้ความเห็นว่า *“หลักสูตรต้องกำหนดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้ชัดเจนทั้งในปรัชญา วัตถุประสงค์ อัตลักษณ์บัณฑิต เนื้อหาของหลักสูตร กลยุทธ์การสอนและการวัดประเมินผล หากไม่กำหนดชัดเจนจะมุ่งเน้นการทำงานตามวิชาชีพอย่างเดียว เมื่อเรียนจบไปทำงานกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ บัณฑิตจะไม่เข้าใจ*

การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทำงานตามที่ส่วนใหญ่ทำ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจึงต้องอาศัยหลักสูตรเป็นตัวขับเคลื่อนไม่เช่นนั้นครูจะจัดการเรียนการสอนตามที่เคยปฏิบัติมาหรือตามรุ่นพี่ ไม่หยิบตัวหลักสูตรมาพิจารณา" สอดคล้องกับผู้ใช้บัณฑิตที่ให้ความเห็นว่า *"หลักสูตรต้องกำหนดไว้ชัดเจนว่าบัณฑิตพยาบาลที่ศึกษาหลักสูตรนี้จะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเข้าใจความแตกต่างของบุคคลแต่ละคน โดยมีความรู้ความเข้าใจทั้งในด้านทฤษฎี (Professional meaning) และด้านความเข้าใจเห็นใจผู้รับบริการ (Client meaning)"*

2. ผู้สอน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้ความเห็นว่าผู้สอนเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการผลิตให้บัณฑิตมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หากจัดทำหลักสูตรมาเป็นอย่างดีแต่ผู้สอนละเลย หรือไม่มีทักษะการสอน การบรรลุวัตถุประสงค์ตามหลักสูตรกำหนดจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งในส่วนของผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตถือว่าผู้สอนมีส่วนสำคัญมากเนื่องจากผู้เรียนยังไม่มีประสบการณ์การพยาบาล ดังนั้นจึงมักยึดรูปแบบจากครูผู้สอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เลียนแบบทำตามแบบ ผู้สอนนำไปทางใด ผู้เรียนจะเป็นตามแบบผู้สอน ดังนั้นผู้สอนต้องเปลี่ยนมุมมองจากการให้ความสำคัญของความรู้เชิงวิชาการ วิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว ควรคำนึงถึงความรู้เชิงมิติทางสังคมเพิ่มมากขึ้น มองการแก้ปัญหาที่มีหลายคำตอบ เนื่องจากชีวิตคนเป็นพลวัตร ความคิดของคนเป็นที่มาของพฤติกรรมของคน ๆ นั้น หากขาดมุมมองสังคมที่เป็นจริง จะไม่เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการที่แท้จริง ผู้สอนต้องมองออกว่าปัจจุบันการให้บริการแก่ผู้รับบริการมีช่องว่างเกิดขึ้นเป็นช่องว่างที่เกิดจากผู้ให้บริการ *"ไม่เข้าใจคน"* มากกว่าการโทษผู้รับบริการว่าเขาไม่รู้จักดูแลตัวเอง เมื่อผู้สอนเข้าใจผู้รับบริการจะเข้าใจการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง ขณะเดียวกันผู้สอนต้องสามารถสอนแบบสะท้อนคิด ใช้คำถามให้ผู้เรียนคิดสะท้อนกลับมาที่ตนเองว่าตัวผู้เรียนคิดอะไร ได้เรียนรู้อะไร รับฟังโดยไม่ใช้ความคิดตนเองตัดสินผู้เรียน เพื่อเข้าใจผู้เรียน ตลอดจนสามารถตั้งคำถามกระตุ้นความคิดผู้เรียนให้คิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจคน จากข้อมูลที่รับฟัง ดังคำกล่าวของผู้บริหารที่ว่า *"ผู้สอนเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการผลิตให้บัณฑิตมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หากจัดทำหลักสูตรมาเป็นอย่างดีแต่ผู้สอนละเลยหรือไม่มีทักษะการสอน การบรรลุวัตถุประสงค์ตามหลักสูตรกำหนดจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ผู้สอนต้องเปลี่ยนมุมมองจากการให้ความสำคัญของความรู้เชิงวิชาการ วิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว มาคำนึงถึงความรู้เชิงมิติทางสังคมเพิ่มมากขึ้น"* และครูผู้สอนที่ให้ข้อมูลว่า *"ผู้สอนเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เขียนหลักสูตรดีแต่ผู้สอนไม่ทำตามหลักสูตรเขียนก็จบ ดังนั้นครูต้องเปลี่ยนมุมมองจากการให้ความสำคัญความรู้ทางวิชาการทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว มามองความรู้เชิงมิติทางสังคมมากขึ้น จะทำให้มองการแก้ปัญหามีหลายคำตอบ เพราะชีวิตคนเป็นพลวัตร ความคิดคนเป็นที่มาของพฤติกรรม หากครูไม่สอนในมุมมองสังคม ผู้เรียนจะไม่เข้าใจชีวิตคน ครูต้องมองเห็นช่องว่างของการไม่เข้าใจคน สอนผู้เรียนให้เขาเห็นเงื่อนไขในชีวิตคนหรือข้อจำกัดที่มีในครอบครัวของแต่ละคน ขณะเดียวกันครูต้องเข้าใจผู้เรียนว่ามีพื้นความเข้าใจแค่ไหน มีวิธีการเรียนรู้อย่างไรเพื่อเติมเต็มให้ผู้เรียนได้เหมาะกับความต้องการ ครูจึงต้องอ่านสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ คิดแก้ไขปัญหาเร็ว สะท้อนความคิดผู้เรียนได้ รับฟังโดยไม่ใช้ความคิดตนเองตัดสินผู้เรียน เพื่อเข้าใจผู้เรียน ตลอดจนสามารถตั้งคำถามกระตุ้นความคิดผู้เรียนให้คิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจคนจากข้อมูลที่รับฟัง เปิดใจรับความแตกต่างของผู้เรียน และสามารถสอนผ่านตัวผู้สอนเพื่อเข้าใจผู้เรียน เข้าใจผู้รับบริการได้"* สอดคล้องกับความเห็นของผู้ใช้บัณฑิตที่ให้ความเห็นว่า *"ผู้สอนเป็นปัจจัยหลักในการสอนให้บัณฑิตมีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้เพราะผู้สอนเป็นต้นแบบของผู้เรียน ครูต้องมองออกว่าปัจจุบันบริการพยาบาลที่ให้แก่ประชาชนมีช่องว่างซึ่งช่องว่างนั้นเกิดจากความไม่เข้าใจคน มากกว่าการโทษผู้รับบริการว่าเขาไม่ดูแลตัวเอง"*

3. ผู้เรียน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้ความเห็นว่าวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกไม่สามารถเลือกผู้เรียน เนื่องจากผู้เรียนมาจากการรับตรงของสถาบันพระบรมราชชนก แต่ผู้สอนของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกต้องสามารถพัฒนาให้ผู้เรียนเป็นไปตามคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของวิทยาลัยและสถาบันพระบรมราชชนก แต่หากสามารถกำหนดคุณสมบัติของผู้เรียนได้ ผู้เรียนที่จะเข้ามาเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่เสริมสร้างทักษะการดูแลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ นอกจากมีคุณสมบัติครบตามหลักสูตรพยาบาล

ศาสตรบัณฑิตกำหนดแล้ว ควรจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกทักษะการฟังอย่างใคร่ครวญ มีประสบการณ์การฝึกการคิดวิเคราะห์ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ใฝ่รู้ใฝ่เรียนและมีใจรักในวิชาชีพพยาบาล มีความต้องการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ดังคำกล่าวของผู้บริหารที่ว่า *"ผู้เรียนเหมือนลูกปูที่เดินตามรอยเท้าของแม่ปู ดังนั้นการที่จะให้ผู้เรียนมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้สอนต้องเข้าใจและมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และผู้สอนต้องมีแนวคิดและความเข้าใจแนวทางการปลูกฝังผู้เรียนที่สอดคล้องตรงกันเช่น ถ้ามีผู้สอนเพียงคนเดียวบอกว่าทุกคำถามมีหลายคำตอบ ผู้เรียนจะยึดคำตอบเดียวจากผู้สอนท่านอื่นเพราะดูง่ายกว่า เป็นต้น"* และครูผู้สอนที่ให้ข้อมูลว่า *"หากเลือกผู้เรียนได้ ผู้ที่จะเข้ามาเรียนควรจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกทักษะการฟังด้วยหัวใจ มีประสบการณ์การฝึกการคิดวิเคราะห์ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ใฝ่รู้ใฝ่เรียนและมีใจรักในวิชาชีพพยาบาลมีความต้องการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์"* สอดคล้องกับความเห็นของผู้ใช้บัณฑิตที่ให้ความเห็นว่า *"ปัจจุบันผู้เรียนคิดถึงแต่ตัวเองมาก ต้องรับการฝึกบ่อย ๆ ฝึกให้เห็นความเป็นไปของมนุษย์จริง ๆ ซึ่งถ้าหลักสูตรไม่ระบุให้มีกิจกรรมตรงนี้จะไม่มีเวลาให้ผู้เรียนเรียนรู้ ดังนั้นผู้เรียนควรมีประสบการณ์ Deep listening ใฝ่รู้ใฝ่เรียนและมีใจรักในวิชาชีพพยาบาลมีความต้องการช่วยเหลือผู้คนมาก่อน เมื่อมาเรียนการศึกษาเข้าใจผู้คนจะอดทนกับวิธีการเรียนได้ การให้ผู้เรียนพูดคุยกับผู้รับบริการ ผู้เรียนที่เป็นเวชปฏิบัติจะเรียนรู้ผู้รับบริการได้ดีกว่านักเรียนพยาบาลดังนั้นการมีประสบการณ์การฟัง การคิด การสะท้อนคิดของผู้เรียนน่าจะเป็นสิ่งที่เสริมความเข้าใจผู้เรียนดีขึ้น"*

4. วิธีการเรียนการสอน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้ความเห็นว่าวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมี Professional meaning ที่ดีแล้วแต่ยังขาดมุมมองที่ชัดเจนของ Client meaning

อาจารย์ทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้มุมมองในส่วนของการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมี Client Meaning ว่าควรออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความคิดเห็นและสะท้อนมุมมองของตนเอง เพื่อต่อไปจะเข้าใจผู้อื่น ฝึกการไม่นำความคิดของตัวเองตัดสินผู้อื่น ซึ่งการเรียนการสอนที่ส่งผลดังกล่าวข้างต้นอาจารย์ให้ความเห็นว่าต้องเป็นการเรียนการสอนในสภาพจริง จัดให้ผู้เรียนได้ลงชุมชนไปเห็นสภาพจริงของชีวิตจริง โดยเฉพาะชีวิตของคนที่มีความทุกข์เพื่อให้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของคนอันจะส่งผลให้ผู้เรียนเห็นว่าความรู้เดิมของตนกับความจริงต่างกันซึ่งจะเป็นการกระตุ้นความใฝ่รู้ใฝ่เรียนของผู้เรียนต่อไป สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งสำหรับเรื่องการจัดการ เรียนการสอนที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์ให้ความเห็นไว้คือวิธีการเรียนการสอน ผู้สอนต้องสามารถสะท้อนคิด (Reflection) ให้ผู้เรียนมองเห็นตนเอง มองเห็นความคิดของตัวเอง เมื่ออยู่ในสถานการณ์การสอนในสภาพจริง ผู้สอนต้องเรียนรู้ทั้งกรณีศึกษาที่ให้ผู้เรียนไปเรียนรู้และตัวผู้เรียน ดังนั้นผู้สอนต้องเรียนรู้ได้เร็ว หยิบสถานการณ์ที่เกิดมาสอนได้อย่างเฉียบคมและใช้คำพูดในการ สะท้อนคิดที่โดนใจกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจเรียนรู้ต่อได้ดี ดังครูผู้สอนที่ให้ข้อมูลว่า *"การเรียนการสอนต้องออกแบบให้เห็นความคิดมุมมองของตัวเองเพื่อเข้าใจผู้อื่นไม่นำความคิดมุมมองของตนเองไปตัดสินคนอื่น ครูต้องออกแบบให้นักเรียนเห็นสภาพจริงของชีวิตคน ที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือการเลือกกรณีศึกษาให้นักเรียนเรียน หากเลือก case ที่ไม่โดนใจนักเรียน นักเรียนจะไม่สนใจไม่อยากเรียนรู้ ควรเลือกกรณีที่มีความทุกข์ชัดเจนจะทำให้ได้เรียนวิธีการแก้ทุกข์ของคน ทำให้เห็นว่าความรู้เดิมของตนเองกับความเป็นจริงต่างกัน"* สอดคล้องกับความเห็นของผู้ใช้บัณฑิตที่ให้ความเห็นว่า *"การสอนให้ผู้เรียนเกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้นต้องใช้วิธีการสอนในสถานการณ์จริง ไม่สามารถใช้ case แห้งในกระดาษให้เรียนเพราะการเรียนจากชีวิตผู้อื่นผู้เรียนต้องศรัทธาการใช้ชีวิตของเขา ถ้าผู้เรียนไม่ศรัทธาการใช้ชีวิตของเขาแสดงว่าเขายังไม่เข้าใจชีวิตคน เมื่อให้ผู้เรียนพูดคุยกับผู้รับบริการแล้วสิ่งสำคัญคือผู้สอนต้องให้ผู้เรียนมาประชุมกลุ่มเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ครูช่วยโยนคำถามสะท้อนคิดผู้เรียน ใช้คำถามกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็นของผู้เรียนซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ยากมาก ครูเองก็ต้องมาคุยกันเพื่อเรียนรู้ร่วมกันเช่นกันเป็นการเรียนรู้ต่อยอดจากประสบการณ์ของผู้อื่น"*

5. กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้ความเห็นว่ากิจกรรมพัฒนาผู้เรียนควรจัดให้สอดคล้องกับงานวิชาการ โดยอาจารย์

ร้อยละ 50.00 ให้มุมมองในส่วนของการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนว่าสามารถจัดเป็นกิจกรรมช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ดีเนื่องจากไม่มีสถานการณ์อื่น ๆ มาเป็นกรอบเหมือนการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นอาจารย์ที่รับผิดชอบงานนี้จึงสำคัญที่ต้องออกแบบกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เสริมทักษะทางฝ่ายวิชาการ นอกจากนั้นต้องมีวิธีการสะท้อนคิดกับผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพด้วย ดังคำกล่าวของผู้บริหารที่ว่า *"การจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาควรจัดให้สอดคล้องกับฝ่ายวิชาการเพื่อช่วยเติมเต็ม learning outcomes ซึ่งตามจริงแล้วกิจกรรมพัฒนานักศึกษามีโอกาสจัดกิจกรรมในสถานการณ์จริงมากกว่างานการเรียนการสอน ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานนี้จึงสำคัญต้องประสานกับฝ่ายวิชาการ มีกิจกรรมที่สะท้อนคิดการเข้าใจคน มีการสอนที่สอดคล้องกับงานวิชาการ"* เช่นเดียวกับอาจารย์ผู้สอนที่ให้ความเห็นว่า *"การจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน สถาบันต้องกำหนดการดูแลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์เป็นเป้าประสงค์หลักให้ชัดเจน การออกแบบกิจกรรมจึงจะสอดคล้องทั้งฝ่ายวิชาการและงานกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน ต้องมีการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้บริหาร อาจารย์ และผู้เรียนตั้งแต่เริ่มต้นทำงานทุกฝ่าย"* สำหรับผู้ใช้บัณฑิตให้ความเห็นว่า *"การจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาควรจัดเป็นหลักสูตรทางกิจกรรมนักศึกษาที่เสริมทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยตรง อาจไม่มีคะแนนแต่ควรเป็นกิจกรรมที่นักศึกษาทุกคนต้องผ่าน เพื่อช่วยเสริมทักษะเพิ่มจากงานการเรียนการสอน"*

6. สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้ความเห็นว่าสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่ง โดยอาจารย์ร้อยละ 100.00 ให้ความเห็นว่าแหล่งเรียนรู้หรือชุมชนเป็นสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนในสภาพจริงให้ผู้เรียนเกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยผู้สอนต้องเลือกแหล่งเรียนรู้หรือชุมชนที่กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน ขณะเดียวกันนโยบายของผู้บริหารเป็นกุญแจที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ ประกาศเป็นนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติว่าผู้สอนทุกคนต้องมีแนวคิดที่สอดคล้องพูดไปในทางเดียวกัน ดังนั้นผู้สอนต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทำนองเดียวกัน ตำรา คลิปวิดีทัศน์สนับสนุนการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ห้องเรียนสภาพจริงที่ผู้เรียนเข้าไปเรียนแล้วรู้สึกปลอดภัย สะท้อนสิ่งที่ผู้เรียนคิดได้ตามจริง ดังคำกล่าวของผู้บริหารที่ว่า *"นโยบายของผู้บริหารที่เน้นให้สถาบันมี การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญที่จะสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นการเสริมสร้างการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพราะเป็นเรื่องที่ยากใช้เวลาในการเรียนรู้"* เช่นเดียวกับอาจารย์ผู้สอนที่ให้ความเห็นว่า *"นโยบายผู้บริหารเป็นสิ่งสำคัญ ต้องมีนโยบายลงมาผู้ปฏิบัติจึงขานรับเนื่องจากการเรียนแบบนี้ต้องใช้เวลา มีค่าใช้จ่ายตามมาด้วยเช่น ค่ารถ ค่าเดินทาง นอกจากนั้นหากมีหนังสือหรือเอกสารเกี่ยวกับ Humanized care สนับสนุนจะดี นอกจากนั้นต้องมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันจึงควรมีการสนับสนุนให้มีเวทีที่ครูและผู้เรียนมาแชร์ความรู้ประสบการณ์ร่วมกัน"* และผู้ใช้บัณฑิตที่ให้ข้อเสนอว่า *"เกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญคือกลุ่มผู้เรียนที่เรียนในกลุ่มย่อยจัดขนาด 8 คนจะพอดี ถ้ากลุ่มใหญ่กว่านี้ผู้สอนจะตามความคิดผู้เรียนไม่ทันทุกคน"*

7. การวัดและประเมินผล ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน (ร้อยละ 100.00) ให้ความเห็นว่าการวัดและประเมินผลเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งสำหรับการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ต้องวัดประเมินผลในสภาพจริง (authentic evaluation) โดยผู้สอนต้องประเมินผู้เรียนให้ได้ว่าผู้เรียนมองข้อมูลอย่างไร มองให้เห็นถึงกรอบความคิดของผู้เรียนผ่านงานหรือคำถามของผู้เรียน อ่านผู้เรียนให้ออกว่าติดปัญหาเรื่องอะไรเพื่อเติมเต็มสิ่งที่ผู้เรียนขาด ดังคำกล่าวของผู้บริหารที่ว่า *"ศึกษาในสภาพจริงแล้วควรวัดประเมินผลในสภาพจริงด้วยเช่นกัน โดยสังเกตจากการเข้ากลุ่ม ติดตามพัฒนาการผู้เรียนเป็นรายบุคคล อ่านความคิดว่าผู้เรียนเข้าใจผู้อื่น"* เช่นเดียวกับอาจารย์ผู้สอนที่ให้ความเห็นว่า *"ต้องมองผู้เรียนให้ออกและรีบสะท้อน ณ ขณะสถานการณ์นั้นเลยจะดีกว่ารอให้มาเรียนในห้องเรียนเพราะทำให้ขาดบรรยากาศสภาพตามจริงให้เห็นเช่นเดินในชุมชนอยู่ด้วยกัน ถามผู้เรียนว่าเห็นอะไรบ้าง ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น มีการถาม case เพิ่มให้ผู้เรียนเห็นความจริงที่ต่างจากที่ผู้เรียนได้ข้อมูลมา บางครั้งผู้เรียนจะถามผู้สอนว่าเขาเป็นอย่างไร ซึ่งสถานการณ์แบบนี้ครูต้องอ่านผู้เรียนให้*

ออกว่าที่ถามแบบนี้ผู้เรียนคิดอย่างไร และถามสะท้อนโดยให้ผู้เรียนอธิบายสิ่งที่เขาเห็นเขาคิด" และผู้ใช้บัณฑิตที่ให้ข้อเสนอว่า *"ครูต้องเก่งประเมินผล ประเมินทั้ง case และผู้เรียนให้ออกว่าเขาคิดอะไร ครูต้องเก่งการใช้คำถามกระตุ้น เก่งสาระและเก่งการสังเกต"*

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเป็นผู้ที่มีผลงานวิชาการด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกโดยเป็นผู้บริหารระดับสูงหรือกลางของวิทยาลัยจำนวน 5 คน อาจารย์จำนวน 10 คน และผู้ใช้บัณฑิตจำนวน 10 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความสอดคล้องและถูกต้องของข้อมูลเป็นผู้ที่มีผลงานวิชาการด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเช่นกันโดยทำงานอยู่ที่วิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งห้าที่เป็นตัวแทนแต่ละภาคของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยเป็นผู้บริหารระดับสูงหรือกลางของวิทยาลัยจำนวน 5 คน อาจารย์จำนวน 5 คน และผู้ใช้บัณฑิตจำนวน 5 คนจาก 5 วิทยาลัยตัวแทนภาค

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าปัจจัยด้านต่าง ๆ ในการบริหารจัดการหลักสูตรฯ ที่มีผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตอภิปรายผล ดังนี้

1. หลักสูตร ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตทุกคน ให้ความเห็นว่า ควรกำหนดเรื่องของการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ให้ชัดเจนเพื่อเป็นเข็มมุ่ง โดยที่ผ่านมาการบริหารจัดการหลักสูตรมุ่งเน้นไปที่การทำงานตามวิชาชีพเป็นหลักเพียงอย่างเดียวจึงเป็นการทำงานเพื่อตอบ Professional meaningเท่านั้นยังไม่ตอบ Client meaning ที่ชัดเจน ขณะเดียวกันต้องมีหลักการนำหลักสูตรไปใช้ มีการวางแผน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องศึกษาวิเคราะห์ทำความเข้าใจหลักสูตรให้เข้าใจตรงกัน มีการกำกับติดตามผลการบริหารจัดการหลักสูตรเป็นระยะ ทั้งนี้เนื่องจากหลักสูตรเป็นแนวทางการดำเนินงานทั้งการจัดการเรียนการสอนของฝ่ายวิชาการและการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน[9] ที่กล่าวว่านอกจากการระบุหลักสูตรที่มุ่งหมายพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บนพื้นฐานความเอื้ออาทรและความปลอดภัยของผู้ป่วย วิทยาลัยต้องมีกระบวนการที่ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนให้บรรลุเป้าหมายโดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมการนำหลักสูตรไปใช้ได้แก่การเตรียมความพร้อมผู้สอนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การแปลงหลักสูตรสู่การสอน การทำแผนการสอนและการส่งเสริมสภาพแวดล้อมบรรยากาศการเรียนรู้

2. ผู้สอน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิต ให้ความเห็นว่าผู้สอนเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการผลิตให้บัณฑิตมีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หากจัดทำหลักสูตรมาเป็นอย่างดีแต่ผู้สอนละเลย หรือไม่มีทักษะการสอน การบรรลุวัตถุประสงค์ตามหลักสูตรกำหนดจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งในส่วนของผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตถือว่าผู้สอนมีส่วนสำคัญมากเนื่องจากผู้เรียนยังไม่มีประสบการณ์การพยาบาล ดังนั้นจึงมักยึดรูปแบบจากครูผู้สอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เลียนแบบทำตามแบบ ผู้สอนนำไปทางใดผู้เรียนจะเป็นตามแบบผู้สอน ดังนั้นผู้สอนต้องเปลี่ยนมุมมองจากการให้ความสำคัญของความรู้เชิงวิชาการ วิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว ควรคำนึงถึงความรู้เชิงมิติทางสังคมเพิ่มมากขึ้น มองการแก้ปัญหาที่มีหลายคำตอบเนื่องจากชีวิตคนเป็นพลวัตร ความคิดของคนเป็นที่มาของพฤติกรรมของคน ๆ นั้น หากขาดมุมมองสังคมที่เป็นจริงจะไม่เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการที่แท้จริง ผู้สอนต้องมองออกว่าปัจจุบันการให้บริการแก่ผู้รับบริการมีช่องว่างเกิดขึ้น เป็นช่องว่างที่เกิดจากผู้ให้บริการ "ไม่เข้าใจคน" มากกว่าการโทษผู้รับบริการว่าเขาไม่รู้จักดูแลตัวเอง เมื่อผู้สอนเข้าใจผู้รับบริการจะเข้าใจการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือเมื่ออยู่ในสถานการณ์การสอนในสภาพจริง ผู้สอนต้องเรียนรู้ทั้งกรณีศึกษาที่ให้ผู้เรียนไปเรียนรู้และตัวผู้เรียน ดังนั้นผู้สอนต้องเรียนรู้ได้เร็ว หยิบสถานการณ์ที่เกิดมาสอนได้อย่างเฉียบคมและใช้คำพูดในการสะท้อนคิดที่โดนใจกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจเรียนรู้ต่อได้ดี ดังเช่นการศึกษาของ Bunnakit และ Yana[13] ที่ศึกษาผลการเรียนรู้ของนักศึกษาจากการจัดการเรียน

การสอนวิชาโภชนาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจความเป็นมนุษย์ของบุคคลพบว่าผู้สอนอ่านความคิดของนักศึกษาได้ว่านักศึกษายังมองพฤติกรรมคนแบบแยกส่วน เรียนรู้โดยใช้ความคิดของตนเองสรุป อธิบายพฤติกรรมกรณีศึกษา มุ่งหาคำตอบตามโจทย์ที่ครูมอบหมายเท่านั้น ขณะเดียวกันด้านครูผู้สอนยังพบปัญหาเรื่องการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนไม่ดีพอ ทำให้ผู้เรียนยังคงมุ่งหาคำตอบตามโจทย์ที่ครูมอบหมายเท่านั้นไม่เกิดความอยากรู้ที่เป็นความรู้สึกภายในตัวของนักศึกษาเอง ครูยังขาดเป้าหมายที่ชัดเจนในการใช้คำถามครูจึงต้องพัฒนาวิธีการพูดสะท้อนคิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับสถาบันพระบรมราชชนก[11] กล่าวในแนวทางการดำเนินการจัดการศึกษาเพื่อให้บัณฑิตของวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีอัตลักษณ์ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่าแนวทางการดำเนินการจัดการศึกษาเพื่อให้บัณฑิตของวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีอัตลักษณ์ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่าการพัฒนาอาจารย์ผู้สอนเป็นกุญแจสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ของการจัดการศึกษาเนื่องจากอาจารย์ผู้สอนต้องมีความเข้าใจปรัชญาการสาธารณสุขแนวใหม่และแนวคิดของกระบวนการการเรียนการสอนให้เข้าใจมนุษย์และจัดกระบวนการการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยจัดให้ผู้เรียน เรียนรู้จากความจริงของชีวิต และสะท้อนคิดให้ผู้เรียนเห็นความคิดของตนเองที่เป็นกรอบ เพื่อปรับมุมมองและลดอคติของผู้เรียน ซึ่งการลดอคติจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดกระบวนการคิดวิจารณญาณ รู้จักตั้งคำถาม ตัดสินใจด้วยตนเอง เห็นคุณค่า เห็นประโยชน์ และเกิดความสุขในการเรียนรู้

3. ผู้เรียน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิต ให้ความเห็นว่า วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกไม่สามารถเลือกผู้เรียนเนื่องจากผู้เรียนมาจากการรับตรงของสถาบันพระบรมราชชนก แต่ผู้สอนของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกต้องสามารถพัฒนาให้ผู้เรียนเป็นไปตามคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของวิทยาลัยและสถาบันพระบรมราชชนก แต่หากสามารถกำหนดคุณสมบัติของผู้เรียนได้ ผู้เรียนที่จะเข้ามาเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่เสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นอกจากมีคุณสมบัติครบตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตกำหนดแล้วควรจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกทักษะการฟังอย่างใคร่ครวญ มีประสบการณ์การฝึกการคิดวิเคราะห์ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ใฝ่รู้ใฝ่เรียนและมีใจรักในวิชาชีพพยาบาลมีความต้องการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ เมื่อเข้ามาเรียนด้วยวิธีการเรียนการสอนที่เสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จะเรียนรู้ได้เร็วขึ้น ลดอคติตนเอง รับฟังความคิดผู้อื่นไม่ใช้ความคิดตนเองคิดแทนผู้อื่นได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการจัดการศึกษาเพื่อให้บัณฑิตของวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีอัตลักษณ์ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของสถาบันพระบรมราชชนก[11] ที่ระบุว่าควรมีการจัดกระบวนการการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยจัดให้ผู้เรียน เรียนรู้จากความจริงของชีวิต และสะท้อนคิดให้ผู้เรียนเห็นความคิดของตนเองที่เป็นกรอบ เพื่อปรับมุมมองและลดอคติของผู้เรียน ซึ่งการลดอคติจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดกระบวนการคิดวิจารณญาณ รู้จักตั้งคำถาม ตัดสินใจด้วยตนอง เห็นคุณค่า เห็นประโยชน์ และเกิดความสุขในการเรียนรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก[10] ที่กล่าวว่าการเรียนเป็นกระบวนการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้สึก ความคิดเห็น และการกระทำของตนเองจริง ๆ

4. วิธีการเรียนการสอน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตให้ความเห็นว่าวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมี Professional meaningที่ดีแล้วแต่ยังขาดมุมมองที่ชัดเจนของ Client meaning โดยอาจารย์ให้มุมมองในส่วนของการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมี Client meaning ว่าควรออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความคิดเห็นและสะท้อนมุมมองของตนเอง เพื่อต่อไปจะเข้าใจผู้อื่น ฝึกการไม่นำความคิดของตัวเองตัดสินผู้อื่น ซึ่งการเรียนการสอนที่ส่งผลดังกล่าวข้างต้น อาจารย์ให้ความเห็นว่าต้องเป็นการเรียนการสอนในสภาพจริง จัดให้ผู้เรียนได้ลงชุมชนไปเห็นสภาพจริงของชีวิตจริง โดยเฉพาะชีวิตของคนที่มีความทุกข์เพื่อให้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของคนอันจะส่งผลให้ผู้เรียนเห็นว่าความรู้เดิมของตนกับความจริงต่างกันซึ่งจะเป็นการกระตุ้นความใฝ่รู้ใฝ่เรียนของผู้เรียนต่อไป สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งสำหรับเรื่องการจัดการเรียนการสอนที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์ให้ความเห็นไว้คือวิธีการ

เรียนการสอน ต้องมีวิธีการสอนแบบสะท้อนคิด (reflection) ให้ผู้เรียนมองเห็นตนเอง มองเห็นความคิดของตัวเอง สอดคล้องกับแนวคิดสำคัญในการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก[10] คือการจัดเรียนการสอนตามหลักสูตรกำหนด ซึ่งเดิมเป็นการเรียนการสอนที่เน้นเนื้อหาสาระและสมรรถนะเชิงวิชาชีพเป็นสำคัญ เปลี่ยนมาเป็นเน้นความเข้าใจมนุษย์ ชุมชน สังคมและความเป็นจริงผสมผสานกับความรู้ทางวิชาการและทางวิชาชีพ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ทักษะทางวิชาชีพ ตลอดจนเข้าใจชีวิตจริงเพื่อเป็นฐานในการให้บริการทางสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและสามารถประยุกต์ความรู้ถ่ายทอดเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชนตามเจตนารมณ์ของหลักสูตร กระบวนการการเรียนการสอนแบบบูรณาการที่ให้เข้าใจทั้ง 2 มิติ ไปอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตร คือ ทั้งมิติทางด้านความรู้หลักการทางวิชาชีพ และมิติทางด้านสังคมการเรียนในมิติด้านสังคมจำเป็นต้องเรียนรู้กับของจริงคือมนุษย์ การดำรงชีวิตของมนุษย์และบริบทที่อยู่รอบ ๆ เรียกกระบวนการเรียนนี้ว่าเป็นการเรียนรู้ในสภาพจริง (authentic learning) ที่สำคัญคือ เป็นการเรียนที่มุ่งเข้าใจคุณค่าความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีพฤติกรรมความรู้สึกนึกคิด การเรียนรู้ภายใต้สภาวะแวดล้อมและบริบทของตนเอง สาระและกระบวนการการเรียนเหล่านี้มีผลต่อการสร้างทัศนคติและพัฒนาความคิดของผู้เรียนตลอดจนการกระตุ้นการเรียนรู้จากภายในตัวผู้เรียน

5. กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน ในส่วนของกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนนี้ ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตให้ความเห็นว่ากิจกรรมพัฒนาผู้เรียนควรจัดให้สอดคล้องกับงานวิชาการ อาจารย์ร้อยละ 50.00 ให้มุมมองในส่วนของการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนว่าสามารถจัดเป็นกิจกรรมช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการดูแลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ได้ดีเนื่องจากไม่มีสถานการณ์อื่น ๆ มาเป็นกรอบเหมือนการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นอาจารย์ที่รับผิดชอบงานนี้จึงสำคัญที่ต้องออกแบบกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เสริมทักษะทางฝ่ายวิชาการ นอกจากนั้นต้องมีวิธีการสะท้อนคิดกับผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพด้วย และหากเป็นไปได้ควรจัดเป็นหลักสูตรเสริมที่ผู้เรียนทุกคนต้องผ่านเกณฑ์ เช่นเดียวกับคำกล่าวของศักดิ์มงคล เชื้อทองและทัศนีย์ เกริกกุลธร[12] ที่ศึกษาแนวทางการพัฒนา การมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่าควรบูรณาการการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาผู้เรียน โดยกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาผู้เรียนนั้นควรจัดกิจกรรมที่หลากหลายสอดคล้องกับความสนใจ เหมาะสมกับความสามารถและสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

6. สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิต ให้ความเห็นว่าสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่ง โดยอาจารย์ร้อยละ 100.00 ให้ความเห็นว่าแหล่งเรียนรู้หรือชุมชนเป็นสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนในสภาพจริงให้ผู้เรียนเกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยผู้สอนต้องเลือกแหล่งเรียนรู้หรือชุมชนที่กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน ขณะเดียวกันนโยบายของผู้บริหารเป็นกุญแจที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ ประกาศเป็นนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติว่าผู้สอนทุกคนต้องมีแนวคิดที่สอดคล้องพูดไปในทางเดียวกัน ดังนั้นผู้สอนต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทำนองเดียวกัน ตำรา คลิปวิดีทัศน์สนับสนุนการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ห้องเรียนสภาพจริงที่ผู้เรียนเข้าไปเรียนแล้วรู้สึกปลอดภัย สะท้อนสิ่งที่ผู้เรียนคิดได้ตามจริง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรจากปัจจัยด้านการบริหารหลักสูตรของ Thipsung-noen[10] ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการนำหลักสูตรไปใช้นอกจากการเตรียมความพร้อมผู้สอน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรแล้วยังต้องแปลงหลักสูตรสู่การเรียนการสอน ศึกษาเอกสารหลักสูตร พัฒนาวัสดุหลักสูตรที่จำเป็นสำหรับการเรียนการสอน เช่น เอกสาร แบบเรียน สื่อการเรียนการสอน เครื่องมือวัดประเมินผล แหล่งวิทยาการในท้องถิ่นชั้นเรียน ห้องปฏิบัติการ สถานฝึกปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียน

7. การวัดและประเมินผล ผู้บริหาร อาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิตให้ความเห็นว่าการวัดและประเมินผลเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งสำหรับการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต้องวัดประเมินผลในสภาพจริง (authentic evaluation) โดยผู้สอนต้องประเมินผู้เรียนให้ได้ว่าผู้เรียนมองข้อมูลอย่างไร มองให้เห็นถึงกรอบ

ความคิดของผู้เรียนผ่านงานหรือคำถามของผู้เรียน อ่านผู้เรียนให้ออกว่าติดปัญหาเรื่องอะไรเพื่อเติมเต็มสิ่งที่ผู้เรียนขาด สอดคล้องกับแนวคิดสำคัญในการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก[11] คือการประเมินผู้เรียนต้องประเมินผลในสถานการณ์จริงโดยกระบวนการสรุป วิเคราะห์และชี้ประเด็นของอาจารย์ผู้สอนในสถานการณ์จริง บทบาทของอาจารย์ผู้สอนต้องเป็นผู้สรุป วิเคราะห์ ชี้ประเด็น สะท้อนผู้เรียนให้เห็นและเข้าใจความจริงที่ศึกษา (สาระที่เป็นแก่น) ให้ผู้เรียนสะท้อนคิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (ปรับทัศนคติ) รวมทั้งพัฒนาความคิด วิจารณญาณ (ทักษะทางปัญญา) ดังนั้นการประเมินทัศนคติหรืออ่านความคิดของผู้เรียน ประเมินความสามารถในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการแปลผล ประเมินฐานความรู้ในสภาพจริงของพฤติกรรมบุคคล และการชี้ประเด็นเพื่อสะท้อนคิด ปรับทัศนคติ หรือถ่ายทอดมุมมองของกรณีศึกษา ตลอดจนการประเมินการสรุปความคิดรวบยอดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้เพิ่มขึ้น เกิดความสงสัย อยากหาคำตอบในสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน และใช้ตนเองเป็นผู้ค้นหาจนเกิดการเรียนรู้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิทยาลัยที่ต้องการผลิตบัณฑิตที่มีทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สามารถนำผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกไปใช้เป็นแนวทางดังนี้

1. พัฒนาผู้สอนให้เข้าใจวิธีการสอนเพื่อเข้าใจการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

2. หลักสูตร และการนำหลักสูตรไปใช้ พัฒนาหลักสูตรโดยกำหนดให้มีความรู้ทั้งในส่วนของ Professional meaning และ Client meaning และมีกระบวนการที่ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนให้บรรลุเป้าหมายโดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมการนำหลักสูตรไปใช้ได้แก่การเตรียมความพร้อมผู้สอนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การแปลงหลักสูตรสู่การสอน การทำแผนการสอนและการส่งเสริมสภาพแวดล้อม บรรยากาศการเรียนรู้

3. พัฒนาวิธีการจัดเรียนการสอนตามหลักสูตรกำหนด เน้นความเข้าใจมนุษย์ ชุมชน สังคมและความเป็นจริงผสมผสานกับความรู้ทางวิชาการและทางวิชาชีพ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะทางวิชาชีพตลอดจนเข้าใจชีวิตจริงเพื่อเป็นฐานในการให้บริการทางสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

4. ต้องปลูกฝังให้ผู้เรียนเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เชื่อว่าตัวเองสามารถเรียนรู้ได้ มีมุมมองที่หลากหลาย ไม่ติดกรอบ อย่ามองว่าทุกคำถามมีเพียงคำตอบเดียว

5. จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เสริมการพัฒนาผู้เรียนต่อยอดร่วมกับฝ่ายวิชาการโดยจัดกิจกรรมที่หลากหลาย สอดคล้องกับความสนใจ เหมาะสมกับความสามารถ และสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

6. แหล่งเรียนรู้หรือชุมชนเป็นสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนในสภาพจริงให้ผู้เรียนเกิดทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยผู้สอนต้องเลือกแหล่งเรียนรู้หรือชุมชนที่กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน

7. มีการวัดประเมินผลในสภาพจริง (authentic evaluation)

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อได้รูปแบบของการบริหารจัดการหลักสูตรเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นำไปใช้ต่อไป

2. ควรศึกษาวิจัยการวัดประเมินผลในสภาพจริง (Authentic Evaluation) ให้เป็นรูปธรรม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

References

1. Praboromarajchanok Institute. Bachelor of nursing science programme (2018). Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute; 2018:11.(in Thai)
2. Jomsri P. Perception of nursing principle in Thailand. Journal of Thai Journal of Nursing Council 2010;25(1):27-37. (in Thai).
3. Sungjang C. Let's return the heart to the health system. Mohanamai Journal 2009;4(1):22-3. (in Thai).
4. Wongkongkathep S. Evaluation of learners and integrated teaching.[Research report]. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute, 2007:50-1. (in Thai).
5. Charoensuk S, Autthohi P, Pethkong J, Chulert P, Kaewmeungphang R, Kullapanit M, et al. Take lessons from skills development, learning process to change the paradigm to create innovation of health and public health development with the role of coach in reflecting with 3 basket techniques.Bangkok:Danex intercorperation Ltd., 2019. (in Thai)
6. Kumthana P, Inthana J, Wongyara N, Hakom N, Jumnean M. Perception of humanize health care behavior of students, teachers, users graduates and clients Rachaburi.[Research report]. Rachaburi: Boromarajonani Nursing College, Rachaburi, 2010 (in Thai)
7. Krekchaiwan D, Klungrith S. A study of the effect of integrated instructional management in health promotion and illness prevention subject. In:Knowledge Management The First Series, Methnawin S, Siriwethsoonthorn A ,editors. Praboromarajchanok Institute academic conference 2010 Life is Education, Education is Life ;2010 Aug 25-26; Monthein Riverside Hotel. Nonthaburi: Thahanphansook Printer; 2010.p.89-102. (in Thai)
8. Wongyai W. Graduate curriculum administration[Internet]. 2017[cited 2019 Jan 14]. Available from: https://nawaporn.files.wordpress.com ›2009/01. (in Thai)
9. Wongkongkhathep S. Think and do, do and think 2. Nonthaburi: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine; 2016; 23-33.(in Thai)
10. Thipsungnoen T. A causal model of caring behavior of nursing students in boromarajonani college of nursing of praboromarajchanok institute for health workforce development [doctoral's thesis].Nonthaburi: Sukhothaithumathiraj University;2019:279. (in Thai)
11. Praboromarajchanok Institute. A guide to proceeding to achieve praboromarajchanok graduate identity. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute; 2011;11-15. (in Thai)
12. Chueatong S, Krirkgulthorn T. The development of service mind and humanized care for nursing student. Journal of Nursing and Education 2018;11(4):1-13. (in Thai)
13. Bunnakit H, Yana A. The Learning outcomes of students from the integrated nutrition subject. In: Knowledge Management The First Series, Methnawin S, Siriwethsoonthorn A,editors.

Praboromarajchanok Institute academic conference 2010 Life is Education, Education is Life; 2010 Aug 25-26; Monthein Riverside Hotel. Nonthaburi: Thahanphansook Printer; 2010. 8-15.(in Thai)

14. Karen L. Mc Camant. Humanistic nursing, interpersonal relations theory, and the Empathy-Altruism Hypothesis. Nursing Science Quarterly 2006;19(4):334-8.
15. Judy E, Duchscher B. Bending a habit: critical social theory as a framework for humanistic nursing education. Nurse Education Today 2000;20:453–62.

บทความวิจัย

ลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

Personality Traits and Work Role Performance of Nurses in Regional Hospitals

Received: Mar 15, 2020
Revised: May 1, 2020
Accepted: May 8, 2020

อดิเรก ช่างเพียร พย.ม (Adirake Changpean, M.N.S.)[1]
กุลวดี อภิชาติบุตร ปร.ด (Kulwadee Abhicharttibutra, Ph.D)[2]
เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล ปร.ด (Petsunee Thungjaroenkul, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

ลักษณะบุคลิกภาพมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 413 คน คัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบและแบบวัดการปฏิบัติตามบทบาทในงาน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคโดยรวมของเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับเท่ากับ .85 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่นมากที่สุด (ร้อยละ 75.30) รองลงมาคือแบบมีความรับผิดชอบ (ร้อยละ 13.32) การปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านความชำนาญส่วนบุคคล ในฐานะสมาชิกทีมและในฐานะสมาชิกองค์กรอยู่ในระดับมาก การปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านการปรับตัวส่วนบุคคลและในฐานะสมาชิกทีมอยู่ในระดับมาก ส่วนในฐานะสมาชิกองค์กรอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และการปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านการทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล ในฐานะสมาชิกทีมและในฐานะสมาชิกองค์กรอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ แบบมีความรับผิดชอบ แบบมีความเข้าใจผู้อื่น และแบบเปิดเผยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญ การปรับตัว และการทำงานเชิงรุก ในขณะที่บุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญ การทำงานเชิงรุก และการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ในการพัฒนาลักษณะบุคลิกภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลที่จะทำให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การปฏิบัติตามบทบาทในงาน, ลักษณะบุคลิกภาพ, พยาบาล, โรงพยาบาลศูนย์

[1]*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: adirake.ac@hotmail.com*
[2]*Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: kulwadee.a@cmu.ac.th*
[3]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: petsunee.t@cmu.ac.th*
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Abstract

The personality traits are important and related to work role performance of nurses. This correlational descriptive study aimed to examine the relationship between personality trait and work role performance among nurses in regional hospitals. Participants included 413 registered nurse. Multistage random sampling method was used to recruit the participants. Instruments were the NEO-FFI personality trait scale and the work role performance scale. Cronbach's alpha coefficients of both scales were .85 and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Order Correlation coefficient.

Results revealed that personality traits of nurses were agreeableness (75.30%), and conscientiousness (13.32%). The individual task proficiency, team member proficiency, and organization member proficiency were at a high level. The individual task adaptivity and team member adaptivity were at a high level. The organization member adaptivity was at a somewhat high level. The individual task proactivity, team member proactivity, and organization member proactivity were at a high level. The personality traits of conscientiousness, agreeableness, and extraversion significantly positively related to proficiency, adaptivity, and proactivity of work role performance. On the other hand, the personality trait of neuroticism significantly negatively related to proficiency, adaptivity, and proactivity of work role performance.

The results of this study contributed to nurse managers in regional hospitals in developing staff's personality traits to promote work role performance among nurses. The ultimate goal is to increase quality and efficiency of nursing services.

Keywords: work role performance, personality traits, nurse, regional hospital

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่งผลต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพ รวมถึงความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้น องค์กรสุขภาพจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลศูนย์จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ตอบรับกับนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและมุ่งสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (advanced HA) เพื่อต่อยอดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยกระดับคุณภาพในการบริการ[2] ซึ่งพยาบาลในฐานะบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์จำเป็นต้องมีการพัฒนาความชำนาญส่วนบุคคลในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการทำงานเชิงรุกในการพัฒนานวัตกรรมหรืองานวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาชีพ คิดค้นวิธีการใหม่หรือสร้างมาตรฐานใหม่ ๆ ในการทำงานที่จะส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามบทบาทในงานเพิ่มมากยิ่งขึ้น[3] นอกจากนี้พยาบาลต้องร่วมคิดตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและร่วมติดตามผลหรือต้องสามารถจัดการผลลัพธ์หรือปรับปรุงการทำงานให้เกิดคุณภาพ การปฏิบัติงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลต้องจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตามบทบาทในงานทั้งความชำนาญ การทำงานเชิงรุก และปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงการทำงานของตนเอง ทีมและองค์กรให้ดียิ่งขึ้น

การปฏิบัติตามบทบาทในงาน (work role performance) เป็นการปฏิบัติตามความรับผิดชอบของบุคคลในการทำงานในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับความชำนาญในงาน การปรับตัว และการทำงานเชิงรุกทั้งในระดับบุคคล ทีมและองค์กรที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลในการทำงาน[4] การที่บุคคลมีการปฏิบัติตามบทบาทในงานถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาตนเอง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความชำนาญในวิชาชีพ สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ให้ทันต่อเหตุการณ์ รวมทั้งมีการวางแผนเชิงรุกเพื่อรับมือต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาทีมและองค์กรต่อไป[4] การปฏิบัติตามบทบาทในงานยังมีความสำคัญต่อทีม คือ ทำให้เกิดความคล่องตัวและความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในองค์กร ทำให้สามารถดำเนินงานภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานยังเป็นประโยชน์ต่อการนำมาใช้วางแผนพัฒนาโครงสร้างการทำงานขององค์กรเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะหากมีการปฏิบัติตามบทบาทในงานอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว นอกจากจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความชำนาญในตำแหน่งหน้าที่นั้น ๆ ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของทีมและองค์กรด้วย[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลิกภาพมี 5 ลักษณะ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ แบบมีความรับผิดชอบ แบบมีความเข้าใจผู้อื่น แบบเปิดเผยตนเอง และแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์[6] โดยพบว่าลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านการทำงานเชิงรุกในระดับทีม และระดับองค์กร ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่นมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านความชำนาญและการปรับตัวของทีมและองค์กร แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล[7] บุคลิกภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทในงาน ซึ่งที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ และยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในประเทศไทย โดยถึงแม้จะพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานในต่างประเทศแล้ว แต่สภาพสิ่งแวดล้อม สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันอาจไม่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวของวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยได้ ทำให้ยังขาดข้อมูลที่จะสะท้อนให้เห็นถึงระดับลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในด้านความชำนาญ การปรับตัว และกิจกรรมเชิงรุก ทั้งในระดับบุคคล ทีมและองค์กร ที่จะสามารถนำมาใช้ในการปรับปรุง การพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การศึกษาลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้พยาบาลมีลักษณะบุคลิกภาพที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญการปรับตัว และกิจกรรมเชิงรุก ในการพัฒนาตนเอง ทีมและองค์กรให้ดีขึ้นอันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพของพยาบาล และการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน โดยการปฏิบัติตามบทบาทในงานใช้แนวคิดของ Griffin และคณะ[4] ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ 1) ความชำนาญในงานส่วนบุคคล 2) ความชำนาญในฐานะสมาชิกทีม 3) ความชำนาญในฐานะสมาชิกองค์กร 4) การปรับตัวในงานส่วนบุคคล 5) การปรับตัวในฐานะสมาชิกทีม 6) การปรับตัวในฐานะสมาชิกองค์กร 7) การทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล 8) การทำงานเชิงรุกในฐานะสมาชิกทีม และ 9) การทำงานเชิงรุกในฐานะสมาชิกองค์กร ส่วนลักษณะบุคลิกภาพใช้แนวคิด Casta และ McCrac[6] ประกอบได้ด้วยบุคลิกภาพ 5 แบบ คือ แบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ แบบเปิดเผยตนเอง แบบเปิดรับประสบการณ์ แบบ

ความเข้าใจผู้อื่น และแบบมีความรับผิดชอบ โดยลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตนเอง แบบเปิดรับประสบการณ์ แบบมีความเข้าใจผู้อื่น และแบบมีความรับผิดชอบมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน ส่วนลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์มีแนวโน้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานทั้งในด้านความชำนาญ การปรับตัว พฤติกรรมเชิงรุก ทั้งในระดับบุคคล ทีมและองค์กร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ จำนวน 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 4,808 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการไม่ตอบกลับแบบสอบถามหรือตอบกลับไม่ครบถ้วน[8] รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 444 คน

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ 2) ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล 3) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และเกณฑ์การคัดออก คือ พยาบาลที่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอดในช่วงที่รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยมีขั้นตอนคือ สุ่มโรงพยาบาลโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยใช้อัตราส่วน 3:1 ได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทน 2 โรงพยาบาลจากทั้งหมด 6 โรงพยาบาล จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิได้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 232 คน และโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 212 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละงานการพยาบาล (ทั้งหมด 11 งานการพยาบาล) และแต่ละหอผู้ป่วยตามสัดส่วนของพยาบาลในแต่ละงานการพยาบาลและแต่ละหอผู้ป่วย ขั้นตอนสุดท้ายสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลของแต่ละหอผู้ป่วยแบบจับฉลากแบบไม่แทนที่ตามจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล และประสบการณ์ทำงานในแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยข้อคำถามเป็นลักษณะปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ของ John และ Srivastava[9] ที่แปลเป็นไทยโดย Nuchpong[10] ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ค่าเฉลี่ยผลรวมของคะแนนลักษณะบุคลิกภาพแบบใดอยู่ในระดับสูง หมายถึง บุคคลจะมีความโน้มเอียงที่จะมีลักษณะบุคลิกภาพแบบนั้น[9]

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตามบทบาทในงาน ของ Griffin และคณะ[4] ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ด้าน จำนวนทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) คำนวณคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามบทบาทในงานแต่ด้านและแบ่งการปฏิบัติตามบทบาทในงานเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อย (คะแนน 1.00-2.00) ค่อนข้างน้อย (คะแนน 2.01-3.00) ค่อนข้างมาก (คะแนน 3.01-4.00) และมาก (คะแนน 4.01-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบวัดการปฏิบัติตามบทบาทในงานได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้พัฒนาเครื่องมือโดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและได้ดำเนินการแปลเป็นภาษาไทยตามกระบวนการแปลย้อนกลับ[11] ส่วนแบบทดสอบลักษณะบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ (The Big Five Inventory: BFI) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย John และ Srivastava[9] และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ Nuchpong[10] ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของแบบทดสอบบุคลิกภาพ

ทั้งห้าองค์ประกอบของบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ แบบเปิดเผยตัวเอง แบบเปิดรับประสบการณ์ แบบมีความเข้าใจผู้อื่น และแบบมีความรับผิดชอบ ได้เท่ากับ 0.73, 0.76 , 0.75, 0.76 และ 0.70 ตามลำดับ และของทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 ส่วนแบบวัดการปฏิบัติตามบทบาทในงานได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคด้านความชำนาญในงานส่วนบุคคล ความชำนาญในฐานะสมาชิกทีม ความชำนาญในฐานะสมาชิกองค์กร การปรับตัวในงานส่วนบุคคล การปรับตัวในฐานะสมาชิกทีม การปรับตัวในฐานะสมาชิกองค์กร การทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล การทำงานเชิงรุกในฐานะสมาชิกทีม การทำงานเชิงรุกในฐานะสมาชิกองค์กรเท่ากับ 0.91, 0.88, 0.85, 0.86, 0.89, 0.80, 0.87, 0.72, 0.90 ตามลำดับและของทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (รหัสโครงการ 2562- EXP075) และจากโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (เลขอนุมัติ 91/62) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำหนังสือชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยชี้แจงให้ทราบว่าการเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามและสามารถออกจากการศึกษาในครั้งนี้ได้โดยไม่ต้องแจ้งหรืออธิบายเหตุผลให้ทราบ แบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อผู้ตอบซึ่งจะใช้รหัสเป็นตัวเลขแทน ข้อมูลทุกฉบับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และแบบสอบถามจะถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ส่วนข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างแต่ประการใด

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม 2562 หลังจากโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอแต่งตั้งผู้ประสานงานวิจัย จากนั้นติดต่อกับผู้ประสานงานวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการรวบรวมข้อมูลและบทบาทของผู้ประสานงาน และส่งมอบชุดแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยหนังสือชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบบสอบถามและซองเปล่า 2 ซองสำหรับแยกส่งคืนแบบสอบถามและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยรับแบบสอบถามจากผู้ประสานงานด้วยตนเอง นำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวนทั้งหมด 421 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.81 และทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 413 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.01

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงาน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์ (correlation coefficient) ออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง (r=0.71-1.00) ปานกลาง (r =0.30-0.70) ต่ำ (r =0.10-0.29)[8]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.76 ปี (SD. = 9.77) โดยมีช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.80 เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.46 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 47.94 มีระดับการศึกษาขั้นสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี ร้อยละ 93.95 มีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 13.85 ปี (SD. = 9.89) มีประสบการณ์การทำงานในแผนกที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.93 ปี (SD. = 7.97) ปฏิบัติงานสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ/ผู้ป่วยหนักมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.74 รองลงมาคือ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 15.01 และเข้าร่วมประชุมอบรมหรือเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 60.29

2. ลักษณะบุคลิกภาพ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่น ร้อยละ 75.30 รองลงมาคือ ลักษณะบุคลิกภาพ

แบบมีความรับผิดชอบ ร้อยละ 13.32 ลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตนเอง ร้อยละ 5.57 ลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ ร้อยละ 4.36 และลักษณะบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 1.45 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

3. การปฏิบัติตามบทบาทในงาน กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ มีการปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านความชำนาญส่วนบุคคล ทีม และองค์กร อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการปรับตัวส่วนบุคคล ทีม อยู่ในระดับมาก ในขณะที่การปรับตัวในระดับองค์กร อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และการทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล ทีม และองค์กรอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (ตารางที่ 2)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงาน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ แบบมีความรับผิดชอบ แบบมีความเข้าใจผู้อื่น และแบบเปิดเผยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญ การปรับตัว และการทำงานเชิงรุกทั้งในระดับบุคคล สมาชิกทีม และสมาชิกองค์กร ในขณะที่บุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญ การทำงานเชิงรุก การปรับตัวทั้งในระดับบุคคล สมาชิกทีม และสมาชิกองค์กร (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะบุคลิกภาพ 5 แบบ (n = 413)

ลักษณะบุคลิกภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แบบมีความเข้าใจผู้อื่น	311	75.30
แบบมีความรับผิดชอบ	55	13.32
แบบเปิดเผยตนเอง	23	5.57
แบบเปิดรับประสบการณ์	18	4.36
แบบไม่มั่นคงทางอารมณ์	6	1.45

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของคะแนนการปฏิบัติตามบทบาทในงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 413)

การปฏิบัติตามบทบาทในงาน	$\bar{X}$	SD.	Max	Min	ระดับ
ความชำนาญในงานส่วนบุคคล	4.18	.49	5.00	3.00	มาก
ความชำนาญในฐานะสมาชิกทีม	4.24	.50	5.00	3.00	มาก
ความชำนาญในฐานะสมาชิกองค์กร	4.04	.59	5.00	2.00	มาก
การปรับตัวในงานส่วนบุคคล	4.11	.50	5.00	2.67	มาก
การปรับตัวในฐานะสมาชิกทีม	4.15	.51	5.00	2.67	มาก
การปรับตัวในฐานะสมาชิกองค์กร	4.00	.52	5.00	2.33	ค่อนข้างมาก
การทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล	3.86	.60	5.00	2.00	ค่อนข้างมาก
การทำงานเชิงรุกในฐานะสมาชิกทีม	3.80	.60	5.00	2.00	ค่อนข้างมาก
การทำงานเชิงรุกในฐานะสมาชิกองค์กร	3.76	.69	5.00	1.33	ค่อนข้างมาก

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s) ระหว่างบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์

ลักษณะบุคลิกภาพ	การปฏิบัติตามบทบาทในงาน								
	ความชำนาญ			การปรับตัว			การทำงานเชิงรุก		
	บุคคล	ทีม	องค์กร	บุคคล	ทีม	องค์กร	บุคคล	ทีม	องค์กร
แบบเปิดรับประสบการณ์	.289*	.230*	.318*	.330*	.271*	.393*	.435*	.434*	.435*
แบบมีความรับผิดชอบ	.356*	.341*	.313*	.378*	.354*	.377*	.225*	.364*	.311*
แบบมีความเข้าใจผู้อื่น	.299*	.319*	.334*	.271*	.338*	.365*	.123*	.271*	.203*
แบบเปิดเผยตนเอง	.261*	.268*	.277*	.273*	.309*	.321*	.239*	.265*	.311*
แบบไม่มั่นคงทางอารมณ์	-.185*	-.229*	-.260*	-.279*	-.238*	-.309*	-.151*	-.256*	-.202*

* p<.01

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะบุคลิกภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่น อาจเนื่องมาจากในขณะเข้ารับการศึกษาพยาบาลทุกคนได้รับการปลูกฝังและสั่งสอนให้มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน เข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความโอบอ้อมอารี พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้อื่นทุกเมื่อ[12] และเมื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลได้รับการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมจากองค์กร ดังเช่นโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้มีนโยบายในการเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม โดยได้สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมกำหนดหลักคุณธรรมในการทำงาน และทำเป็นนโยบายของโรงพยาบาล[13] ในส่วนของโรงพยาบาลลำปางได้มีการปลูกฝังโดยการจัดอบรมบุคลิกภาพภายในโรงพยาบาลแก่บุคลากรทุกปี[14] ซึ่งการปลูกฝังดังกล่าวอาจส่งเสริมให้พยาบาลโรงพยาบาลศูนย์มีการพัฒนาบุคลิกภาพในการบริการในเรื่องการบริการแก่ผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน และเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลถึงร้อยละ 75.30 มีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nuchpong[10] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาคเหนือมีค่าเฉลี่ยของลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่นมากที่สุด ร้อยละ 77.56 และการศึกษาของ Neal และคณะ[7] ที่ได้ศึกษาพบว่าลูกจ้างบุคลิกภาพในลูกจ้างในประเทศออสเตรเลียมีค่าเฉลี่ยลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่นมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.03, SD. = .55)

ส่วนลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความรับผิดชอบซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่มีความตั้งใจ มีเป้าหมายในชีวิตและมีความรอบคอบในหน้าที่การงาน ผลการศึกษาพบว่า เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่กลุ่มตัวอย่างมีเป็นลำดับที่ 2 (ร้อยละ 13.32) อาจเนื่องจากวิชาชีพของพยาบาลมีการทำงานที่ต้องอาศัยความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ใช้บริการมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพโดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการหายจากโรค[15] โดยเฉพาะการที่ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤต และมีผู้ใช้บริการจำนวนมากทำให้พยาบาลมีความรับผิดชอบและความรอบคอบที่มากขึ้น ดังที่ Farida[16] กล่าวไว้ว่า ลักษณะการทำงานของพยาบาลคือการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการแก่ผู้ป่วยด้วยองค์ความรู้หรือศาสตร์ทางการพยาบาลของตนมาใช้ประกอบในการทำงานที่ต้องกระทำต่อชีวิตผู้อื่นจะผิดพลาดไม่ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pimpong[17] ที่พบว่า พยาบาลมีบุคลิกภาพของความเคารพในกฎระเบียบและเป็นผู้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงานอย่างเต็มที่ มีการวางแผนการทำงานเป็นขั้นเป็นตอน ใช้ชีวิตด้วยความระมัดระวัง

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์น้อยที่สุด อาจเนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสดงออกดังกล่าวจึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ใช้บริการและเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งการที่พยาบาลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ ต้องตัดสินใจที่ถูกต้อง รวดเร็ว พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความอดทนสูง มีอารมณ์หนักแน่น ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม[18] การมีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์น้อยจะทำให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nuchpong[10] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาคเหนือมีลักษณะบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์เพียงร้อยละ 2.22 และการศึกษาของ Anumad และ Ratchuku[19] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีค่าเฉลี่ยของลักษณะบุคลิกภาพหวั่นไหวทางอารมณ์น้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.66, SD. = .47)

การปฏิบัติตามบทบาทในงาน ผลการศึกษาพบว่าการที่พยาบาลมีการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญส่วนบุคคลและในฐานะสมาชิกทีมและองค์กรอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการที่พยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา และจะต้องปฏิบัติงานในด้านนั้น ๆ เป็นประจำ จึงทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญและความชำนาญเฉพาะทาง อีกทั้งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพมากกว่า 5 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 81.60 ซึ่ง Benner[20] กล่าวว่า พยาบาลที่มีประสบการทำงานในวิชาชีพมากกว่า 5 ปีขึ้นไป คือบุคคลที่มีความชำนาญ สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลยังต้องปฏิบัติงานในลักษณะทีม เช่น ทีมการพยาบาล ทีมควบคุมการติดเชื้อ ทีมการประเมินคุณภาพ เป็นต้น และโรงพยาบาลได้กำหนดการทำงานเป็นทีมเป็นส่วนหนึ่งในแบบพรรณนาลักษณะงานของพยาบาล[13] การทำงานเป็นทีมดังกล่าวสอดคล้องกับคำกล่าวของ Wasinamon[21] ที่กล่าวว่างานการพยาบาลนั้นจะต้องมีความเกี่ยวพันกับบุคคลหลากหลายแขนงวิชาชีพที่จะสามารถให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเป็นสมาชิกทีมจะต้องมีการประสานงานหรือให้ความร่วมมือกันทำงานจนเกิดความชำนาญ และสอดคล้องกับที่ Boonjai[22] กล่าวไว้ว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีมสามารถทำให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการติดต่อสื่อสาร การประสานงาน มีการตัดสินใจดำเนินงานต่าง ๆ ร่วมกันทำให้องค์กรเกิดผลสำเร็จเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ในส่วนของการปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านการปรับตัวที่พบว่า พยาบาลมีการปรับตัวส่วนบุคคลและในฐานะสมาชิกทีมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์มีการพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่ตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเคยเข้าร่วมหรือประชุมเพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ถึงร้อยละ 60.29 ซึ่งการอบรมทำให้พยาบาลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับที่ Griffin และคณะ[4] กล่าวไว้ว่าการที่บุคลากรมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความชำนาญในวิชาชีพ สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ให้ทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาทีมและองค์กรต่อไป ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์เองต้องตอบรับกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา[1] เช่น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดให้สถานบริการสุขภาพที่จะเข้าเป็นหน่วยบริการหลัก (main contracting unit) ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation)[2] พยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติงานจึงต้องตอบสนองนโยบายขององค์กร และต้องมีการปรับตัวตามนโยบายดังกล่าว จึงทำให้พยาบาลมีระดับการปรับตัวในฐานะสมาชิกองค์กรค่อนข้างมาก

ส่วนการปฏิบัติตามบทบาทในงานด้านการทำงานเชิงรุก ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลศูนย์มีการให้บริการที่ได้รับมอบหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาองค์กรให้สอดคล้องตามนโยบายของยุทธศาสตร์ชาติ เช่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม งานวิจัย ระบบสุขภาพ[13] พยาบาลจึงต้องมีพฤติกรรมเชิงรุกเพื่อตอบสนองต่อนโยบายขององค์กร โดยมี

การคิดค้นวิธีการใหม่ ๆ หรือสร้างมาตรฐานใหม่ในการทำงาน สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามบทบาทในงานของตนเองและทีมเพิ่มมากยิ่งขึ้น[7]

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน

ลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน สามารถอธิบายได้ว่าบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์เป็นลักษณะพฤติกรรมที่มีความคิดสร้างสรรค์มีจินตนาการและความอยากรู้อยากเห็นพร้อมที่จะลองทำกิจกรรมใหม่ ๆ พฤติกรรมดังกล่าวมีส่วนช่วยจูงใจให้บุคลากรปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตามบทบาทในงานและเริ่มต้นสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้[23] และทำให้พยาบาลมีจินตนาการในการคิดค้นนวัตกรรมการจัดบริการให้ดีขึ้น เกิดการพัฒนางานที่รับผิดชอบของตนเอง และทำให้เกิดความชำนาญส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงาน และการเปิดรับประสบการณ์หรือการเปิดรับความคิดใหม่ ๆ จากทีมจะทำให้พยาบาลสามารถทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Neal และคณะ[7] ที่ได้ศึกษาพบว่าลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์มีอิทธิพลเชิงบวกกับการทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล ($\beta = 0.14$, $p < .05$) และการทำงานเชิงรุกในฐานะสมาชิกองค์กร ($\beta = 0.13$, $p < .05$)

ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน สามารถอธิบายได้ว่าการที่พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำว่าตนเองเป็นคนที่สามารถควบคุมตนเองสามารถจัดการกับชีวิตตนเองอย่างมีเหตุมีผล มีความรับผิดชอบในหน้าที่ มีความต้องการใฝ่สัมฤทธิ์ และมีระเบียบวินัยในตนเองในงานสูงนั้นจะทำให้เกิดการปฏิบัติตามบทบาทในงานสูงได้ เพราะเมื่อพยาบาลมีความรับผิดชอบ มีระเบียบวินัยในตนเอง ก็จะทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ อันจะทำให้พยาบาลเกิดทักษะและความชำนาญงานในระดับบุคคลได้[21] นอกจากนี้ยังทำให้พยาบาลมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงพัฒนางาน ริเริ่มวิธีการใหม่ที่ดีกว่าในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น จนทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านการทำงานเชิงรุกสูงขึ้นด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Neal และคณะ[7] ที่ศึกษาพบว่าลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความรับผิดชอบมีอิทธิพลเชิงบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญการปรับตัว การทำงานเชิงรุกทั้งในระดับบุคคล ในฐานะสมาชิกทีมและในฐานะสมาชิกองค์กร ($\beta = (0.10)$ ถึง (0.21), $p < .001$)

ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์มีการแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำว่าตนเองเป็นคนที่มีความไว้วางใจผู้อื่น ตรงไปตรงมาและให้เกียรติกับทุกคน มีความเอื้อเฟื้อชอบช่วยเหลือผู้อื่น การยอมตามผู้อื่น และมีจิตใจอ่อนโยน ให้ความร่วมมือ มีความเห็นอกเห็นใจและไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงการเป็นศัตรูจะส่งผลให้การปฏิบัติตามบทบาทในงานทุกด้านสูงขึ้นไปด้วย เนื่องจากการมีความเข้าใจผู้อื่นไว้วางใจผู้อื่น ยอมทำตามและเต็มใจช่วยเหลือ มีความเป็นมิตรและให้อภัย จะส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวในการทำงานร่วมกับทีมและบุคลากรอื่นในองค์กร เกิดความร่วมมือในการทำงาน ซึ่งพฤติกรรมนี้จะมีผลเมื่อบุคคลเข้าไปทำงานร่วมกับทีม รู้จักวางใจผู้อื่นและคอยช่วยเหลือผู้อื่นให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในบริบททางสังคม ซึ่งเป็นธรรมชาติของบุคคลที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น[3] ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Neal และคณะ[7] ที่พบว่าลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความเข้าใจผู้อื่นมีอิทธิพลเชิงบวกกับความชำนาญระดับทีมและองค์กร ($\beta = (0.13)$ ถึง (0.05), $p<.001$) แต่มีอิทธิพลเชิงลบกับการทำงานเชิงรุกส่วนบุคคล ($\beta = -0.13$, $p<.05$)

ลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน สามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรหลายหน่วยงาน และต้องติดต่อสื่อสารกับทีม และองค์กรนั้น เมื่อพยาบาลมีบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตนเองโดยกล้าแสดงออกทำให้เกิดการปรับตัวให้สามารถเข้าสังคมได้ดี ในขณะเดียวกันการเต็มไปด้วยพลังถือเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเชิงรุกที่ต้องการพัฒนางาน ซึ่งส่งเสริมทำให้เกิดการปฏิบัติตามบทบาทได้[7] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jamjang[24] ที่

ศึกษาพบว่า บุคลิกภาพในด้านนี้จะทำนายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น และมีการแสดงออกซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์อันดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Neal และคณะ[7] ที่พบว่า ลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตนเองมีอิทธิพลเชิงลบกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานในด้านความชำนาญในงานส่วนบุคคล (β = -0.08, p < .01)

ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ คือเกิดความวิตกกังวล โกรธเครียดหรือซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อสัมพันธภาพในการทำงาน แสดงให้เห็นว่าพยาบาลไม่สามารถปรับตัวในการทำงานร่วมกับคนอื่นได้ ซึ่งทำให้การปฏิบัติตามบทบาทลดลง เพราะลักษณะบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์เป็นลักษณะการตอบสนองของอารมณ์เชิงลบ ที่สะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ของความรู้สึกในการตอบสนองต่อภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้น และหากบุคคลมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของทีมและส่งผลต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์กรได้[7] ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Neal และคณะ[7] ที่ศึกษาพบว่าลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์มีอิทธิพลเชิงลบกับการปฏิบัติตามบทบาทในงานทั้งในด้านความชำนาญการปรับตัว และการทำงานเชิงรุก ทั้งในระดับบุคคล ในฐานะสมาชิกทีมและในฐานะสมาชิกองค์กร (β = (-0.07) ถึง (-0.19), p<.05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพกับการปฏิบัติตามบทบาทในงาน ดังนั้น

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ควรมีการประเมินลักษณะบุคลิกภาพของบุคลากร และถ้าหากพบว่า บุคลากรมีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ควรมีการพัฒนาโดยมีการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการปรับปรุงบุคลิกภาพเพื่อให้มีการปฏิบัติตามบทบาทในงานที่ดีขึ้น

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพไปประกอบการตัดสินใจในการสรรหาและคัดเลือกบุคลากร เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีการปฏิบัติตามบทบาทในงานที่เหมาะสม

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรธำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลทั้งในระดับบุคคล ทีมและองค์กร และสนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาความชำนาญ การปรับตัวและการทำงานเชิงรุก เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาโปรแกรมการลดบุคลิกภาพแบบมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์

2. ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

3. ศึกษาลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือในโรงพยาบาลเอกชน

References

1. Strategy and Planning Division. Health at a glance Thailand 2017. Bangkok: Sri Mueang Printing; 2017. (in Thai)
2. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Healthcare Standards. 4thed. Nonthaburi: D one Books; 2018. (in Thai)
3. Hauschildt K, Konradt U. Self-leadership and team members' work role performance. Journal of Managerial Psychology 2012;27(5):497-517.
4. Griffin M, Neal A, Parker S. A new model of work role performance: positive behavior in uncertain and interdependent contexts. Academy of Management Journal 2007;50(2):327-347.
5. Leong CT, Rasli A. The Relationship between innovative work behavior on work role performance: An empirical study. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2014;129:592-600.
6. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor (NEO-FFI) inventory professional manual. Odessa, Fl: PAR; 1992.
7. Neal A, Yeo G, Koy A, Xiao T. Predicting the form and direction of work role performance from the Big 5 model of personality traits. Journal of Organizational Behavior 2012;33(2):175-92.
8. Burn N, Grove S, The practice of nursing research. Conduct, Critique, and Utilization. 4thed. USA: W.B. Saunders; 2001.
9. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. Handbook of personality Theory and research. New York: Guilford; 1999.
10. Nuchpong N. Factors Predicting Innovative Behaviors of Nurses in Government University Hospitals [Master's Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2019. (in Thai)
11. Chen HY, Boore JR. Translation and back-translation in qualitative nursing research: methodological review. Journal of Clinical Nursing 2010;(1-2):234-9.
12. Kosolchuenvijit J. Caring: Central focus of humanistic care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2013;29(2):134-41. (in Thai)
13. Chiangrai Prachanukroh Hospital. Strategy plan in 10 year development [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 20]. Available from: http://www.harvardasia.co.th/wp-content/uploads/2019/01/Changrai-.pdf
14. Lampang hospital. Personnel development plan. Strategic map 2562-2565 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 19]. Available from: http://www.lph.go.th/inforlpng/ images/report/2561.pdf
15. Health Administration Division. Operating Guide: Health Services. Nonthaburi: BORN TO B Publishing; 2016. (in Thai)
16. Farida I. Factors that affect nursing. Teaching materials, course set of Nursing concept and process.7thed. Bangkok: University Press Sukhothai Thammathirat; 1986. (in Thai)
17. Pimpong S. Alternative : development of nursing personality test [doctoral thesis]. [Bangkok]: Srinakharinwirot University; 1997. (in Thai)

18. Laddawan S, Jaturaporn L, Siriboon S. A sutudy of the relationships between big five personality types and burnout in registered nurses [Master's Thesis]. [Bangkok]. Ramkhamhang university; 2005. (in Thai)
19. Anumad P, Ratchuku S. Relationships between the big five model of personality, organizational climates and career success of nurses as perceived by staff nurses in hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Defense. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2010;11(1):43-50. (in Thai)
20. Benner P. Form novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. American Journal of Nursing 1984;82:402-7.
21. Wasinamon S. Basic Nursing, Innovation and Practice. 6thed. Bangkok: University Press Sukhothai Thammathirat; 1992. (in Thai)
22. Boonjai S. Research methodology in nursing. 4thed. Bangkok: U&I Inter Media; 2007. (in Thai)
23. Sanghon K, Thungjaroenkul P, Nantsuupawa A. Perceived Organizational Support and Proactive Work Behavior Among Registered Nurses [Master's Thesis]. Chiang Mai. Chiang mai university; 2016. (in Thai)
24. Jamjang P. The relationship between personality Social support, work characteristics, and strength in looking at the world of staff nurses Community hospital [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn university; 2003. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน

Factors Related to Self-care Behaviors on Glycemic Control of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus Class A1

Received	Nov 25, 2019
Revised	Dec 20, 2019
Accepted	Dec 23, 2019

สุภานัน ชัยราช พย.ม. (Supanun Chairat, M.N.S)[1]
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม ปร.ด. (Kamontip Khungtumneam, Ph.D.)[2]
กนกพร นทีธนสมบัติ พย.ด. (Kanokporn Nateetanasomba Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ มารับบริการแผนกหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 127 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดเอ วัน การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 และ ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.80

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.60, SD = .25) ปัจจัยระบบบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 5.708$, $P = .001$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.183$, $p = .04$) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ($r = 1.61$, $p = .070$) และการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ของสตรีตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .535$, $p < .001$) ปัจจัยระบบระหว่างบุคคล พบว่าการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทาง

[1]Corresponding author[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : supanun662001@yahoo.com

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : kkamontip1@gmail.com

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail :nkanokporn@hotmail.com

[1,2,3]HuachiewChalermprakiet University, SamutPrakan, Thailand

บวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .302, p = .001) และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน (r = .054, p = .547) และปัจจัยระบบสังคมพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .185, p = .038)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ควรส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเน้นการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, สตรีตั้งครรภ์,เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ วัน

Abstract

This descriptive research aimed to study factors related to self-care behaviors on glycemic control of pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus A1. (GDM A1). The samples were 127 pregnant women with GDM A1 at gestational age 24 to 28 weeks, visiting antenatal care clinic at Rajavithi Hospital. Data collection was gathered by using questionnaires, which consisted of six parts including demographic data, perception on disease and severity of GDM A1, self-management of pregnant women with GDM A1, family interaction and stressful factors, having interaction between health professionals in the antenatal care clinic and pregnant women with GDM A1, and self-care behaviors on glycemic control of pregnant women with GDM A1. Content validity of the questionnaire was confirmed by three experts, which content validity index was at 0.85. Cronbach's alpha coefficient was at 0.80.

The findings revealed that mean score of self-care behaviors on glycemic control was in the medium level (Mean = 2.60, SD. = .25). According to the factors on Individual system, the results found that there was a significant difference between mean score of self-care behaviors on glycemic control and the participants, who had different levels of education at least one pair (F = 5.708, p = .001). There were no statistically significant differences in the mean score of self-care behaviors on glycemic control and marital status. Age was negatively and statistically correlated with self-care behaviors on glycemic control of pregnant women with GDM A1 (r =-.183, p = .04). Perception on disease and severity of GDM A1 had no statistically significant correlated with self-care behaviors on glycemic control (r = 1.61, p = .070). Self-management of pregnant women with GDM A1 was positively and statistically correlated with self-care behaviors on glycemic control of pregnant women with GDM A1 (r=.535, p < .001). According to Interpersonal system, the results found that family interaction was positively and statistically correlated with self-care behaviors on glycemic control of pregnant women with GDM A1 (r = .302, p = .001). Stressful factors had no statistically significant correlated with

self-care behaviors on glycemic control (r = .054, p = .547). According to social system, the results found that having interaction between antenatal healthcare professionals and pregnant women with GDM A1 was positively and statistically significant related to self-care behaviors on glycemic control (r = .185, p = .038).

This research suggested that healthcare professionals involving pregnant women with GDM A1 should promote self-care behaviors on glycemic control by enhancing self-management of pregnant women and interaction between family, antenatal healthcare professionals and pregnant women with GDM A1.

Keywords: Self-care behaviors, controlling blood sugar level, pregnant women, gestational diabetes mellitus A1

บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทยมากยิ่งขึ้น[1] โดยประเทศไทยพบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอ วันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6-7.0[2] และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์ เช่น เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์[3] ส่วนทารกในครรภ์พบว่าเกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีขนาดใหญ่มีโอกาสไหล่ติดขณะคลอดได้สูง ทำให้ต้องมีการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ[4] ซึ่งการที่จะช่วยชะลอการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ควรส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง[5]

พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน เพื่อควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[6] ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์[7] 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะสามารถช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องปฏิบัติควบคู่กันไปกับการควบคุมอาหาร[8] 3) การจัดการกับความเครียด พบว่าถ้าสตรีตั้งครรภ์มีการจัดการความเครียดได้จะทำให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี[9]

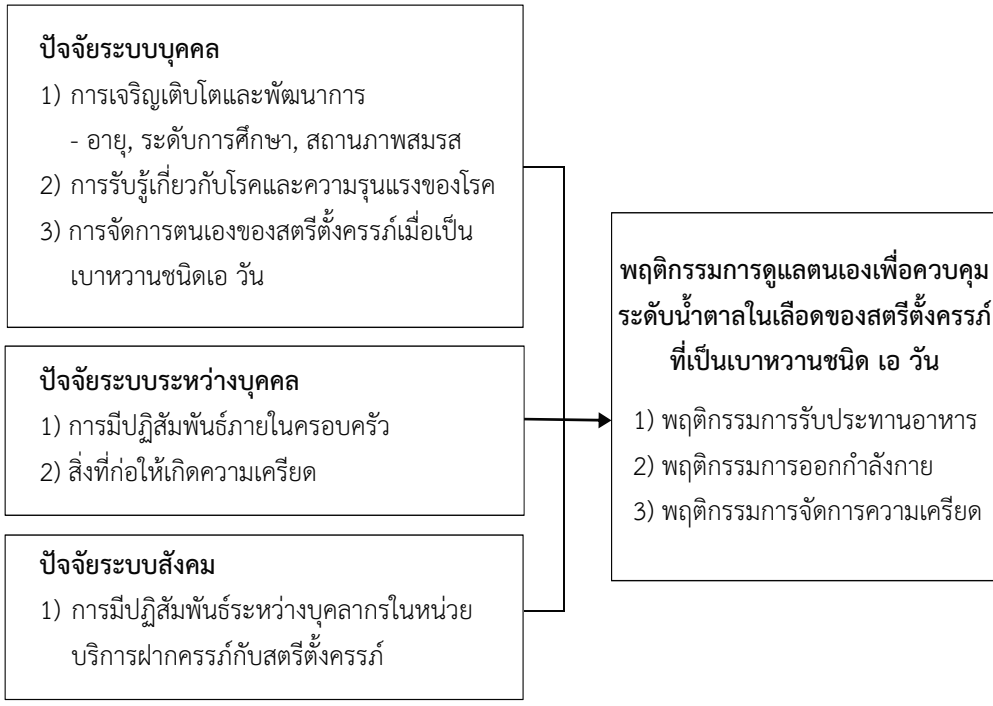
การที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King's Theory of Goal Attainment)[10] กล่าวว่าภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในบุคคลนั้นเอง รวมทั้งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลของปัจจัยเหล่านี้จะกลายเป็นข้อมูลให้บุคคลตัดสินใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง[11] ซึ่งคิง ได้กล่าวว่าสุขภาพของบุคคลเกิดจากระบบของปฏิสัมพันธ์ 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ตามกรอบทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง ได้แก่ ปัจจัยระบบบุคคล คือ อายุ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ ≥ 25 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ < 25 ปีเท่ากับ 3.57 เท่า (95%CI = 1.17-10.83, p < .05)[12] นอกจากนี้สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมการ

ดูแลสุขภาพที่ต่างกัน[13] การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดเอ วัน พบว่าสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 25.4[14] และเมื่อสตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานชนิดเอ วันจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในครรภ์ จะมีการจัดการกับตนเองที่ดี เมื่อเป็นเบาหวานชนิดเอ วัน ในขณะตั้งครรภ์ได้ ส่วนปัจจัยระบบระหว่างบุคคล ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนวลอนงค์ ศรีสุกไสย พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$[15] นอกจากนี้การเป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ขณะตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย หากสตรีตั้งครรภ์รับรู้และให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน นั้นว่าเป็นแรงกดดันที่มีต่อตนเองจะทำเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้[16] ปัจจัยระบบสังคม พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน จะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้เช่นกัน ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$)[16]

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลที่มีสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์และคลอดบุตรเป็นจำนวนมากและพบสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2559-2561) จำนวนจาก 484, 495 และ 556 คนตามลำดับ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิด เอ วัน เข้าสู่ระบบการให้บริการของโรงพยาบาลโดยได้รับการแนะนำจากแพทย์พยาบาล โภชนากรในเรื่องของการควบคุมอาหาร นักกายภาพสอนวิธีการออกกำลังกาย และพยาบาลมีหน้าที่พูดคุยให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วันสามีหรือญาติที่มารับการตรวจครรภ์ซึ่งจากการประเมินหลังให้คำแนะนำพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่พบครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2559 จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.88 ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.86 และ ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.91 นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2560 พบสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเป็นเบาหวานชนิดเอ วัน คลอดติดไหล่ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.60 ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวานชนิดเอ วัน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง เพื่อนำปัจจัยทั้ง 3 ระบบ เช่น ปัจจัยระบบบุคคล ปัจจัยระบบระหว่างบุคคล ปัจจัยระบบสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไปพัฒนาโปรแกรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวานชนิดเอ วัน และจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวานชนิดเอ วันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น ทารกตัวโต ทำให้เกิดการคลอดยากและการตกเลือดหลังคลอด เป็นต้นในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเป็นเบาหวานชนิดเอ วัน และที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอวันซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่1



แผนภูมิที่1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยตามทฤษฎี King's Theory

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอ วัน

2.1 ปัจจัยระบบบุคคล ได้แก่

2.1.1 ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน

2.1.2 ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดเอ วัน และการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ของสตรีตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน

2.2 ปัจจัยระบบระหว่างบุคคล ได้แก่

2.2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน

2.3 ปัจจัยระบบสังคม ได้แก่

2.3.1 ศึกษาความสัมพันธ์ของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการ ฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วันกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน โดยใช้เกณฑ์วิธีการคัดกรองของ American College of Obstetricians and Gynecologists แบบ 2 ขั้น (two-step approach) และมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24-28 สัปดาห์ ที่มารับการบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

(inclusion criteria) คือ มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ โรคมีความรุนแรงขึ้นเปลี่ยนจากเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ไปเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ ทู และได้รับการรักษาด้วยอินซูลินหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อในช่องคลอด คลอดก่อนกำหนด มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้นใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณจากโปรแกรม G* Power 3.1.9.2 โดยกำหนดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α error) = 0.05, อำนาจการทดสอบ (1-β) = 0.80, และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.15 Correlation ρ H_0 = 0, H_1 = 0.15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 127 ราย คัดเลือกจากประชากรโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยปรับปรุงจากเครื่องมือของสุดา ใจห้าว[17] และสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อายุ ซึ่งเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของเบาหวานชนิด เอ วัน ในสตรีตั้งครรภ์ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคดีค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยคะแนน ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด มีจำนวน 20 ข้อ แยกเป็นด้านปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยที่สุด โดยคะแนน ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่ำ และด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยที่สุด โดยคะแนน ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดน้อย ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยที่สุดโดยคะแนน ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ดี ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน มีจำนวน 30 ข้อ แยกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 10 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ลักษณะคำตอบ เป็นแบบประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยคะแนน ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการ

บรรลุเป้าหมายของคิง 1 ท่าน และนำมาหาค่า Content Validity Index ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำ ไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ วัน ที่โรงพยาบาลมิราเคิล ออฟไลฟ์ จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.831/2562 ลงวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2562 และหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย (เลขที่ 135/2562) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และได้รับคำชี้แจงจากผู้วิจัยว่าสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ ไม่มีความเสี่ยงใดที่จะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ รวมทั้งใช้รหัสแทนชื่อจริง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเบื้องต้น ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ที่มีระดับการศึกษา, สถานภาพสมรสต่างกัน ด้วยสถิติ One-way ANOVA และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระบบบุคคล ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดเอ วัน, การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ปัจจัยระบบระหว่างบุคคล ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และ ปัจจัยระบบสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วันโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 32.38 ปี (SD. = 5.4) โดยมีอายุต่ำที่สุดคือ 20 ปี และมีอายุสูงที่สุดคือ 42 ปี ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 31-35 ปี (ร้อยละ 34.60) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.00) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ปวส/อนุปริญญา (ร้อยละ 27.60) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวคือ สามี (ร้อยละ 76.40)

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.60, SD. = .25) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร (Mean = 2.96, SD. = .34) รองลงมาคือ ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด (Mean = 2.74, SD. = .41) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 2.09, SD. = .45) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน โดยภาพรวม และรายด้าน (n=127)

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	Mean	SD.	ระดับ
ด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร	2.96	.34	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.09	.45	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด	2.74	.41	ปานกลาง
รวม	**2.60**	**.25**	**ปานกลาง**

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิด เอ วัน และการจัดการตนเอง คะแนน เฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิด เอ วัน อยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean = 2.81, SD. = .41) การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ของสตรีตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.88, SD. = .40)

2. การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์ คะแนนเฉลี่ยของการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.72, SD. = .36) คะแนนเฉลี่ยของ สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.46, SD. = .45) และมีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.60, SD. = .26) ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ดังนี้

4.1 ปัจจัยระบบบุคคล

4.1.1 ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.183, p = .04)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กัน พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันของที่ระดับ .05 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้ การตีความ การแปลข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเข้าใจ และมีการปรับเปลี่ยน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ที่มีการศึกษาที่เป็นสายวิทยาศาสตร์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ดี เพราะการมีระดับการศึกษาที่ดีจะส่งเสริมให้แสวงหาความรู้ นำมาสู่การประพฤติปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามแผนการรักษา สามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองได้ และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วันที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกับ ปวส./อนุปริญญา (p=.001) และปวส./อนุปริญญา (p = .001) และสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วันที่มีการศึกษาระดับ ปวส./อนุปริญญามีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกับปริญญาตรีขึ้นไป (p=.025)

สถานภาพสมรส ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กันและกลุ่มที่มีสถานภาพแยกกันและหย่าร้าง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด (Mean = 2.64, SD. = .253), (Mean = 2.64, SD. = .076) น้อยที่สุด คือ โสด (Mean = 2.45, SD.=.117) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล โดยภาพรวมของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน (n=127)

ข้อความ	Mean	SD.	ระดับ
1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคโรคเบาหวานชนิดเอ วัน	2.81	.41	ปานกลาง
2. การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วันของสตรีตั้งครรภ์	2.88	.40	ปานกลาง
3. การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว	2.72	.36	ปานกลาง
4. สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด	2.46	.45	ปานกลาง
5. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการ ฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์บริการฝากครรภ์	2.60	.26	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (F = .392, P = .759) ดังตารางที่ 3

4.1.2 ศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดเอ วัน การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ของสตรีตั้งครรภ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (r = 1.61, p = .070) และการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ของสตรีตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .535, p < .001) ดังตารางที่ 4

4.2 ปัจจัยระบบระหว่างบุคคล ศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว, สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .302, p = .001) และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน (r = .054, p = .547) ดังตารางที่ 5

4.3 ปัจจัยระบบสังคม ศึกษาความสัมพันธ์ของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการ ฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วันกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรี

ตารางที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) เพื่อหาความสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน

ปัจจัยระบบบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน				
	n	Mean	SD.	F	p-value
ระดับการศึกษา					
ประถม-มัธยมศึกษาตอนต้น	31	2.60	.213	5.708	.001
มัธยมศึกษาตอนปลาย	27	2.71	.243		
ปวส/อนุปริญญา	35	2.46	.238		
ปริญญาตรีขึ้นไป	34	2.64	.280		
รวม	127	2.60	.259		
สถานภาพสมรส					
โสด	31	2.45	.117	.392	.759
คู่	108	2.59	.256		
แยกกันอยู่	14	2.64	.253		
หย่าร้าง	3	2.64	.076		
รวม	127	2.60	.259		

ตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .185, p = .038) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่า p value แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน (n=127)

ปัจจัยระบบบุคคล	**พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน (Mean = 2.60, SD. = .25)**	
	r	**p-value**
1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิด เอ วัน (Mean = 2.81, SD. = .41)	.161	.070
2. การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน (Mean = 2.88, SD. = .40)	.535	<.001

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่า p-value แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน (n=127)

ปัจจัยระบบระหว่างบุคคล	**พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน (Mean = 2.60, SD. = .25)**	
	r	**p-value**
การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Mean = 2.72, SD. = .36)	.302	.001
สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Mean = 2.46, SD. = .45) (Mean = 2.88, SD. = .40)	.054	.547

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่า p value แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับทราบข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน (n = 127)

ปัจจัยระบบสังคม	**พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน (Mean = 2.60, SD. = .25)**	
	r	**p-value**
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดเอ วัน (Mean = 2.60, SD. = .26)	.185	.038

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน พบว่าสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง[18] สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ภิรมย์ชม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้สุขภาวะรายด้านเช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานรวมถึงการจัดกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเช่นพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและจัดการกับความเครียดและภาพรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลางสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี[19] ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ที่เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดี และมีคุณภาพจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติ และลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุมิตรา คำประเสริฐ ที่พัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอ วันโดยจัดทำแนวทางการดูแลประกอบไปด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ได้รับคู่มือและแบบบันทึก โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและจัดการกับความเครียด มีระบบการติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด มีระบบติดตามการดูแลในระยะคลอดและหลังคลอด 6 สัปดาห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 รายจาก 39 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางถึงดีจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ[20]

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วันดังนี้

2.1 ปัจจัยระบบบุคคล

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน โดยทดสอบการเปรียบเทียบรายคู่ (multiple comparison) ด้วยวิธี Bonferromi พบว่า มีจำนวน 2 คู่ที่มีความแปรปรวนแตกต่างกันคือ มัธยมศึกษาตอนปลายมีความแปรปรวนแตกต่างกับ ปวส/อนุปริญญา (p=.001) และ ปวส/อนุปริญญามีความแปรปรวนแตกต่างกับ ปริญญาตรีขึ้นไป (p=.025) พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้ การตีความ การแปลข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเข้าใจ และมีการปรับเปลี่ยน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ที่มีการศึกษาที่เป็นสายวิทยาศาสตร์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ดี เพราะการมีระดับการศึกษาที่ดีจะส่งเสริมให้แสวงหาความรู้ นำมาสู่การประพฤติปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามแผนการรักษา สามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองได้ สมาคม โรคเบาหวานแห่งประเทศ กล่าวว่าผู้เป็นเบาหวานที่มีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดี[21] ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้[22]

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากไม่ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอ วัน ที่มีสถานภาพสมรสใดก็ตามยังคงมารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี และได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเหมือนกันทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจึงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน การศึกษาของนวลอนงค์ ศรีสุกไสย พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมเช่นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและความใส่ใจช่วยกับดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.291$, $p < .001$) ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี[23] และการศึกษาของ กุสุมา กังหล พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

ชนิด เอวัน โสดรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และรับรู้ความเสี่ยงความรุนแรงของโรคจึงมีเวลาในการดูแลตนเองเป็นอย่างดีไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเช่นกัน[24]

2.1.3 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.183$, $p = .04$) ซึ่งคิง กล่าวว่าการรับรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ ประสบการณ์เดิม ทำให้แต่ละบุคคลมีการตั้งเป้าหมายของการมีพฤติกรรมแตกต่างกันไป สอดคล้องกับการศึกษาของคงฤทธิ์ วันจรูญ และคณะ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุที่ต่างกันโดยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่มีอายุมากขึ้น มีพฤติกรรมแตกต่างและสูงกว่ากลุ่มอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[25]

2.1.4 การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 1.61$, $p = .070$) อาจเป็นเพราะว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคและแปลผลว่ามีผลต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ในระดับที่ไม่รุนแรง จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วันอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเบกเกอร์อ้างถึงใน อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ กล่าวว่าเมื่อบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วยทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยมากเท่าไรจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคมากไปด้วย แต่วิถีการรับรู้ว่าโรคนั้นมีผลกระทบต่อตนเองน้อยมักจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคน้อยไปด้วย[26] สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและการได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค[27]

2.1.5 การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ของสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ขณะตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวและสามารถจัดการกับการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด อาจเป็นเพราะการจัดการตนเองเป็นวิธีการสังเกตและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพ การทำความเข้าใจว่าสิ่งใดมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลตนเอง เข้าใจแผนการรักษามากขึ้น จึงนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[28]

2.2 ปัจจัยระบบบุคคล ได้แก่

2.2.1 การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .302$, $p = .001$) เป็นเพราะว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน และครอบครัวที่ดี ครอบครัวจะแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกัน รวมถึงการปรึกษาหารือร่วมกันเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น การมีแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับตัวรับกับโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้มากขึ้น[29] ส่วนครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์กันน้อย มีความห่างเหิน ขาดการสื่อสารที่เข้าใจระหว่างกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาและนำไปสู่ภาวะเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ซึ่งจะทำให้ไม่

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[30]

2.2.2 สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน ($r = .054$, $p = .547$) อาจเป็นเพราะว่าการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจตามภาวะวิกฤติทางวุฒิภาวะของการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์รับรู้และให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานนั้นว่าเป็นแรงกดดันที่มีต่อตนเองจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานเกิดความเครียด[31] และมีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด จึงทำให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี[32]

2.3 ปัจจัยระบบสังคม

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการให้บริการของหน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี มีการจัดบริการให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน ทุกรายได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และสังเกตความผิดปกติทารกในครรภ์ โดยการสอนนับลูกดิ้นซึ่งเป็นอาการเบื้องต้นที่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารกได้ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเข้าใจในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาขณะที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และได้รับการบริการที่ดี มีการสื่อสารชัดเจนระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสตรีตั้งครรภ์ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพาพร เพ็ชรอาวุธ นันทิยา วัฒนายุ และ นันทวัน สุวรรณรูป พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้เช่นกัน ($b = .191$, $t = 2.310$, $p < .05$)[33]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน โดย ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิด เอ วัน การปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน โดยคำนึงถึงความแตกต่างของปัจจัยระบบบุคคล เช่น ระดับการศึกษา อายุ สถานภาพสมรส เป็นต้น และมีการจัดทำสื่อในการให้ความรู้ เช่น คู่มือในการปฏิบัติในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน เป็นต้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และวิธีการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน เป็นต้น นำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด เอ วัน และสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยเพื่อศึกษาโมเดล พัฒนาโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอ วัน ขณะตั้งครรภ์ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และศึกษาข้อมูลเชิงลึกโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ

References

1. Phanusophon A, Gasornboonnak P. The Outcomes of Empowerment Program in individuals with Gestational Diabetes Mellitus. Thai Journal of Nursing 2012;61(1): 31-41. (in Thai)
2. Diabetes Association of Thai. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017;167-74
3. Ringholm S, Olesen J, Pedersen JT, Brandt CT, Halling JF, Hellsten Y, et al. "Effect of lifelong resveratrol supplementation and exercise training on skeletal muscle oxidative capacity in aging mice; impact of PGC-1α" Exp Gerontol In pending review. 2013;48(11):1311-18.
4. Kanthiya K, Luangdansakul W, Wacharasint P, Prommas S, Smanchat B. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus and Pregnancy Outcomes in Women with Risk Factors Diagnosed by IADPSG Criteria at Bhumibol Adulyadej Hospital.Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2013;21:141-9.
5. Chirakon PT, Sirichotiyakul S. Basic Genetics Modes of inheritance. Last updated on 25 Novemder 2014.
6. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Sources of information on Gestational Diabetes Mellitus, satisfaction with Diagnostic process and information provision. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16(1):287.
7. Klossner NJ, Hatfield NT. Introductory Maternity & pediatric nursing. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
8. ADA. Standard of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2013;36(1):11-58.
9. Jittrapirom A, Chareonsanti J, Sriarporn P. Pregnancy Risk Perception, Uncertainty, and Stress among Gestational Diabetic. Women Nursing Journal 2014;41(1): 0-61. (in Thai)
10. King IM. King's theory of goal attainment in research and practice. Nursing Science Quarterly 1996;9:161-6.
11. Durongritichai V, Buajaroe H, Kompayak J. Tool development of stroke risk assessment for client in community underpinning King's Nursing Theory. Thai Journal of Nursing Council 2007;22(3):37-49. (in Thai)
12. Limruangrong P, Boriboonhirunsarn D, Puangsricharern A, Pinitlertsakun O. Factors influencing the occurrence of gestational diabetes mellitus in pregnant women with abnormal glucose challenge test. J Nurs Sci 2016;34(2):58-69. (in Thai)
13. Tajarernwiriyakul A, SilawongSuwannakud K. Health perceives and self-care behaviors of people with diabetes mellitus in Tungmon Subdistrict Prasat District,Surin Province. Research and Development Health System Journal 2016;9(2):93-103. (in Thai)
14. Piromchom A, Hansakul A. Factors influenced with self-care behaviors in type II diabetes mellitus patients in Nongbuarawae district, Chaiyaphum province. Journal of Faculty of Physical Education 2012;15(1):1-10. (in Thai)
15. Srisuksai N. Relationship between family function and perceived family support with diabetes self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus in Banpong district, Ratchaburi province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013; 23(1):60-9. (in Thai)

16. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. J Nurs Sci 2011;29(4):18-26. (in Thai)
17. Jaihow S. Effect of supportive educative nursing system on glycemic control of pregnant women with ge stational diabetes mellitus class A1. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2013;100. (in Thai)
18. Limruangrong P, Sinsuksai N, Ratinthorn A, Boriboonhirunsarn D. Relationship among selected factors, exercise, and two-hour postprandial blood glucose levels in pregnant women with diabetes mellitus. Journal of Nursing Science. 2011; 29 suppl 2:48-58. (in Thai)
19. Piromchom A, Hansakul A. Factors Influenced with Self-care Behaviors in Type II Diabetes Mellitus Patients in Nongbuarawae District, Chaiyaphum Province. Journal of the office DPC 7 Khon kaen.2012;19(1):1-10. (in Thai)
20. Kumparset S, Nateetanasombat K, Khungtumneam K. Development of Family-Centered Nursing Service System for Glycemic Control in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus Class A1. Kasem Bundit Journal 2019;20(10):184-99. (in Thai)
21. Development and validation of a diabetes risk score for high-risk Thai Diabetes Association. Clinical Practice Guidelines for the prevention. Bangkok: Srimuang Printing; 2002. (in Thai)
22. Ricci SS. Nursing management during pregnancy. In Ricci SS, editor. Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing. 2nded.Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.p.370.
23. Srisuksai N. Relationship between Family function and Perceived Family support with Diabetes Self-care Behavior of Patients with type 2 Diabetes Mellitus in Banpong District, Ratchaburi Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013;23(1):60-9. (in Thai).
24. Kanglee K. Factors associated with glycemic control among people with type 2 diabetes. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2014;15(3):256-68. (in Thai).
25. Wanjaroon K, Paipad N, Supunatat S, Suthiprapa T. Knowledge, perception of self-efficacy, behaviors and health status of diabetes mellitus type 2 in Tumbol Lampao, Amphur Mueng, Kalasin Province. KKU Journal for Public Health Research 2013;6(3):130-9. (in Thai)
26. Pauwattana A, Kalumpakorn S, Theingtum V. An Analysis of Health Promotion and Disease Prevention Research Published in Journal of Public Health Nursing between 1997-2009. Journal of Public Health Nursing 2011;26(2):23-43. (in Thai)
27. Keawwandee, K, Siriswang W, Katunyu G. Factors Related to Self-care Behaviors in Hypertensive Risk Groups from Nongyoung. National and International Conference Interdisciplinary Research for Local Development Sustainability 2015;15:13-23. (in Thai)
28. Saengsuwan S. Effect of self-regulation with clinical information program on eating behavior and blood sugar level among uncontrolled patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2013;19(3):54-64. (in Thai)
29. Gasornboonnak P, Suriyapan A, Thitisak S. Factors predict Smoking cessation behavior in a family of smoker attending in Antenatal Clinic of Sampran Hospital. Thai Journal of Nursing 2012;61(1):31-41. (in Thai)

30. Kaewkaewpan W. Family Relationships with Problem of Delinquency in Adolescence. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2017;10(1):361-71. (in Thai)
31. Lawson EJ, Rajaram S. A transformed pregnancy: The psychosocial consequences of gestational diabetes. Sociology of Health and Illness 1994;16(14):536-62.
32. Department of Children and youth. A policy an Financial Supports for raising the new born. (Internet). 2018. Available from: http://www.prachuapkhirikhan.m_society.go.th
33. Phetarvut S, Watthayu N, Nantawon Suwonnaroop N. Factors Predicting Diabetes Self-management Behavior among Patients with Diabetes Mellitus Type 2. Journal of Nursing Science.2011; 29(4):18-26. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพต่อทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล

Effect of Applying Case- Based Learning through Professional Learning Community on Problem Solving Skill of Nursing Students

Received: Jun 2, 2020
Revised: Sep 25, 2020
Accepted: Sep 30, 2020

โสภา รักษาธรรม พย.ม (Sopah Raksatham, MN.S)[1]
สุภาพร วรรณสันทัด ปร.ด (Supaporn Wannasuntad, Ph.D)[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพต่อทักษะการแก้ปัญหาและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล และ 2) ศึกษาการรับรู้ถึงการพัฒนาการสอนของอาจารย์พยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 5 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ จำนวน 76 คน เข้าร่วมในการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ (Analyze) 2) การวางแผนการจัดการเรียนรู้ (Plan) 3) การปฏิบัติและสังเกตการณ์ (Do and See) ผู้สอนจัดการเรียนการสอนโดยมีอาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพร่วมสังเกตการสอน โดยเริ่มจากการแบ่งกลุ่มนักศึกษาออกเป็นกลุ่มละ 4 คน คละเด็ก เก่ง กลาง อ่อน ให้นักศึกษาทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหาก่อนการเรียน หลังจากนั้นอาจารย์ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษา 4 ราย นักศึกษาแต่ละกลุ่มวิเคราะห์ อภิปรายกรณีศึกษาและนำเสนอผลการวิเคราะห์ อาจารย์ผู้สอนอภิปรายเพิ่มเติมและสรุปเนื้อหาสำคัญ ใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง 4) การสะท้อนผล (Reflect) ผู้สอนให้นักศึกษาตอบแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหาหลังเรียน แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน แบบประเมินการจัดการเรียนการสอน และอาจารย์ผู้สอน และอาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพตอบแบบประเมินการจัดการเรียนการสอน 5) เรียนรู้และพัฒนา (Redesign) ผู้สอนนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากระยะที่ 4 ไปปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ในปีต่อไป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติทดสอบที (Paired dependent t-test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนทักษะการแก้ปัญหาการพยาบาลเด็กที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบของนักศึกษาภายหลังการเรียนรู้ (Mean = 10.51, SD = 1.79) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน (Mean= 8.19, SD = 2.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(75) = 7.81$, $p < .001$) 2) ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, SD = 0.64) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านผู้เรียน ด้านวิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน และด้านบรรยากาศการเรียนการสอน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน เช่นกัน และ 3) อาจารย์ผู้สอนมีการรับรู้ถึงการพัฒนาการสอนจากการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ

[1] *Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), E-mail: sopah.r@bcn.ac.th*

[2] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, (ด้านการสอน) E-mail: supaporn.w@bcn.ac.th*

Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

สรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพมีประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลและพัฒนาการสอนของอาจารย์

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน, ชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ, ทักษะการแก้ปัญหา

Abstract

This quasi-experimental study aimed to 1) examine the effect of case-based learning (CBL) through professional learning community (PLC) on problem solving skills (PSS) and satisfaction on teaching management of nursing students; 2) explore the nurse instructor's perception towards teaching ability improvement on teaching CBL through PLC. Five pediatric nurse instructors and 76 3rd-year nursing students, Boromarajonani College of Nursing Bangkok, participated in the study.

The teaching and learning process comprised 5 phases: 1) Analyze; 2) Plan: Designed lesson plan among the nurse instructors and the member of PLC; 3) Do and See: The nurse instructors' teaching with the member of PLC observation began with allocating the students with difference grade into 19 groups (4 per each group); Then, asking them to take a pre-test of Problem Solving Skill questionnaire. Next, the nurse instructors proposed 4 case studies and allowed them to work in group to discuss the case studies and prepared to present the answers to the class. Finally, the instructors summarized main concepts. This session lasted for 3 hours. 4) Reflect: the instructors asked the students to fill out the post- test of the Problem Solving Skill questionnaire, the satisfaction towards teaching and learning management and teaching evaluation questionnaire. The instructors and the member of PLC filled out teaching evaluation questionnaire and gave a feedback on teaching. 5) Redesign: the instructors took the suggestion and comment from phase 4 to improve teaching in the next academic year. Descriptive statistics, paired t-test, and content analysis were used to analyze the data.

The results showed that: 1) The PSS related to nursing care of children with shock and multiple organ failure of the nursing students at post-test (Mean=10.51, SD=1.79) was higher than at pre-test (Mean=8.19, SD=2.30) with statistical significance ($t(75)=7.81$, $p<.001$. 2) Overall students' satisfaction to the teaching and learning management was at the highest level (Mean=4.25, SD=0.64) as well as the learner subscale, teaching method and teaching activity subscale, and learning atmosphere subscale. 3) The nurse instructors perceived effectiveness of using CBL through the PLC to enhance their teaching competency and students' problem solving skill.

In summary, teaching by using CBL through PLC process is effective to enhance the nursing student's problem solving skill as well as the instructor's teaching competency.

Keywords: learning and teaching management, case- based learning, professional learning community, problem solving skills

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงต้องการพยาบาลที่มีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ทักษะการแก้ปัญหายังเป็นสมรรถนะของบัณฑิตในศตวรรษที่ 21 ที่กำหนดไว้ในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579[1] ดังนั้นสถาบันอุดมศึกษาด้านการพยาบาล จึงมีเป้าหมายที่จะผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานองค์กรวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต หนึ่งในทักษะของบัณฑิตพยาบาลที่สำคัญ คือ ทักษะการแก้ไขปัญหา กระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา คือการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (student-centered instruction)[2] คือ การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น ในการออกแบบการเรียนรู้ของตนเอง รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางมีหลายวิธี ได้แก่ การเรียนรู้แบบร่วมมือ การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การสอนแบบทีม การสอนโดยใช้กรณีศึกษา และการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นต้น ซึ่งลักษณะของวิชาชีพพยาบาล พยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณี ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา (case-based learning) จึงถูกนำมาใช้บ่อยเพื่อพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบท โดยมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางคลินิก ความสามารถในการสื่อสาร[3,4] และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล[5,6,7]

การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางวิธีหนึ่งที่มีฐานมาจากทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism)[8] โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้าง (construct) ความรู้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบเห็นกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม โดยใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive apparatus) ของตน และผู้สอนมีบทบาทในการจัดสภาพการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมาย วิธีการสอนนี้เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการนำความรู้ด้านทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติทางคลินิกได้ (transforming theory into practice) จึงเหมาะสมกับวิชาชีพการพยาบาลที่จะต้องตัดสินใจในสถานการณ์ทางคลินิกที่แตกต่างหลากหลาย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาประสิทธิผลของการสอนโดยใช้กรณีศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่นั้นมีน้อยมาก ทั้งที่ในสภาพการณ์จริงมีการใช้กรณีศึกษาในทุกสถาบันการศึกษาพยาบาล

สำหรับในต่างประเทศ Thistlethwaite และคณะ[9] ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ระหว่างปี ค.ศ. 1965-2010 พบว่ามีงานวิจัยของวิชาชีพพยาบาลเพียง 9 เรื่องจากทั้งหมด 104 เรื่อง รูปแบบการสอนมีความแตกต่างหลากหลายอย่างมาก วิธีการสอนที่ใช้มากที่สุดคือ การนำเสนอกรณีศึกษาให้ผู้เรียนในห้องเรียนแล้วให้ผู้เรียนอภิปรายทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ร่วมกับผู้สอน วิธีการอื่นได้แก่ การนำเสนอผ่านคอมพิวเตอร์ (computer-based case) สื่อออนไลน์ (web-based case) วิดีทัศน์ (video presentation) และ สถานการณ์จำลอง (simulation) และการนำเสนอกรณีศึกษาให้นักศึกษาศึกษาล่วงหน้าก่อนเรียนแล้วให้อภิปรายเป็นกลุ่มย่อย โดยผู้สอนตั้งคำถามกระตุ้นให้เกิดการอภิปราย ระยะเวลาที่ให้ผู้เรียนศึกษากรณีศึกษา มีตั้งแต่ศึกษากรณีศึกษา 1 รายเป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง จนถึงตลอดปีการศึกษา จำนวนนักศึกษาในชั้นเรียนมีตั้งแต่น้อยกว่า 50 คน ถึง 1,000 คน จำนวนนักศึกษาต่อกลุ่ม มีตั้งแต่ 1 คน จนถึงมากกว่า 30 คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-15 คนต่อกลุ่ม สำหรับงานวิจัยที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการสอนโดยใช้กรณีศึกษาด้วยวิธีการที่แตกต่างกันยังมีจำนวนน้อย

การพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา สมรรถนะของอาจารย์ผู้สอนมีผลต่อผลลัพธ์ของผู้เรียน การจัดการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง อาจารย์ควรออกแบบการเรียนรู้ และอำนวยความสะดวกในการเรียนมากกว่าการสอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากภายในด้วยตนเอง[10] ดังนั้นสถาบันการศึกษาจึงจำเป็นต้องพัฒนาให้อาจารย์มีสมรรถนะในการจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอาจารย์ที่มีประสบการณ์การสอนน้อย ในปัจจุบันเริ่มมีการนำแนวคิดชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ (Professional Learning Community: PLC) มาใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาล ชุมชน

การเรียนรู้ทางวิชาชีพเป็นการรวมกลุ่มแบบร่วมมือ รวมพลังของผู้สอน และบุคลากรทางการศึกษาในลักษณะของชุมชนทางวิชาการที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาผู้เรียน การจัดการเรียนการสอน และคุณภาพการศึกษา โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ การถอดบทเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนาการจัดการเรียนการสอน[11] กระบวนการและกิจกรรมหลักส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกัน[11,12] โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวิเคราะห์ปัญหา ขั้นวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติและสังเกตผลการปฏิบัติ ขั้นสะท้อนผล และขั้นตอนการปรับปรุงใหม่[12,13] โดยมีสมาชิกของชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ประกอบด้วย อาจารย์ผู้สอน เพื่อนคู่คิด (buddy) เพื่อนอาจารย์ และผู้บริหาร เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอน ทำให้อาจารย์พยาบาลที่เป็นสมาชิกของชุมชนแห่งการเรียนรู้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนไปพร้อม ๆ กัน

จากการทบทวนแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาและแนวคิดชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดกระบวนการของชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพมาใช้ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานเพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการสอนของอาจารย์ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมอาจารย์ในชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพต่อทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล

2. ศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล

3. ศึกษาการรับรู้ถึงการพัฒนาการสอนของอาจารย์พยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ

สมมุติฐานงานวิจัย

1. คะแนนทักษะในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพสูงกว่าก่อนได้รับการสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ (Professional learning community: PLC) มาใช้เป็นกรอบของกระบวนการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ และทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) เป็นกรอบในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) รายละเอียดดังนี้

กระบวนการของชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน[11] ดังนี้ **1) ขั้นวิเคราะห์ (Analyze)** เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์และกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามตัวชี้วัด สาระการเรียนรู้ ยุทธวิธีการสอนที่ใช้ และการประเมินผลการเรียนรู้ **2) ขั้นวางแผนการจัดการเรียนรู้ (Plan)** เป็นขั้นที่ชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ประกอบด้วย ผู้สอน/ผู้วางแผนการสอน (planner) เพื่อนร่วมคิด (buddy) ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ประสานงานรายวิชา รวมทั้งตัวแทนผู้บริหารของสถาบัน ร่วมกันวางแผนและให้การชี้แนะและคำปรึกษาในการออกแบบการสอนและเขียนแผนการจัดการเรียนรู้ วางแผนเรื่องการจัดการเรียน เช่น การจัดโต๊ะเรียนแบบเรียนเป็นกลุ่มเรียนร่วมมือร่วมพลัง และการเตรียมสื่อการเรียนรู้ **3) ขั้นปฏิบัติและสังเกตการณ์ (Do and See)** ผู้สอนนำแผนการจัดการเรียนรู้ที่สร้างขึ้นไปดำเนินการสอนโดยมีชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพร่วมสังเกตการณ์การสอน ผู้สอนเขียนบันทึกหลังการสอน **4) ขั้นสะท้อนผล (Reflect)** เป็นขั้นที่ชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพทำการสะท้อนความคิดภายหลังการสอนโดยเริ่มจากผู้สอนเป็นผู้สะท้อนความคิดเกี่ยวกับความสำเร็จ จุดเด่น จุดที่ต้องแก้ไขในการจัดการเรียนการสอน หลังจากนั้นชุมชนแห่งการเรียนรู้ ได้แก่ เพื่อนคู่คิด ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ประสานงานรายวิชา และผู้บริหาร ร่วมกันสะท้อนความคิดทั้งจุดเด่น จุดด้อย ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน และ **5) ขั้นเรียนรู้และพัฒนา (Redesign)** ขั้นนี้คือการนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากขั้นสะท้อนคิดมาปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ต่อไป

ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง หรือทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนว Constructivism เป็นทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive psychology) มีรากฐานมาจากผลงานของ Ausubel และ Piaget ประเด็นสำคัญคือ ผู้เรียนเป็นผู้สร้าง (construct) ความรู้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่ง

ที่พบเห็นกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม โดยใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive apparatus) ของตน ผู้สอนสามารถช่วยผู้เรียนปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญาได้โดยจัดสถานการณ์การเรียนรู้ที่ผู้เรียนยังไม่ทราบคำตอบเพื่อให้ผู้เรียนค้นหาคำตอบผ่านกระบวนการทางปัญญาต่อไป[8] ในงานวิจัยนี้ผู้สอนได้ให้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีภาวะช็อกและล้มเหลวหลายระบบให้แก่นักศึกษา หลังจากนั้นได้มอบหมายให้นักศึกษาทำการศึกษากรณีศึกษาทั้งหมด 4 ราย ก่อนเรียน 1 สัปดาห์ เป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (hypovolemic shock) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และภาวะช็อกจากการแพ้รุนแรง (anaphylactic shock) และ ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มนักศึกษา กลุ่มละ 4 คน เพื่อทำการอภิปรายกรณีศึกษาในชั้นเรียน กรอบแนวคิดของการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

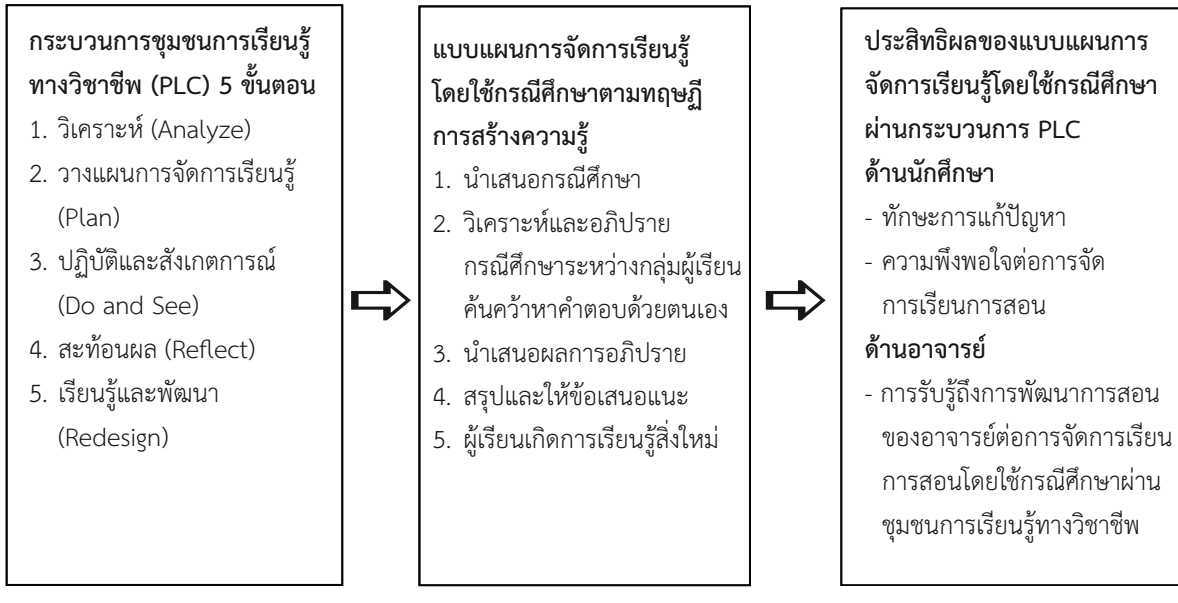
ประชากร มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักศึกษา และ อาจารย์ กลุ่มนักศึกษา คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ห้อง A และ B วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 162 คน กลุ่มอาจารย์ คือ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ จำนวน 8 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มนักศึกษา คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ห้อง B วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 76 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลาเรียนของรายวิชา กลุ่มอาจารย์คือ อาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ประกอบด้วย อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 5 คน ที่มีบทบาทเป็นอาจารย์ผู้สอน 2 คน เพื่อนคู่คิด 1 คน ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน และผู้บริหาร 1 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างคือ ยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยการลงนามเข้าร่วมโครงการภายหลังที่ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยจากผู้วิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือการเจ็บป่วยหรือพักการเรียนระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา หัวข้อการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ที่ผู้สอนพัฒนาแผนการจัดการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกของชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ประกอบด้วย ผู้สอน เพื่อนคู่คิด ผู้เชี่ยวชาญ และผู้บริหาร จำนวน 1 คาบ 3 ชั่วโมง สาระสำคัญของแผนการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง แนวคิดสำคัญ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย ขั้นเตรียมการสอน ขั้นนำ ขั้นสอน และขั้นสรุป สื่อการสอน การประเมินผลการเรียนรู้ และหนังสืออ่านประกอบ

2. เอกสารประกอบการสอน ที่ผู้สอนพัฒนาขึ้น สาระสำคัญประกอบด้วย ความหมายของภาวะช็อก ชนิดของภาวะช็อก สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ และผลกระทบของการช็อกแต่ละชนิด อาการและอาการแสดงของแต่ละระยะของภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกชนิดต่าง ๆ ความหมายของภาวะล้มเหลวหลายระบบ อาการและอาการแสดงของภาวะล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกาย และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะล้มเหลวหลายระบบ เอกสารประกอบการสอนนี้ได้รับการพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาจากชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ

3. ใบงาน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) คำชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมการเรียนการสอน และการประเมินผล 2) กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ จำนวน 4 ราย แบ่งเป็นสถานการณ์กรณีศึกษา 3 ราย เป็น กรณีศึกษาที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (hypovolemic shock) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และภาวะช็อกจากการแพ้รุนแรง (anaphylactic shock) ความยาวรายละไม่เกิน 10 บรรทัด มีข้อคำถามกระตุ้นความสามารถในการคิดแก้ปัญหา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะช็อก 2) อาการหรือสถานการณ์ใดที่แสดงให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก 3) ผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของภาวะช็อก 4) จงอธิบายพยาธิสภาพของภาวะช็อกที่เกิดในผู้ป่วย 5) จงบอกการพยาบาลที่สำคัญ คืออะไร และวิดิทัศน์สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับพยาบาลขณะที่ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ 1 ราย จำนวน 3 ตอน ความยาว รวม 8 นาที และมีข้อคำถามกระตุ้นความสามารถในการคิด แก้ปัญหา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีภาวะอวัยวะล้มเหลวกี่ระบบ ระบบอะไรบ้าง 2) จากผล Arterial Blood Gas และ Electrolyte ผู้ป่วยมีภาวะใด 3) ผู้ป่วยได้รับ Dopamine 50 mg IV drip (5mcg/kg/min) เพราะเหตุผลใด 4) จงอธิบายพยาธิสภาพที่เกิดในผู้ป่วย และ5) การพยาบาลที่สำคัญ คือ อะไร ใบงานและสถานการณ์กรณีศึกษาชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนทางการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤติ จำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการนำมาใช้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ลักษณะเป็นโจทย์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญการสอนด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 คน และด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤติ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของข้อคำถามและความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการประเมินแต่ละข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item objective congruence) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง A จำนวน 86 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Coefficient, KR-20) เท่ากับ 0.61 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลาง[14]

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) จำนวน 15 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจด้านผู้เรียน (5 ข้อ) ด้านวิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน (6 ข้อ) และบรรยากาศการเรียนการสอน (4 ข้อ) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและประเด็นของการประเมิน (IOC) เท่ากับ

1.00 ได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง A จำนวน 86 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

3. แบบประเมินการจัดการเรียนการสอนสำหรับอาจารย์ผู้สอนและผู้สังเกตการสอน (อาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ) เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นของอาจารย์ ในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคหรือข้อเสนอแนะ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาและการพยาบาล จำนวน 3 คน

4. แบบประเมินการจัดการเรียนการสอน สำหรับนักศึกษา เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นของนักศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคหรือข้อเสนอแนะ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนและการพยาบาล จำนวน 3 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่รับรอง 2561-03 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายจนเข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็น 5 ระยะตามกระบวนการชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ (Analyze) อาจารย์ผู้สอน 2 คน ทำการวิเคราะห์สภาพการณ์โดยรวบรวมผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาในปีการศึกษาที่ผ่านมา วิเคราะห์ความเหมาะสมของสาระการเรียนรู้ วิธีการสอนว่ามีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบันหรือไม่ ควรปรับเพิ่มหรือลดเนื้อหาส่วนใด แล้วกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สาระการเรียนรู้ วิธีการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้

ระยะที่ 2 การวางแผนการจัดการเรียนรู้ (Plan) ผู้สอนและอาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ประกอบด้วย ผู้สอน 2 คน อาจารย์เพื่อนคู่คิด 1 คน ผู้เชี่ยวชาญการสอน 1 คน และผู้บริหาร 1 คน ประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาแผนการจัดการเรียนรู้ที่ผู้สอนพัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 หลังจากนั้นได้นำไปทดลองสอน (try out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง A จำนวน 86 คน แล้วปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ตามผลการประเมินการสอนก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การปฏิบัติและสังเกตการณ์ (Do and See) อาจารย์ผู้สอนนำแผนการจัดการเรียนรู้ที่ได้จากระยะที่ 2 ไปจัดการเรียนการสอนกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง B จำนวน 76 คน โดยอาจารย์ทีมวิจัยเป็นผู้สอนและอาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ 3 คนทำการสังเกตการสอนของอาจารย์และสังเกตพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา ตลอดระยะเวลา 3 ชั่วโมง การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเริ่มจากให้นักศึกษาแบ่งกลุ่ม จำนวน 19 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน คละเด็ก เก่ง กลาง อ่อน ก่อนเริ่มการเรียนการสอนให้นักศึกษาทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (pre-test) หลังจากนั้นอาจารย์ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษาเริ่มจากกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (hypovolemic shock) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และภาวะช็อกจากการแพ้รุนแรง (anaphylactic shock) และ ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ให้เวลานักศึกษาแต่ละกลุ่มทำการวิเคราะห์ อภิปราย และค้นหาคำตอบตามประเด็นคำถาม เป็นเวลา 10 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มนักศึกษานำเสนอผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา แล้วอาจารย์ผู้สอนอภิปรายเพิ่มเติมและสรุปเนื้อหาสำคัญ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้สอนให้นักศึกษาทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (post-test) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน และแบบประเมินการจัดการเรียนการสอน สำหรับอาจารย์ผู้สอนและอาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพทำแบบประเมินการจัดการเรียนการสอนสำหรับอาจารย์ผู้สอนและผู้สังเกตการสอน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้สอนได้นัดประชุมอาจารย์ผู้ร่วมชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ เพื่อร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติ

การสอนบนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสังเกตชั้นเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปผลการเรียนรู้ เพื่อให้ได้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพในครั้งต่อไป

ระยะที่ 5 เรียนรู้และพัฒนา (Redesign) ผู้สอนนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากระยะที่ 4 ไปปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ในปีการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired dependent t-test เพื่อเปรียบเทียบทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้ และการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อจำแนกประเด็นสำหรับข้อมูลส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิด

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คะแนนทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (คะแนนเต็ม 14 คะแนน) ของนักศึกษาภายหลังการเรียนรู้ (Mean = 10.51, SD. = 1.79) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน (Mean= 8.19, SD = 2.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(75) = 7.81$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, SD. =0.64) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านผู้เรียน ด้านวิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน และด้านบรรยากาศการเรียนการสอน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาตามความคิดเห็นของนักศึกษาจากคำถามปลายเปิด พบประเด็น ดังนี้

3.1 การสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา โดยนักศึกษาส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นเนื่องจาก กิจกรรมการสอนเป็นลำดับขั้นจากเนื้อหาง่ายไปสู่ยาก การวิเคราะห์กรณีศึกษาร่วมกับเพื่อนทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ ทำให้เข้าใจเนื้อหามากกว่าการบรรยาย

3.2 การสอนโดยใช้กรณีศึกษากระตุ้นความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ในเวลาจำกัด เกิดข้อคิดเห็นใหม่ ๆ มีการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาร่วมกัน หากยังไม่เข้าใจเพื่อนในกลุ่มจะช่วยอธิบายให้ฟัง ทำให้เข้าใจมากขึ้น เกิดการแก้ปัญหาอย่างสมบูรณ์ การได้ลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหากรณีศึกษาทำให้มีการแก้ปัญหาว่าจะให้การพยาบาลอย่างไร การพยาบาลที่สำคัญ คืออะไร สามารถนำความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาไปประยุกต์ ใช้บนหอผู้ป่วยได้

3.3 บรรยากาศการเรียนการสอน รู้สึกสนุกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อน รู้สึกตื่นเต้น และรู้สึกดีที่ได้ช่วยกันทำงาน ชอบกรณีศึกษาและวีดิทัศน์สถานการณ์จำลองทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในกลุ่มมากขึ้น ได้เห็นสถานการณ์ชัดเจนมากขึ้น ได้ค้นคว้าด้วยตนเองและอาจารย์เน้นย้ำในประเด็นสำคัญและสรุปให้ ทำให้รู้สึกตื่นตัวตลอดเวลา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ปัญหาก่อนและหลังการเรียนรู้ ด้วยสถิติ Paired dependent t-test (N=76)

ระยะ	Mean	SD.	df	t-test
ก่อนการเรียนรู้	8.19	2.30	75	7.81*
หลังการเรียนรู้	10.51	1.79		

* $p < .001$

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน (N=76)

ความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับ
1. ด้านผู้เรียน	4.22	0.58	มากที่สุด
1.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหามากขึ้น นอกเหนือจากการบรรยาย	4.07	0.56	มาก
1.2 เกิดการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง	4.19	0.52	มาก
1.3 มีความตื่นตัว กระตือรือร้นตลอดการเรียนการสอน	4.19	0.68	มาก
1.4 มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับเพื่อน	4.32	0.57	มากที่สุด
1.5 เกิดการเรียนรู้บทบาทและการทำงานเป็นทีม	4.34	0.60	มากที่สุด
2. ด้านวิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน	4.28	0.64	มากที่สุด
2.1 ลำดับขั้นตอนของการสอนชัดเจน	4.04	0.69	มาก
2.2 กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	4.36	0.60	มากที่สุด
2.3 กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมกระบวนการคิด	4.36	0.60	มากที่สุด
2.4 กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมให้เกิดทักษะการแก้ปัญหา	4.34	0.60	มากที่สุด
2.5 กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมความรับผิดชอบของท่าน	4.36	0.58	มากที่สุด
2.6 มีกิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมการค้นคว้าและ แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง	4.23	0.79	มากที่สุด
3. ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน	4.26	0.72	มากที่สุด
3.1 บรรยากาศในการเรียนไม่เคร่งเครียด	4.19	0.77	มาก
3.2 บรรยากาศการเรียนการสอนส่งเสริมการเรียนรู้	4.30	0.68	มากที่สุด
3.3 บรรยากาศการเรียนการสอนส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	4.33	0.67	มากที่สุด
3.4 ท่านมีความสุขในการเรียนรู้ สนุกสนาน	4.23	0.79	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.25	0.64	มากที่สุด

4. การรับรู้ถึงการพัฒนาการสอนของอาจารย์พยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ สะท้อนความคิดเห็นจากแบบสอบถามปลายเปิดและการสนทนากลุ่ม พบประเด็น ดังนี้

4.1 รูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะการแก้ปัญหา เนื่องจากมีแบบทดสอบก่อนเรียนเป็นการกระตุ้นนักศึกษาให้มีการทบทวนความรู้ก่อนเข้าเรียน มีการชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอนก่อนเริ่มทำการสอน มีการแบ่งกลุ่มนักศึกษาให้เล็กลง 4 คนต่อกลุ่ม และมีการคละเด็ก เก่ง กลาง อ่อน มีกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะช็อกแต่ละชนิดให้นักศึกษาร่วมกันวิเคราะห์ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันได้ดี เกิดการกระตุ้นแรงจูงใจให้ใฝ่เรียนรู้ และค้นหาคำตอบเพื่อตอบคำถาม

4.2 อาจารย์ผู้สอนมีการรับรู้ถึงการพัฒนาการสอนของตนเองจากการนำกระบวนการชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพมาใช้ในการสอนโดยใช้กรณีศึกษา อาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะช่วยให้ข้อเสนอแนะต่ออาจารย์ผู้มีประสบการณ์น้อย ในขณะเดียวกันอาจารย์ผู้มีประสบการณ์น้อยได้เรียนรู้เทคนิคการสอนจากอาจารย์ผู้มีประสบการณ์มาก เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้อาจารย์มีการพัฒนาการสอนให้ดียิ่งขึ้นและเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีกับนักศึกษา

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบของนักศึกษาภายหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yoo และ Park[4] ที่พบว่าพยาบาลจบใหม่ที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเรียนและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fayza และ Rawhia[15] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีทักษะในการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ซึ่งมีฐานมาจากทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism)[8] ประกอบกับผู้วิจัยได้มีการเตรียมจัดการเรียนการสอนโดยนำแนวคิดชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพมาใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ ที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาผู้เรียน การจัดการเรียนการสอน และคุณภาพการศึกษา[2] การจัดการเรียนการสอนเริ่มจากการแบ่งกลุ่มนักศึกษาในขนาดที่เหมาะสม 4 คนต่อกลุ่ม และจากการที่ผู้สอนมีการคละเด็ก เก่ง กลาง อ่อน ทำให้เพื่อนนักศึกษาในกลุ่มที่เก่งจะช่วยอธิบายให้นักศึกษาที่มีผลการเรียนระดับอ่อนหรือระดับปานกลาง ทำให้เข้าใจมากขึ้น เกิดการแก้ปัญหาอย่างสมบูรณ์ การให้ใบงานและกรณีศึกษาให้นักศึกษาได้ศึกษาล่วงหน้า 1 สัปดาห์ มีแบบทดสอบก่อนเรียนเป็นการกระตุ้นนักศึกษาให้มีการทบทวนความรู้ก่อนเข้าเรียน มีการชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอนก่อนเริ่มทำการสอน อาจารย์ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษา หลังจากนั้นให้กลุ่มวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา ตอบคำถามกระตุ้นทักษะการแก้ปัญหา อาจารย์ผู้สอนอภิปรายเพิ่มเติมและสรุปเนื้อหาสำคัญเป็นลำดับ วิธีการสอนนี้จึงเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการนำความรู้ด้านทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติทางคลินิกได้ ซึ่งเหมาะสมกับวิชาชีพการพยาบาลซึ่งต้องตัดสินใจในสถานการณ์ทางคลินิกที่แตกต่างหลากหลาย และสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของนักศึกษาที่กล่าวว่า การสอนโดยใช้กรณีศึกษากระตุ้นความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ในเวลาจำกัด เกิดข้อคิดเห็นใหม่ ๆ มีการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา แก้ไขปัญหาร่วมกัน การได้ลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหากรณีศึกษาทำให้มีการแก้ปัญหาว่าจะให้การพยาบาลอย่างไร การพยาบาลที่สำคัญคืออะไร สามารถนำความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาไปประยุกต์ใช้บนหอผู้ป่วยได้

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านผู้เรียน ด้านวิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน และด้านบรรยากาศการเรียนการสอน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้านเช่นกัน อธิบายได้ว่าการที่อาจารย์ได้มีการเตรียมการสอนที่ดีตั้งแต่การวิเคราะห์ผลการจัดการเรียนรู้ในปีการศึกษาที่ผ่านมาสำหรับนำมาใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ ที่ผ่านการออกแบบการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกของชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ทำให้การออกแบบการจัดการเรียนรู้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนได้มากขึ้น การสังเกตการเรียนรู้ในชั้นเรียนแล้วนำมาสะท้อนคิดและร่วมกันออกแบบการเรียนรู้ใหม่ ยิ่งทำให้การออกแบบการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการออกแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเน้นให้นักศึกษามีส่วนร่วม ได้ฝึกประยุกต์ใช้ความรู้ในห้องเรียนมากขึ้น และไม่เน้นการบรรยายเป็นหลัก ส่งผลให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะทางปัญญา รวมถึงทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจและสนุกกับกิจกรรมการเรียนการสอน[12,16] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของนักศึกษาที่กล่าวว่ารู้สึกสนุกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อน รู้สึกตื่นเต้น และรู้สึกดี ที่ได้ช่วยกันทำงาน ชอบกรณีศึกษาและวีดิทัศน์สถานการณ์จำลอง ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในกลุ่มมากขึ้น ได้เห็นสถานการณ์ชัดเจนมากขึ้น ทำให้รู้สึกตื่นตัวตลอดเวลา

3. อาจารย์พยาบาลมีการรับรู้ถึงการพัฒนาคุณภาพการสอนของตนเองจากการนำกระบวนการชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพไปใช้ในการสอนโดยใช้กรณีศึกษา โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ส่งผลลัพธ์ที่ดี คือ 1) การสนับสนุนของผู้บริหาร หัวหน้าภาควิชา เนื่องจากการ

ดำเนินงานในทุกขั้นตอนของการพัฒนาบทเรียนร่วมกัน ผู้บริหารมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งด้านการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนสิ่งอำนวยการสะดวกทั้งในด้านเวลาการประชุมร่วมกันและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ทำให้สมาชิกโดยเฉพาะผู้สอนมีขวัญกำลังใจและมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาการสอน นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนและแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและรวดเร็วมากขึ้น[17,13] 2) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อช่วยจัดระบบความรู้ ความคิด ของทีมผู้สอนและอาจารย์ผู้ร่วมสังเกตการสอนภาควิชาการพยาบาลเด็ก ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด และ 3) การสื่อสารอย่างเป็นกัลยาณมิตรของสมาชิกอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กในระยะปฏิบัติการสอนมุ่งเน้นที่การสังเกตชั้นเรียนเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้เรียน และระยะสะท้อนผลเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสื่อสารทางบวก โดยเน้นชี้จุดดีเพื่อสร้างกำลังใจและการสนับสนุนให้ผู้สอนตัดสินใจปรับปรุงการสอนได้ด้วยตนเอง ส่งเสริมการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ[8,17] สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของอาจารย์ที่กล่าวว่าอาจารย์ที่มีประสบการณ์มากช่วยให้ข้อเสนอแนะต่ออาจารย์ผู้มีประสบการณ์น้อย ในขณะเดียวกันอาจารย์ผู้มีประสบการณ์น้อยได้เรียนรู้เทคนิคการสอนจากอาจารย์ผู้มีประสบการณ์มาก เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับนักศึกษาและอาจารย์ มีการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน

จากผลการวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพมีประสิทธิผล ช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความกระตือรือร้นมากกว่าปกติ มีทักษะการแก้ปัญหา อาจารย์พยาบาลมีทัศนคติและการรับรู้ที่ดีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา และการนำแนวคิดชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพมาช่วยในการพัฒนาการสอนทำให้มีการพัฒนาทักษะในการจัดการเรียนการสอน การพัฒนาเทคนิคการสอนของอาจารย์ผู้สอน ส่งผลให้นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลได้เพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในครั้งนี้อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์พยาบาลควรนำการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพไปประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนโดยให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น

2. ก่อนเริ่มดำเนินการสอนควรมีการเตรียมความพร้อมอาจารย์ และนักศึกษาในการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพและการสนับสนุนเชิงนโยบายและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้จากผู้บริหาร เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการใช้รูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาผลของใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพต่อผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ของนักศึกษา เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การมีส่วนร่วมในการเรียน (engagement) โดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเท่านั้น และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานผ่านชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ กับรูปแบบการสอนแบบอื่น ๆ

References

1. The Office of the Education Council Secretariat. The National Education Plan B.E. 2560-2579. Ministry of Education. 2017. (in Thai)
2. Kunaviktikul. W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st Century. Nursing Journal 2015;42(2):152-6.
3. Yoo M, Park J. Effect of case-based learning on communication skills, problem solving ability, and learning motivation in nursing students. Nursing & Health Sciences 2015;17:166-72.
4. Yoo M, Park J. Effect of case-based learning on the development of graduate nurses' problem-solving ability. Nurse Education Today 2014;34:47-51.
5. Chandee M, Palee P, Niamhom P, Jongkae P, Sengpanit T. Effect of study teaching in the subject of nursing care for person with health problem practicum i on nursing students abilities of applying nursing process. Journal of Nursing and Education 2014;7(4):134-55. (in Thai)
6. Kosawannon S, Rungamornrat S, Panbangpra S. Effect of case study teching method on critical thinking in nursing students. Journal of Nursing Science 2015;33(3): 99-108. (in Thai).
7. Sirisom K, Wunnawilai P, Ampansirirat A, Chuencharoen S, Chitviboon A. Effect of case studies combined with concept mapping technique on critical thinking of nursing students. Journal of Nursing Science 2015;33(Supplement 1):18-26. (in Thai)
8. Khammani T. Teaching Technique: Knowledge for effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
9. Thistlethwaite JE, Davies D, Ekeocha S, Kidd JM, MacDougall C, Matthews P, et al. The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. Medical Teacher 2012;34:e421-e444.
10. Panich V. Learning creativity for learner in 21st century. Bangkok: Tathata Publication; 2012. (in Thai)
11. Triwaranyu C. Development of professional learning community through lesson study: an approach and guideline for success. Journal of Education Studies 2017;45(1):299-319. (in Thai)
12. Dejakupt P, Yindeesuk P. Instructional Management in 21st Century. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
13. Phuangsomjit C. Professional learning community and guidelines for application in educational institutions. STOU Education Journal 2017;10(1):34-41. (in Thai)
14. Srisuk K. Research methodology. Chiangmai: Krongchang Printing; 2009. (in Thai)
15. Fayza A., Rawhia S. Effect of case based learning on internship critical care nursing students' clinical judgment. Journal of Nursing and Health Science. 2016;5(5):15-20.
16. Tirapaiwong Y, Teerawatskul S, Jermworapipat S, Watthanachai P. The Development of an instructional model based on cooperative learning by using VARK learning styles on knowledge

and learning with happiness of nursing student. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(2):1-13. (in Thai)

17. Pirtle SS, Tobia E. Implementing effective professional learning communities. SEDL Insights (internet). 2014 [cited 2017 December 10]; 2:3 [1-8] Available from http://www.sedl.org/insights/2-3/implementing_effective_professional_learning_ communities.pdf

บทความวิจัย

นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล

Mechanism of Labor Simulator for Nursing Students

Received: Oct 5, 2020
Revised: Nov 3, 2020
Accepted: Nov 10, 2020

ขวัญใจ เพทายประกายเพชร พย.ม (Kwanjai Pataipakaipet, M.S.N)[1]
ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ ปร.ด. (Paveenapat Nithitantiwat, Ph.D)[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาชุดหุ่นการหมุนกลไกการคลอดและศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นการหมุนกลไกการคลอด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จำนวน 80 คน โดยมีแนวคิดในการพัฒนาหุ่น ดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัย และ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง 2) สร้างหุ่นการหมุนกลไกการคลอด 3) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 4) ทดลองใช้ 5) พัฒนาหุ่น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมชุดหุ่น จำนวน 14 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ได้หุ่นจำลอง 2 ชิ้น คือ ตัวตุ๊กตาและอุ้งเชิงกราน นักศึกษาใช้เวลาในการฝึกทักษะ 2 ชั่วโมงต่อคน โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน (Mean = 4.17, SD. = 0.60) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณภาพและประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.23, SD. = 0.58) รองลงมาคือ ด้านคุณภาพการนำไปใช้ (Mean = 4.16, SD. = 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านคุณภาพการผลิต (Mean = 4.14, SD. = 0.63) นวัตกรรมชุดหุ่นนี้ สามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการควบคู่กับการเรียนภาคทฤษฎี ซึ่งจะทำให้นักศึกษามองเห็นภาพชัดเจน เรียนรู้ได้ง่าย เกิดความรู้ความเข้าใจในภาคทฤษฎีและสร้างความมั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น

คำสำคัญ: นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะ, การหมุนกลไกการคลอด, นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

[1] Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี Email: kwan-pet@hotmail.com

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: paveenapat.n@bcn.ac.th

[1]Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

[2]Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

This research and development aimed to create and develop simulation for manual rotation of mechanism of labor and examine the satisfaction of nursing students toward using simulation for manual rotation of mechanism of labor. The samples were eighty 3rd year nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. The concepts of development were as follows: 1) examined theory and concepts, literature review and consult expertise, 2) created simulation for manual rotation of mechanism of labor, 3) checked up by expertise, 4) tried out the innovation, 5) developed simulation. The instruments consisted of general information and 14 items questionnaire for satisfaction toward using simulation innovation. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation.

The result of this study showed that the model consisted of two pieces, there were a doll body and pelvic. Each student used two hours for skill practice. Overall mean scores of satisfactions were at high level in every aspect. When considering in each aspect, this study showed that the average of quality and achievement were at the highest level; followed by, the quality and useful were at high level; and the lowest mean score was the product quality. This simulation innovation can be used in laboratory along with theory which will help students to have clear vision, easy to learn, gain better understanding in theory and build confidence in practice.

Keywords: simulator, mechanism of labor, nursing students

บทนำ

การจัดการศึกษาในโลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยเฉพาะการจัดการศึกษาพยาบาลในยุคที่ต้องมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะแห่งการเรียนรู้ตามศตวรรษที่ 21 ซึ่งทักษะที่จำเป็นประกอบด้วยความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม ความคิดเชิงวิพากษ์ การแก้ไขปัญหา การสื่อสารเทคโนโลยี การร่วมมือกัน ทักษะชีวิตและการทำงาน[1-3] สำหรับในยุคการสื่อสารสารสนเทศที่ทันสมัย การเรียนการสอนมีการพัฒนาไปอย่างมาก ผู้เรียนต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งภาคทฤษฎีที่เหมาะสม ภาคปฏิบัติในห้องทดลอง รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง[4-5] การจัดการศึกษาในปัจจุบันต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ และจัดการศึกษาที่สร้างสรรค์และมีประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ

ดังนั้นเพื่อตอบสนองนโยบายการจัดการศึกษาในยุคศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จึงได้ปรับวิธีการเรียนการสอนและพัฒนานวัตกรรมสื่อการสอนใหม่ ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ของผู้เรียนให้ดียิ่งขึ้น โดยได้ส่งเสริม พัฒนา และผลิตหุ่นจำลองเกี่ยวกับกลไกการคลอด ซึ่งการจัดการเรียนรู้โดยใช้หุ่นจำลองที่เลียนแบบเสมือนจริง (Simulation) เป็นนวัตกรรมที่ได้รับความนิยมและจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล[6] เพราะผู้เรียนต้องเรียนรู้โครงสร้างและกายภาพของหุ่นจำลองได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริงของผู้เรียนกับผู้ป่วย การใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่าย มองเห็นภาพชัดเจน โดยหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอดมีความจำเป็นและสำคัญ

สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ซึ่งใช้ประกอบการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ซึ่งเป็นวิชาพื้นฐานวิชาแรกเกี่ยวกับการพยาบาลด้านสูติกรรม และต้องใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ในหัวข้อเรื่อง กลไกการคลอด โดยผู้เรียนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในขั้นตอนการเกิดกลไกการคลอด ซึ่งการที่ทารกจะเคลื่อนผ่านหนทางคลอดออกมาได้นั้น ต้องผ่านกลไกต่าง ๆ ได้แก่ 1) engagement: ส่วนกว้างที่สุดของศีรษะทารกผ่านลงช่องเข้าเชิงกราน 2) descent: การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก 3) flexion: การก้มของศีรษะทารกให้เกิดเส้นผ่านศูนย์กลางสั้นที่สุดที่จะผ่านช่องทางคลอดได้ 4) internal rotation: การหมุนของศีรษะทารกภายใน ให้รอยต่อแสกกลางของศีรษะ (sagittal suture) อยู่แนว หน้า-หลัง (anterior-posterior) สัมพันธ์กับช่องออก (pelvic outlet) 5) extension: เมื่อเกิด internal rotation สมบูรณ์ และศีรษะทารกลงมาถึงปากช่องคลอด ศีรษะทารก จะเงยขึ้น 6) restitution: การหมุนกลับของศีรษะทารก ไปอยู่แนวเดียวกับไหล่ (จะได้ท่าของทารกตอนก่อนคลอด) 7) external rotation: การหมุนกลับของศีรษะทารก ภายนอกตามไหล่ เพื่อให้ตั้งฉากกับไหล่ท้ายทอยอยู่ แนวเดียวกับหลัง และ 8) expulsion: การคลอดไหล่ ลำตัว แขนและขาของทารก[7] หุ่นจะช่วยเพิ่มทักษะความชำนาญให้กับนักศึกษา เพราะเป็นหุ่นที่มีความเสมือนจริง มีความชัดเจน ขนาดถูกต้องและมีรายละเอียดต่าง ๆ เสมือนจริง และจากการศึกษาของงานวิจัย พบว่า วิธีการสอนจากสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นเสมือนจริงนี้จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีแก่นักศึกษา เพิ่มพูนทักษะในการแก้ปัญหาและทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ ลดความตื่นเต้นและความวิตกกังวลก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในครั้งแรกของนักศึกษา มากยิ่งขึ้น[8] เพราะถ้านักศึกษาหมุนศีรษะทารกผิดทิศทางจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารก

ในการจัดการเรียนการสอนอาจารย์ผู้สอนได้จัดหาสื่อการสอนมาช่วยสอนทั้งสื่อวิดีทัศน์ภาพเคลื่อนไหว หุ่นเชิงกรานและทารก และให้นักศึกษาได้ไปศึกษาฝึกฝนการหมุนกลไกการคลอดด้วยตนเองโดยมีอาจารย์ช่วยชี้แนะ จากนั้นมาสอบประเมิน ในปีการศึกษา 2558 ผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาอยู่ในระดับดีมาก แต่นักศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีหุ่นทารกและเชิงกรานเสมือนจริงมาใช้ให้นักศึกษาได้ฝึกจะทำให้นักศึกษามีความเข้าใจมากขึ้น และจากการสอบถามและสัมภาษณ์นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติทักษะการหมุนกลไกการคลอด พบว่า นักศึกษาไม่เข้าใจกลไกการคลอดภายหลังจากการดูวิธีการสอนโดยการสาธิตจากอาจารย์ตลอดจนไม่สามารถสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง จึงทำให้นักศึกษาขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ อีกทั้งหุ่นการหมุนกลไกการคลอดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการเรียนรู้ และหุ่นเดิมที่มีอยู่ยังมีสภาพที่ชำรุดไม่เหมือนของจริง ทำให้นักศึกษาต้องใช้จินตนาการอย่างมาก ทำให้ไม่เข้าใจการหมุนกลไกการคลอดได้อย่างถูกต้อง[9] รวมทั้งไม่สามารถประเมินการคลอดได้ ทั้งนี้การคลอดบุตรแต่ละครั้งจำเป็นต้องใช้เทคนิคการคลอดที่ถูกต้อง การให้การพยาบาลจึงจำเป็นต้องระมัดระวังและคำนึงถึงความปลอดภัยของทารกเป็นสำคัญ นอกจากนี้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ประสบปัญหาจำนวนนักศึกษาที่เพิ่มขึ้นมากในแต่ละปี ทำให้หุ่นการหมุนกลไกการคลอดสำหรับการฝึกทักษะมีจำนวนจำกัด นักศึกษาขาดโอกาสในการฝึกปฏิบัติและเรียนรู้นอกเวลาเรียน[10] รวมถึงหุ่นทารกที่มีอยู่ไม่มีความเสมือนจริงในเรื่อง Flexion (ศีรษะงอ คางชิดอก) ความชัดเจนของรอยต่อ (suture) กระหม่อม (fontanel) หน้าหลัง สัดส่วนเส้นรอบศีรษะของทารก ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจกลไกการคลอดที่ท้ายทอยจะต้องหมุนไปอยู่ด้านหน้าของเชิงกรานตามองศาในท่า (position) อีกทั้งเป็นพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับท่าทารกในครรภ์ (position) เพื่อประเมินสภาวะของทารกในครรภ์และสามารถทำคลอดปกติทางช่องคลอดได้[11]

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนานวัตกรรมหุ่นการหมุนกลไกการคลอดนี้ขึ้น เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้และนำนวัตกรรมไปใช้ในการเรียน ซึ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในห้องทดลอง ทั้งนี้จะช่วยให้นักศึกษาได้เข้าใจและเห็นภาพได้ง่ายขึ้น อีกทั้งเป็นสื่อการสอนที่นักศึกษาสามารถไปฝึกทบทวนได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดงานวิจัยและพัฒนาของ Chotiban และคณะ[10] ซึ่งศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้ชุดหุ่น

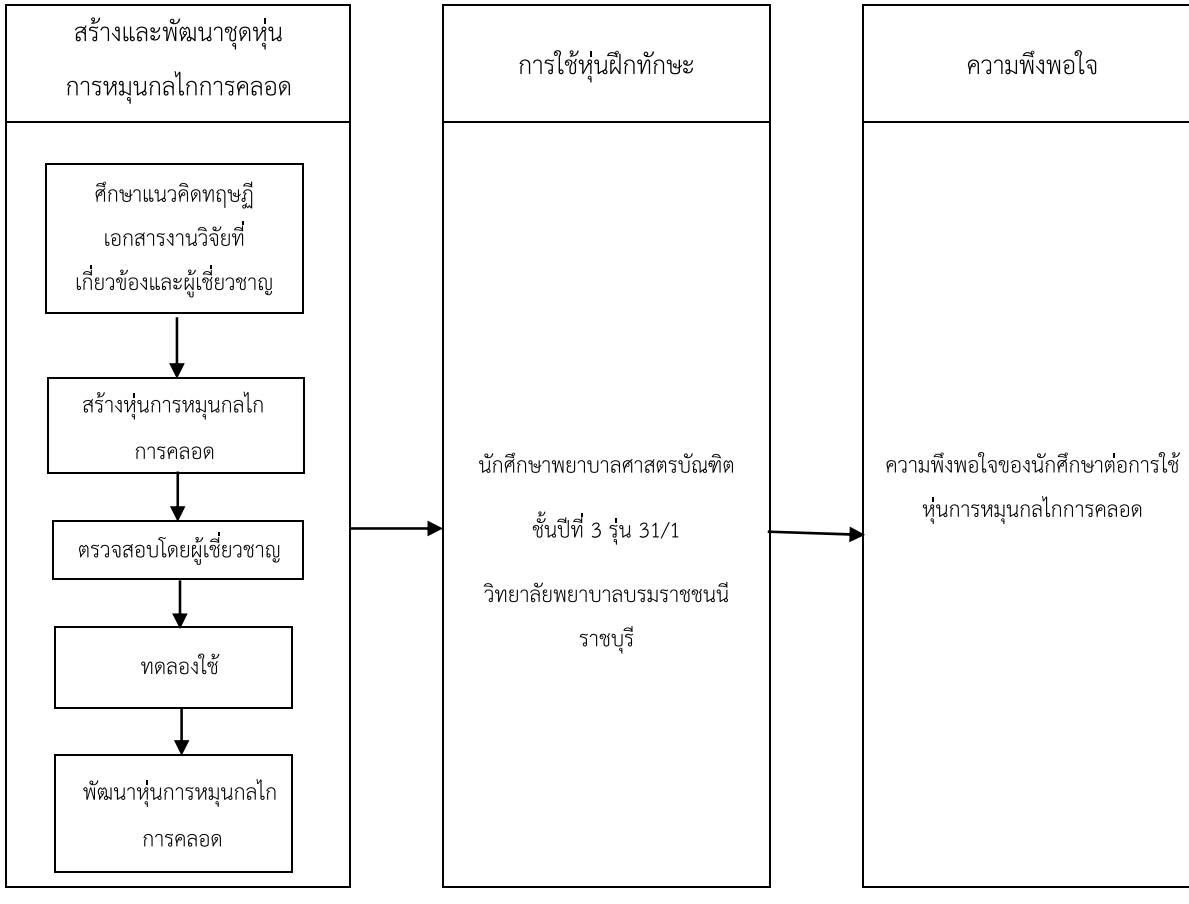
ช่วยฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งมีผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบหุ่นจำลองก่อนนำไปทดลองใช้ รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้หุ่นในการฝึกทักษะ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงหุ่นการหมุนกลไกการคลอดนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสร้างและพัฒนาชุดหุ่นการหมุนกลไกการคลอด และศึกษาความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมชุดหุ่นการหมุนกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเรียนรู้จากหุ่นจำลองทำให้นักศึกษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม งานวิจัยนี้จึงได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนของ Kolb (Kolb's learning theory) มาเป็นฐานในการพัฒนาการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงของผู้เรียน ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ผู้เรียนต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง (Experience) 2) เมื่อเรียนรู้แล้วต้องสะท้อนความคิดความรู้สึกด้วยตนเอง (Reflection) 3) นำความรู้จากการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตนเองมาสรุปเป็นแนวคิดใหม่ (Conceptualize) 4) สุดท้ายนำการเรียนรู้ใหม่นั้นมาปฏิบัติ (Active experimentation)[12]



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยได้ดำเนินงานวิจัย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาชุดหุ่นหมุนกลไกการคลอด

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้ชุดหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ชั้นปีที่ 3 ทุกคน จำนวนทั้งสิ้น 80 คน ที่กำลังศึกษาภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และ ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมชุดหุ่นหมุนกลไกการคลอด จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ เป็นลักษณะแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

การหาความเที่ยงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้ชุดหุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอด เสนอต่ออาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย 2 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยนี้ ภายหลังจากที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.60 และได้มีการปรับแก้ไขเพิ่มเติม

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้ชุดหุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอด ผู้วิจัยนำมาใช้โดยได้หาความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach Alpha's coefficient) ได้ความเชื่อมั่น 0.827

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นสร้างและพัฒนาประกอบด้วย

1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีพร้อมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอด สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวน จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและรูปแบบการสร้างนวัตกรรมหุ่นฝึกทักษะเพื่อประกอบการเรียนการสอน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวศีรษะตุ๊กตาและอุ้งเชิงกรานตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ เมื่อได้ขั้นตอนในการสร้างนวัตกรรมหุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอดแล้วนำไปตรวจสอบโดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัยที่เป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหาขั้นตอนการทำหุ่น

1.2 การสร้างนวัตกรรมหุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ผู้วิจัยได้ติดต่ออาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการทำหุ่นต้นแบบเพื่อขอรับคำแนะนำในการสร้างนวัตกรรม โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ของการสร้างนวัตกรรมหุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ดังนี้[13]

ศีรษะตุ๊กตา

ในส่วนหัวของตุ๊กตาผู้วิจัยได้วาดออกแบบจากสัดส่วนจริง รวมถึง รอยต่อ (suture) กระหม่อม (fontanel) หน้าหลัง จากนั้นนำไปหล่อศีรษะที่ร้านโดยค่าหล่อศีรษะทารก 150 บาทต่อหัวดังแสดงในภาพที่ 2




ภาพที่ 2 ศีรษะและตัวทารก

วัสดุอุปกรณ์

ประกอบด้วย (1) ผ้าฝ้าย สีสันตามใจชอบ (ผ้าฝ้ายจะเย็บสะดวกกว่าผ้าแพรเพราะจะสามารถเย็บได้สะดวกกว่า) ขนาด 50 เซนติเมตร ต่อหุ่น 1 ตัว (2) ด้าย, เข็มคอสตีส, กรรไกร (3) กระดาษลอกแบบ (4) นุ่น (5) กาวชนิดเหนียวพิเศษ (6) สายเอ็นพลาสติก

ขั้นตอนการทำ

1. ลอกแบบตุ๊กตาที่ให้มาลงกระดาษ แล้วตัดเป็นชิ้นให้ได้สัดส่วน คอ, ลำตัว, แขนซ้าย, แขนขวา, ขาซ้าย, ขาขวา, ฝ่าเท้าและหลังเท้า

2. ตัดผ้าขนาดเท่าแบบกระดาษ (ทุกชิ้นเผื่อตะเข็บข้างไว้สำหรับเย็บโดยรอบประมาณ 1 เซนติเมตร)

คอ	1 ชิ้น	ลำตัว	2 ชิ้น
หลังเท้าและฝ่าเท้าอย่างละ	2 ชิ้น	ขา	2 ชิ้น
แขน	2 ชิ้น	มือ	4 ชิ้น

3. นำผ้าที่ตัดเป็นลำตัว 2 ชิ้น วางประกบกันเย็บโดยรอบเว้นว่างไว้ตรงบริเวณช่อง แขน ขา ทั้งสองข้าง กลับตะเข็บเข้าข้างใน และยัดนุ่นให้แน่นพอควรเพราะถ้านุ่นน้อยจะทำให้ตัวตุ๊กตานิ่มไม่สวยงาม ส่วนนิ้วมือนิ้วเท้า เมื่อเย็บโดยรอบแล้ว ตัดส่วนที่เผื่อไว้สำหรับเย็บเข้าไปตามช่องนิ้วทุกช่อง แล้วจึงกลับตะเข็บ เราจะได้นิ้วที่มีลักษณะชัดเจนไม่เป็นแผ่นติดกันเหมือนตีนเป็ด

4. นำ มือ แขน ขาและเท้า มาเย็บแล้วกลับตะเข็บยัดนุ่นให้แน่นพอควร (เย็บด้วยจักรเย็บผ้าจะแน่น และสวยงาม พร้อมทั้งยังสะดวกดีกว่าเย็บด้วยมือ)

5. บริเวณข้อศอก ข้อเข่า ให้เย็บผ้าด้านหน้า และด้านหลังติดกัน ไม่ต้องใส่นุ่นเข้าไป เพื่อให้ส่วนนี้ พับ งอ ได้

6. นำชิ้นส่วนแต่ละชิ้น มาเย็บติดกันด้วยมือ (ไม่ใช้จักรเย็บผ้า) จัดแต่งให้ดูสวยงามเหมือนธรรมชาติของ แขน ขา เท้า นิ้ว แต่ละข้างให้เหมือนกัน ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา

7. นำส่วนหัวที่มีรอย suture fontanel มาต่อกับลำตัวโดยพับผ้า เข้าด้านในเย็บด้วยเอ็นผ่านรูรอบ ๆ คอหุ่นที่เป็นปูน ทากาวบริเวณคอหุ่นโดยรอบเหนือส่วนเอ็นที่เย็บไว้ เพื่อให้ผ้าแนบสนิทกับหัวหุ่น ส่วนหัวที่เป็นยาง ใช้เย็บด้วยเอ็นให้ส่วนผ้าติดกับยางได้เลย ขณะเย็บอย่าดึงให้แน่นจนเกินไป จะทำให้ยางขาดได้การต่อหัว ต้องเหลือส่วนคอพอควร เพื่อให้หุ่นสามารถก้มและเงยได้

อุ้งเชิงกราน

วัสดุอุปกรณ์

1. กระดาษแข็ง (ฝากล่องกระดาษ) ขนาด 12x24 นิ้ว สำหรับทำ Innominate Bone

2. กระดาษปอนด์ ขนาด 12x12 นิ้ว สำหรับทำส่วน Ilium, Ischium และ Coccyx

3. กาวลาเท็กซ์

4. ที่เย็บกระดาษ (Staples) ,กรรไกร

ขั้นตอนการทำ

1. อุ้งเชิงกราน ผู้วิจัยได้ออกแบบชิ้นส่วนเท่ากับของจริง ขนาดของเส้นรอบวง เส้นผ่าศูนย์กลาง เส้นวัดจากแนวเฉียง เท่ากับของจริง แล้วลอกแบบชิ้นส่วนเชิงกรานลงบนกระดาษแข็ง

ส่วนที่ 1 2 ชิ้น

ส่วนที่ 2,3 อย่างละ 1 ชิ้น

ในส่วนที่ 2 (Ilium) ลอกแบบให้ครบทั้งด้าน ซ้าย และด้าน ขวาเป็นชิ้นเดียวกัน เป็นรูปร่างของ Innominate Bone

2. ในส่วนที่ 2 ขอบด้านใน (Pelvic Inlet) ให้ตัดตามรอยเส้นประแล้วพับลง เพื่อใช้ติดประกอบกับส่วนที่ 1 และ 3

3. ส่วนที่ 3 (Sacrum, Coccyx) ตกแต่งให้เหมือนจริง

4. นำชิ้นส่วนที่ 1, 2 และ 3 ที่ตัดได้ประกอบกัน ส่วนที่ 1 ทั้ง 2 ชิ้น มาติดด้านในของส่วนที่ 2 แล้วนำส่วนที่ 3 มาติดซ้อนเกยทับส่วนที่ 1 เล็กน้อย ลักษณะเหมือนกับเชิงกรานจริงติดด้วยกาวลาเท็กซ์ และเย็บซ้ำอีกครั้งด้วย Stales เพื่อให้แน่นอีกครั้ง ดังแสดงในภาพที่ 3

1.3 ผู้วิจัยนำชิ้นส่วนของนวัตกรรมไปตรวจสอบโดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย 2 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของชิ้นส่วนโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจต่อการใช้หุ่น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย และนำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอดมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

1.4 ผู้วิจัยได้นำชุดหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอดไปทดสอบเครื่องมือ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวม ดังนี้

1.4.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูลและประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตอาจารย์ผู้สอนแต่ละกลุ่มในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

1.4.2 ถ้ากลุ่มทดลองมีความสมัครใจจะให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการจับฉลากจากเลขที่เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยจะจัดทำฉลาก ซึ่งฉลากนั้นจะเป็นเลขที่ประจำ ตัวของผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองทั้งหมดใส่ในกล่องทึบ เพื่อไม่ให้เห็น ในขั้นตอนการสุ่มนั้นผู้วิจัยจะหยิบฉลากครั้งละ 1 ชิ้น เมื่อนำฉลากนั้นออกไปแล้วจะไม่นำกลับมาใส่ใหม่ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการจำนวน 30 คน

1.4.3 แจกหุ่นทารกและอุ้งเชิงกรานแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้ หลังจากได้ทดลองใช้แล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม เพื่อประเมินความพึงพอใจจากการใช้หุ่น ค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง Mean = 3.99 หลังจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนาชุดหุ่นฝึกทักษะต่อไป

2. ขั้นการนำไปใช้และศึกษาความพึงพอใจ

ภายหลังการทดลองใช้กับนักศึกษาและได้ปรับปรุงพัฒนาตามข้อเสนอแนะ จึงได้นำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 รุ่น 31/1 ทั้งรุ่น จำนวน 80 คน ที่กำลังเรียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 และประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้หุ่นฝึกทักษะ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มประชากร และเข้าพบกลุ่มประชากร



ภาพที่ 3 อุ้งเชิงกรานและศีรษะทารก

จำนวน 80 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่ม และให้สิทธิ์กลุ่มประชากรในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน หากกลุ่มประชากรไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมการวิจัยไม่ว่าจะกรณีใด ๆ สามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เลขที่ BCNR 012/2559

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติซึ่งแยก วิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ถามข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 2 สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินระดับความพึงพอใจจากค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ภายหลังการสร้างหุ่นจำลองเสมือนจริงเสร็จสิ้น อาจารย์ผู้สอนจะเป็นผู้สาธิตการหมุนกลไกลการคลอดให้นักศึกษาแล้วให้นักศึกษาสาธิตย้อนกลับ ซึ่งนักศึกษาสามารถยืมหุ่นแล้วนำไปฝึกซ้อมก่อนนำมาสอบในครั้งถัดไป โดยหุ่นมีจำนวนเพียงพอในการฝึกซ้อมสำหรับนักศึกษาทุกคน

2. ข้อมูลทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แสดงลักษณะส่วนบุคคล (เพศ) กลุ่มประชากรมีเพศ ชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 เพศหญิง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 93.80

3. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมชุดหุ่นการหมุน กลไกการคลอดโดยภาพรวมแต่ละด้าน พบว่า ด้านคุณภาพและประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.23 รองลงมา คือ ด้านคุณภาพการนำไปใช้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 และด้านคุณภาพการผลิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมชุดหุ่นการหมุนกลไกการคลอดโดยภาพรวมแต่ละด้าน

ด้าน	Mean	SD.	ระดับ
1. ด้านคุณภาพการผลิต	4.14	0.63	มาก
2. ด้านคุณภาพและประโยชน์	4.23	0.58	มาก
3. ด้านคุณภาพการนำไปใช้	4.16	0.63	มาก
รวม	4.17	0.60	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี มีความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอด ซึ่งประกอบด้วย หุ่นเด็กทารก และหุ่นอุ้งเชิงกราน ในภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.17, SD.= 0.60) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณภาพและประโยชน์ (Mean = 4.23, SD.= 0.58) รองลงมาคือด้านคุณภาพการนำไปใช้ (Mean = 4.16, SD. = 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านคุณภาพการผลิต (Mean = 4.14, SD.= 0.63) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อนักศึกษามีความพึงพอใจต่อความสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ง่ายและสะดวก พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.31, SD.= 0.56) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chotiban, Nawsuwan, Nontaput และ Rodniam[10] ได้ศึกษานวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นฝึกสวนปัสสาวะเพศชายเคลื่อนที่และคุณภาพหุ่นฝึกสวนปัสสาวะเพศหญิงเคลื่อนที่ คุณภาพหุ่นแขนฝึกให้สารน้ำและฉีดยาเข้าชั้นผิวหนังคุณภาพหุ่นกล้ามเนื้อ Deltoid ฝึกฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังและชั้นกล้ามเนื้อ มีค่าเฉลี่ยของ ความสามารถในการนำไปใช้งานง่าย และเคลื่อนย้ายสะดวกมีค่าสูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่า จากทฤษฎีการเชื่อมโยงของ Thorndike กล่าวว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการฝึกหัด ลองผิดลองถูก แก้ปัญหา ทำในสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง จึงจะจดจำได้ดี และเมื่อปฏิบัติไปแล้วมีความพึงพอใจ การศึกษาถือว่าเป็นรางวัลและการประสบความสำเร็จ[14] รวมทั้งการจัดการเรียนที่มีการใช้นวัตกรรมมาช่วยสอนจะทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้ให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Ruangrit พบว่า นวัตกรรมการเรียนการสอนจะช่วยพัฒนาผลการเรียนรู้ด้านความรู้และทักษะทางปัญหา โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากทั้งสองด้าน[15] สอดคล้องกับ Suwannarat และ Saetang ได้ศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดต่อความรู้และทักษะการประเมินกลไกการคลอด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่านักศึกษาที่ใช้นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้[7] ทั้งนี้การออกแบบนวัตกรรมเกิดมาจากความต้องการของผู้เรียน คือ ต้องการสื่อการสอนในการทบทวนความรู้ และทักษะการประเมินกลไกการคลอดโดย หุ่นเชิงกรานพร้อมกะโหลกศีรษะทารกที่มีรูปร่างเสมือนจริง และสีสันที่กระตุ้นการเรียนรู้ เพราะสื่อการเรียนการสอน เป็นตัวกลางสำคัญในกระบวนการเรียนการสอน เป็นสิ่งเร้า ที่กระตุ้นและเชื่อมโยงความรู้[7]

ส่วนในด้านคุณภาพการผลิต พบว่า มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ หุ่นมีความเสมือนจริงทั้งรูปร่างและลักษณะสี (Mean = 3.99, SD. = 0.70) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก หุ่นไม่ได้ผลิตมาจากผู้เชี่ยวชาญการผลิตหุ่นทางการแพทย์โดยตรง อีกทั้งยังใช้วัสดุที่ได้มาจากร้านค้าที่หาได้ทั่วไป จึงทำให้ได้หุ่นที่ไม่ได้มาตรฐานเสมือนของจริง ซึ่งลักษณะหุ่นที่ดีควรเป็นวัสดุสามมิติ ใช้สีที่เหมือนของจริง ใช้สารสังเคราะห์นำมาหล่อเป็นหุ่น ราคาประหยัด ไม่เป็นพิษ มีความยืดหยุ่น น้ำหนักเบา ไม่แตกง่าย เคลื่อนย้ายสะดวก และเหมาะสมกับการศึกษาด้วยตนเอง[6,16] นอกจากนี้ Nunchai และ Saengnual [17] ได้ศึกษา การพัฒนาหุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการประเมินท่าทารกในครรภ์ พบว่า คุณภาพหุ่นจำลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด มีประโยชน์ต่อนักศึกษาในการฝึกฝนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาการทำหุ่นต้นแบบของการฝึกภาคปฏิบัติ และการฝึกทักษะต่าง ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เพียงห้องเดียว ไม่ใช่นักศึกษาทั้งหมด จึงควรจัดการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งสองห้อง

3. ในการทำนวัตกรรมหุ่นครั้งต่อไปควรผลิตหุ่นที่ทำจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์โดยตรงและทำจากวัสดุที่ได้มาตรฐานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ได้ใช้หุ่นฝึกทักษะ

2. ควรศึกษาวิจัยในการพัฒนาหุ่นฝึกชนิดอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น หุ่นฝึกทำคลอด หุ่นฉีดยา หุ่นให้ออกซิเจน เป็นต้น

References

1. Bellanca J, Brendt R. (Eds). 21st Century skills: Rethinking how students learn. Solution Tree Press 2010.
2. Panich W. The twenty-first century skills. SCB foundation; 2556. (in Thai)
3. Ekthamasuth C, Saweknga m W, Prachusilpa G. Development of instructional model based on design thinking and reflective practice approaches to enhance nursing innovation abilities of nursing students. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(2):1-14. (in Thai)
4. Kunaviktikul W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. Nursing journal 2015;42(2):152-56. (in Thai)
5. Saraketrin A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing education in the 21st century: competencies and roles of nursing instructors. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019;20(1):12-20. (in Thai)
6. Yimyam S. Developing simulation model for training clinical skill of health science students. Nursing Journal 2016;43(2):142-51. (in Thai)
7. Suwannarat K, Saetang K, Chonlatankampanat W. Effects of an innovation of delivery mechanism wheel on knowledge and delivery mechanism assessment skills among 3rd-year nursing students at Phrapokklao Nursing College. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019;30(1): 152-60. (in Thai)
8. Norman J. Systematic review of the literature on simulation in nursing education. The ABNF Journal; 2012:24-8.
9. Kongphedit P. Report of teaching and learning management, department of maternal and child, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi 2015. (in Thai)
10. Chotiban P, Nawsuwan K, Nontaput T, Rodniam J. Innovation of assisted models for practicing basic nursing skills. Princess of Naradhiwas University Journal 2013;5(3):1-12. (in Thai)
11. Komindr S, Sangpitak W, Keanoppakun M, Srisomphan K. Development of multimedia on mechanisms of labour for nursing students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2020;30(2):136-149. (in Thai)
12. Norkaeo D. Simulation based learning for nursing education. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2015;31(3):112-22. (in Thai)
13. Kongphedit P. Course syllabus for obstetrics nurses. Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi 1989. (in Thai)
14. Ngamprakhon S, Sangnont K. Learning management innovation, theory to practice. Mahachula Academic Journal 2018;5(special issue):74-82. (in Thai)

15. Ruangrit N. The development of blended instructional innovation using project-based learning of 468310 presentation technique and exhibition course. Veridian E-Journal, Silpakorn University;10:679-93. (in Thai)
16. Suprasert A. Rubber tree simulation and save media for Thai education. (Internet) 2017. (Cited 2018 April 2) Available from http://www3.rdi.ku.ac.th/exhibition/47_1/04/04.htm
17. Nunchai J. Saengnual S. Developing simulation model for fetal position assessment training skill. Nursing Journal 2018;45(4):37-46. (in Thai)

บทความวิจัย

มุมมองของครูที่มีต่อการติดเกมของเด็กนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา 2 จังหวัดนครปฐม

Teachers' Views on Game Addiction Situation among Elementary School Students at Elementary Schools under NakhonPathom Primary Education Service Area Office 2

Received: Oct 12, 2020
Revised: Nov 10, 2020
Accepted: Nov 14, 2020

เจียมใจ ศรีชัยรัตนกูล ส.ด. (Jeamjai Srichairattanakull, Dr.PH.)[1]
นิภาพร อภิสิทธิวาสนา ส.ด. (Nipaporn Apisitwasana, Ph.D.P.H)[2]
มณีรัตน์ เทียมหมอก พย.ม. (Maneerat Thiammok, M.S.N.)[3]

บทคัดย่อ

ปัจจุบันเยาวชนไทยเล่นเกมมากขึ้น นำไปสู่ผลกระทบเชิงลบต่อการศึกษา การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และภาวะสุขภาพ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของครูต่อสถานการณ์การติดเกม ปัจจัยส่งเสริมการเล่มเกม และแนวทางในการป้องกันและแก้ปัญหาการติดเกมของเด็กนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดนครปฐม ประชากร คือ ครูที่สอนประจำในโรงเรียนในสังกัดการประถมศึกษาขึ้นพื้นฐานในเขตพื้นที่การศึกษา 2 อำเภอพุทธมณฑล และ อำเภอนครนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ในปีการศึกษา 2560 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 121 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ปฏิบัติการอยู่ในโรงเรียนที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นครูประจำชั้น และ/หรือมีประสบการณ์ที่มีนักเรียนในชั้นเรียนของตนเล่นเกม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยส่วนบุคคล และแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ติดเกม มีความสนใจในการเรียนดี เพราะผู้ปกครองและครูดูแลใกล้ชิด มีการส่งเสริมการทำกิจกรรมที่หลากหลาย และครูไม่อนุญาตให้เด็กนักเรียนนำโทรศัพท์มาใช้ที่โรงเรียน แต่อย่างไรก็ตามยังมีนักเรียนบางส่วนติดเกม โดยใช้เวลาเล่นเกมหลังเลิกเรียน หรือวันหยุด เพราะมีเพื่อน หรือคนในครอบครัวเล่น ผู้ปกครองบางครอบครัวไม่มีเวลาดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่จำกัดเวลาในการเล่นเกม และอนุญาตให้เล่นเกมเพื่อตัดปัญหาลูกหลานรบกวนการทำงาน มีร้านเกมใกล้บ้านและโรงเรียน จากมุมมองของครูผู้สอนเห็นว่านโยบายระดับประเทศในการป้องกันการเล่นเกมของเด็กนักเรียนยังไม่ชัดเจน นโยบายด้านการศึกษาบางประเด็นเอื้อให้เด็กมีเวลาเล่นเกมมากขึ้น สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันและแก้ไข คือ 1) ระดับบุคคล: การเสริมสร้างการรู้เท่าทันเกมให้กับเด็กนักเรียนและผู้ปกครอง

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

[1,2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: jeamjai.s@bcn.ac.th, nipaporn.a@bcn.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: manerat.t@bcn.ac.th
Boromarajonani College of nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

2) ระดับระหว่างบุคคล: ผู้ปกครองและโรงเรียนส่งเสริมให้เด็กนักเรียนทำกิจกรรมอย่างอื่น การให้ข้อมูลสถานการณ์การติดเกมและผลกระทบกับผู้ปกครอง การส่งเสริมให้ผู้ปกครองดูแลบุตรหลานให้ใกล้ชิดมากขึ้น และการกำกับการเล่นเกมของเด็กนักเรียน 3) ระดับองค์กร ชุมชน และรัฐบาล: กำหนดนโยบายเพื่อลดช่องทางการเข้าถึงเกมของเด็กนักเรียนอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาเด็กติดเกม ผู้ปกครอง ครู และชุมชนควรร่วมมือกันในการส่งเสริมให้นักเรียนได้รู้เท่าทันเกม มีการส่งเสริมการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งที่บ้านและโรงเรียน และการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้านและโรงเรียนให้ปลอดจากสิ่งยั่วยุที่จะส่งเสริมให้เด็กนักเรียนในการเล่นเกมมากขึ้น

คำสำคัญ : เกม, การติดเกม, นักเรียน,ประถมศึกษา, มุมมองของครู

Abstract

Nowadays, Thai youth spend much time playing games and become addicted, leading to a negative impact on education, social interaction and child health. The descriptive research was designed and aimed to study teachers' views on game addiction situation, factors for playing games, and guidelines for preventing and solving game addiction problems in elementary school children. Volunteers are teachers who works in elementary schools under NakhonPathom Primary Education Service Area Office 2, which were located at Phutthamonthon District, NakhonChaisri District, NakhonPathom Province, Thailand in the academic year 2017. Subjects (n = 121) with the criteria included a class teacher with or without experience with game-addiction students enrolled in this study. The research instrument was a questionnaire composed of personal factors and a guideline for in-depth interview. The data were analyzed by content analysis.

The results revealed that most of students were not addicted to the games but concentrated on their studying. Although their parents and teachers have taken care of them closely by promoting various activities and not allowing them to use mobile phones at schools, some students were still addicted to the game. They spent time playing games in the evening after school or on holidays because they saw their friends or family members play the game. Some parents did not have time to look after them closely. Therefore, the parents should permit their children to play games less to prevent disrupting their work. In addition, there were many game shops near their houses and schools. Teachers' aspect showed that the national policy of preventing students' game addiction was unclear, in which some policies allow students to have more time to play games. The suggestions for prevention and correction should be 1) promoting game literacy for students and their parents, 2) promoting them to engage in other activities, and 3) establishing a concrete and clear policy to reduce them to access to games. In conclusion, parents, teachers and the community have to work together to remind students of game addiction, encourage them to spend spared time doing useful activities at home and school and control the incitement environment nearby home.

Keywords: game, game addiction, elementary school, students, teacher aspect

บทนำ

ปัญหาการติดเกมในเด็กและวัยรุ่นทั้งในระดับโลกและประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยทั่วโลกพบอัตราการป่วยจากการเล่นเกมออนไลน์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.0 เป็น 26.8 โดยพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และพบในวัยรุ่นมากกว่าผู้ใหญ่[1] ส่วนประเทศไทย ในปี 2560 มีเด็กป่วยเป็นโรคติดเกม (game addiction) รายใหม่ที่เข้ารับการรักษา จำนวน 129 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2559 ถึง 6 เท่า และโรคติดเกมมีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 3 ของเด็กป่วยทั้งหมด โดยเป็นชายมากกว่าหญิง อัตรา 7 ต่อ 1 อายุที่พบน้อยสุด คือ 5 ปี และมากสุดคือ 17 ปี[2] โดยมีสัดส่วนของมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ขณะที่อายุที่เริ่มติดเกมจะอยู่ที่ช่วงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 และจากการสำรวจของศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ และมูลนิธิอินเตอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า เด็กและเยาวชนไทยอายุ 6-18 ปี ร้อยละ 61.00 มีพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมออนไลน์ โดยใช้เวลาในการเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 37.50[3] และจากการทบทวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาข้อมูลการเล่นเกมในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ซึ่งเด็กในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีการเล่นเกมมากขึ้น โดยเฉพาะเกมในโทรศัพท์มือถือ เพราะผู้ปกครองหรือญาติพี่น้องมักให้เด็กใช้โทรศัพท์จึงสะดวกที่จะเล่นเกมมากขึ้น[4] เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดเพิ่มเติม พบว่า เด็กที่ติดเกมใช้เวลาเล่นเกม เฉลี่ยวันละ 5 ชั่วโมง สถานที่ที่เด็กใช้เล่นเกมออนไลน์มากที่สุด คือ บ้าน ร้อยละ 97.00 และโรงเรียน ร้อยละ 72.00[2] จากสถานการณ์การติดเกมของเด็กและเยาวชนไทยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดนครปฐมที่มีลักษณะเป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง ซึ่งจากการสรุปปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดนครปฐมด้านสังคมในปี 2558[5] พบว่า เด็กและเยาวชนติดเทคโนโลยี ติดเกมส์ออนไลน์มาก โดยได้รับอิทธิพลจากสื่อ และบุคคลรอบข้าง ทำให้ไม่สนใจการอ่านหนังสือ ส่งผลให้การเรียนตกต่ำ และไม่มีมนุษยสัมพันธ์ และจากการสำรวจข้อมูลของเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 8-18 ปี ในพื้นที่ตำบลลำเหย อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 131 คน พบว่า มีพฤติกรรมการเล่มเกมในระดับคลั่งไคล้ ซึ่งเริ่มมีปัญหาในการเล่นเกมร้อยละ 6.87 และมีพฤติกรรมน่าจะติดเกม ซึ่งมีปัญหาในการเล่นเกมมาก ร้อยละ 1.53 โดยพฤติกรรมการติดเกมในระดับคลั่งไคล้พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 3.86 ส่วนพฤติกรรมการติดเกมในระดับน่าจะติดเกมพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 3.23[6] ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญหนึ่งของจังหวัดนครปฐมที่จะต้องดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขเพื่อไม่ให้เพิ่มมากไปกว่านี้ จากข้อมูลที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การติดเกมที่เกิดขึ้นมีความสำคัญที่อาจจะส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนได้ ดังนั้น ในปี ค.ศ. 2018 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศว่า “โรคติดเกม” (gaming disorder) เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวช ที่เกิดจากพฤติกรรมเสพติดทางสมองคล้ายกับการติดสารเสพติด ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาสมอง เด็กที่ติดเกมจะเป็นผู้ใหญ่ที่ขาดสติ ไม่มีความยับยั้งชั่งใจ ไร้ประสิทธิภาพ และใช้อารมณ์ ในบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงถึงขั้นก่ออาชญากรรม หรือบางครั้งทำร้ายตนเองถึงขั้นฆ่าตัวตาย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเกมเกิดจากการเล่นเกมผ่านอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีอาการสำคัญ คือ 1) ใช้เวลาเล่นนานเกินไป 2) ขาดการควบคุมตนเองในการใช้ชีวิตปกติ และ 3) เสียหน้าที่ การเรียน และการงาน[7] ดังนั้นปัญหาการเล่นเกมจนติดจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับป้องกันและแก้ไข

การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนเพื่อร่วมกันป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กในโรงเรียนที่ส่วนใหญ่เกิดจากการบกพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบ้าน โรงเรียนและชุมชน[8,9] สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี Socio-Ecological Model ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ซึ่งอธิบายได้ว่าการเล่นเกมทำให้เด็กมีการหลั่งสารโดพามีน (dopamine) ที่สมองส่วนสไตรตัม (striatum) รวมทั้งสมองส่วนนิวเคลียสแอคคัมเบนซ์ (nucleus accumbens) จึงมีความอยากหรือความต้องการสิ่งเร้านั้นเพิ่มขึ้น[10] เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมจึงมักหมกมุ่นกับการเล่นเกมจนละเลยการทำกิจกรรมอย่างอื่น และมีความต้องการเล่นเกมที่ควบคุมได้ยาก โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งเร้า เช่น โทรศัพท์ ร้านเกมหรือสถานที่ที่เคยเล่นเกม และเพื่อน เป็นต้น[11] นอกจากนี้เกมยังทำให้ผู้เล่นสนุกสนาน ช่วยในการระบายความก้าวร้าว และท้าทายกับการเล่นที่มีระดับความยากเพิ่มมากขึ้น[11,12] ในส่วนของปัจจัยระหว่างบุคคลพบว่า เด็กที่ติดเกมมักพบในครอบครัวที่ขาดการฝึกระเบียบวินัยให้ลูกตั้งแต่วัยเด็ก อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการที่พ่อแม่ขาด

ทักษะในการฝึกวินัย ไม่มีเวลาหรือไม่ได้ให้ความสำคัญ มีความใกล้ชิดและผูกพันทางอารมณ์กับลูกน้อย หรือเกิดจากเด็กมีความเครียดจากความคาดหวังของพ่อ แม่ ปัญหาความขัดแย้ง หรือปัญหาการสื่อสารในครอบครัว และบางครอบครัวไม่มีเวลาควบคุมเด็ก หรือไม่เห็นความจำเป็นในการจำกัดเวลาการเล่นเกม บางครอบครัวพอใจที่เห็นเด็กเล่นคนเดียวได้โดยไม่มารบกวน ทำให้พ่อแม่มีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น[11] กลุ่มเพื่อนและสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสริมที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นติดเกมมากขึ้น เพราะการที่เด็กเล่นเกมกับเพื่อนจะทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองมีตัวตนและได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ด้วยลักษณะของเกมที่ต้องเล่นด้วยกัน คอยช่วยเหลือกันเพื่อเอาชนะฝ่ายตรงข้าม ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ โรงเรียน และปัจจัยด้านชุมชนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของคน ดังนั้นการติดเกมของเด็ก จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกคนต้องร่วมมือในการเร่งป้องกันและหาแนวทางการแก้ไข เพราะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะไม่ให้เด็กเข้าไปสัมผัสกับเกมคอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ทั่วไป และเข้าถึงได้ง่ายมากในสังคมปัจจุบัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเล่นเกมของเด็กที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องของปัจจัยด้านองค์กร และชุมชน ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาในประเด็นเหล่านี้ เพราะครูผู้สอนเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความใกล้ชิดกับเด็กนักเรียน เนื่องจากเด็กใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน ดังนั้นการศึกษามุมมองของครูเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเกม ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางการควบคุมและแก้ไขปัญหาในแต่ละระดับตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Socio-Ecological Model จึงมีความสำคัญที่สามารถนำไปเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กติดเกมได้ ซึ่งการวิจัยนี้กำหนดให้ การติดเกมของเด็กนักเรียน หมายถึง การที่เด็กนักเรียนใช้เวลาในการเล่นเกมครั้งละไม่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง เป็นประจำ ไม่สามารถควบคุมตัวเองให้เล่นภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ และใช้เวลาเล่นเกมนานขึ้นเรื่อย ๆ หรือมีความต้องการเล่นเกมตลอดเวลา แสดงความไม่พอใจ หงุดหงิด วิตกกังวล เมื่อบอกให้หยุดเล่นเกม และไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบหรือเคยทำเป็นกิจวัตร

โรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่อำเภอพุทธมณฑลและอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่ในการฝึกปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ และจากการตรวจสุขภาพของเด็กนักเรียนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อประเมินปัญหาเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่อยู่ในเขตพื้นที่นี้ พบนักเรียนในทุกชั้นปีมีปัญหาการมองเห็นค่อนข้างมาก ซึ่งจากการสอบถามนักเรียน ผู้ปกครองและครูในโรงเรียน พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์ และการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อเล่นเกมมากขึ้น โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้จัดหาให้เพื่อให้มีความสะดวกในการติดต่อกับบุตรและเพื่อให้เด็กมีคอมพิวเตอร์ไว้ใช้ในการเรียนการสอน จึงเป็นสิ่งหนึ่งที่ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการเล่นเกมมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อการมองเห็นของนักเรียนได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษามุมมองของครูผู้สอนต่อสถานการณ์การติดเกม ปัจจัยส่งเสริมการเล่มเกม ตลอดจนแนวทางในการป้องกันและแก้ปัญหาการติดเกมของเด็กนักเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดนครปฐม เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้ในการวางแผนและป้องกันแก้ไขปัญหาการติดเกมของเด็กนักเรียนร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและครูต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองของครูผู้สอนต่อสถานการณ์การติดเกม ปัจจัยส่งเสริมการเล่มเกม ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกม/ติดเกม แนวทางในการป้องกัน/แก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารประเทศสำหรับการป้องกันการติดเกมของเด็กนักเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Socio-Ecological Model ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน และรัฐบาลโดยปัจจัยด้านตัวบุคคล เกี่ยวข้องกับวัยของนักเรียนที่มีความอยากรู้อยากลอง และต้องการการยอมรับจากเพื่อน ซึ่งการเล่นเกมจะทำให้นักเรียนสามารถเข้ากลุ่มกับเพื่อนคนอื่น ๆ ได้ ประกอบกับลักษณะของเกมเป็นสิ่งเร้าอย่างหนึ่งที่จะทำให้นักเรียนมีความอยากหรือความต้องการสิ่งเร้านั้นเพิ่มขึ้นจนควบคุมได้ยาก[10] ในส่วนของปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัย

หนึ่งที่ส่งเสริมให้นักเรียนมีการเล่นเกมจนติด เพราะไม่มีการฝึกวินัย ไม่มีเวลาใกล้ชิด และไม่ควบคุมการเล่นเกมของเด็กจนเด็กติดเกมได้ กลุ่มเพื่อนและสังคม เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เด็กติดเกมได้ เพราะการที่เด็กเล่นเกมกับเพื่อนจะทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองมีตัวตนและได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ โรงเรียน และปัจจัยด้านชุมชนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เด็กมีการเล่นเกมมากขึ้นถ้าไม่มีการดูแลหรือป้องกันที่ดี ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดทฤษฎีมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิจัย เพื่อให้เป็นมุมมองที่กว้างและครอบคลุมในทุกประเด็นได้มากขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษามุมมองของครูผู้สอนต่อสถานการณ์การติดเกม ปัจจัยส่งเสริมการเล่มเกม ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกม/ติดเกม แนวทางในการป้องกัน/แก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารประเทศสำหรับการป้องกันการติดเกมของเด็กนักเรียน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์การติดเกม และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ครูที่สอนประจำในโรงเรียนในสังกัดการประถมศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตพื้นที่การศึกษา 2 อำเภอพุทธมณฑล และอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ในปีการศึกษา 2560 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 121 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ปฏิบัติการอยู่ในโรงเรียนที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงปีการศึกษา 2560 เป็นครูประจำชั้น และ/หรือมีประสบการณ์ที่มีนักเรียนในชั้นเรียนของตนเล่นเกม และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ มีปัญหาทางด้านสุขภาพจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และ/หรือย้ายที่อยู่หรือย้ายโรงเรียนออกจากพื้นที่ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เทปบันทึกเสียง และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุม 5 ประเด็น คือ (1) สถานการณ์การติดเกมของเด็กในโรงเรียน และผลกระทบที่เกิดขึ้น (2) ปัจจัยส่งเสริมการเล่นเกมในเด็กนักเรียน: ด้านตัวบุคคล ระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว และด้านองค์กร ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน และรัฐบาล (3) แนวทางและข้อเสนอแนะในการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการติดเกมในเด็กนักเรียน: ด้านตัวบุคคล ระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว และด้านองค์กร ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน และรัฐบาล (4) ข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนติดเกม จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมการติดเกม และด้านจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามกรอบแนวคิดการวิจัยในการประเมินวิเคราะห์ (face validity) และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence, IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ถือว่าข้อความถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษาก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล (in-depth interview) โดยเตรียมความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้นขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล โดยแยกเก็บข้อมูลครูทีละคนในห้องประชุมของโรงเรียน ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ครูคนละประมาณ 30 นาที ตามแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์รายกลุ่ม (focus group) ครูที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาติดเกมในโรงเรียนโดยตรง ตลอดจนผู้บริหารโรงเรียน โรงเรียนละ 8-10 คน โรงเรียนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ ไม่เกิน 90 นาที/กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ และร้อยละ 2) ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอน คือ 2.1) นำข้อมูลสัมภาษณ์ที่ได้เขียนบรรยายออกมา 2.2) อ่านข้อมูลที่ได้และแยกข้อมูลและประเด็นย่อย 2.3) จำแนกข้อมูลตามหัวข้อ

สถานการณ์การติดเกมของเด็กในโรงเรียนและผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัจจัยส่งเสริมการเล่นเกมในเด็กนักเรียน แนวทางและข้อเสนอแนะในการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการติดเกมในเด็กนักเรียนและข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนติดเกม นำหัวข้อที่เชื่อมโยงกันมาขยายความ สร้างเป็นข้อสรุปในประเด็นหลัก และประเด็นย่อยตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Socio-Ecological Model หลังจากนั้นสรุปและจัดทำเป็นรายงานผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ EC03/2560 เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2560 มีการสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยไม่มีการอ้างชื่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย และจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 คือ มุมมองของครูผู้สอนต่อสถานการณ์การติดเกม ซึ่งมุมมองของครูผู้สอนฯ แบ่งย่อยออกเป็น 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นครูประจำชั้น ป. 3 ร้อยละ 17.10 ปฏิบัติงานที่โรงเรียนวัดมะเกลือ ร้อยละ 23.80 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.80 อายุระหว่าง 56-60 ปี ร้อยละ 22.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.10 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.10 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 15,000-40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55.30 ซึ่งเพียงพอต่อการครองชีพรายเดือน ร้อยละ 88.00

ส่วนที่ 2 คือ มุมมองของครูผู้สอนต่อสถานการณ์การติดเกม ซึ่งมุมมองของครูผู้สอนฯ แบ่งย่อยออกเป็น 4 ประเด็น ซึ่งสามารถสรุปประเด็นจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้

1. สถานการณ์การติดเกมของเด็กในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา 2 จังหวัดนครปฐม

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเกมของเด็กนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่ปฏิบัติงาน ดังนี้

1.1 การติดเกมของเด็กนักเรียน ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดเกมของเด็กนักเรียนที่แตกต่างกัน ดังนี้

1.1.1 นักเรียนมีการติดเกมน้อย หรือไม่พบเลย เนื่องจากนักเรียนจะใช้เวลาว่างในการช่วยงานของครอบครัว มีจำนวนน้อยมากที่มีโทรศัพท์เป็นของตัวเอง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจการเรียนดี และโรงเรียนมีกฎไม่ให้นักเรียนใช้โทรศัพท์ขณะอยู่ในโรงเรียน นอกจากนี้บางโรงเรียนได้มีการทำกิจกรรมที่เน้นกิจกรรมกีฬาส่งเสริมการเรียน และในชั่วโมงเรียนวิชาเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ จะมีครูคอยดูแลการใช้โปรแกรมต่าง ๆ อาจจะมีเด็กที่เล่นเกมผ่านทางโทรศัพท์มือถือในช่วงหลังเลิกเรียน แต่จะใช้เวลาไม่มากผู้ปกครองสามารถควบคุมได้ ไม่มีปัญหาการติดเกม ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ *“...สถานการณ์ติดเกมไม่น่าเป็นห่วง เพราะเด็กระดับนี้สนใจเล่นกับเพื่อนมากกว่า”*

“...สถานการณ์การติดเกมในโรงเรียนที่ปฏิบัติงานยังไม่น่าเป็นห่วง และการที่เด็กติดเกมเป็นสถานการณ์ภายนอกโรงเรียนมากกว่า”

1.1.2 เด็กนักเรียนมีการติดเกมจำนวนมาก และเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เด็กใช้เวลาว่างในการเล่นเกมมากกว่าการทำการบ้าน โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่ผู้ปกครองซื้อให้ทำให้นักเรียนเข้าถึงเกมได้ง่ายมากขึ้น เด็กจะใช้เวลาเล่นหลังเลิกเรียนและเล่นมากขึ้นในวันเสาร์ -อาทิตย์ จากการสอบถามผู้ปกครอง พบว่า นักเรียนชอบต่อรองระหว่างการเล่น และขอเวลาในการเล่นเกมเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...เด็กนักเรียนทุกคนในโรงเรียน เล่นเกมทุกวัน” “...เด็กส่วนมากติดเกมแม้แต่เด็กอนุบาล” “....ปัจจุบันนักเรียนมีแนวโน้มติดเกมกันมาก และติดเกมตั้งแต่อายุยังน้อย” “....ในห้องเรียนจะมีเด็กนักเรียนติดเกมครึ่งห้องประมาณ 10-12 คน นักเรียนจะเล่นเกมผ่านโทรศัพท์มือถือของผู้ปกครอง และในช่วงวันหยุดผู้ปกครองจะปล่อยให้นักเรียนไปเล่นเกม ไม่ให้อยู่ช่วยงานบ้าน จึงทำให้เด็กชั้น ป. 4 ที่อยู่ในโรงเรียนมีการติดเกมเป็นจำนวนมาก”

1.2 ชนิดของเกมและสถานที่ที่นักเรียนเล่นเกม เด็กนักเรียนบางส่วนติดเกมประเภทการต่อสู้ ยิงปืน และส่วนมากชอบเล่นเกมบนมือถือ โดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืน เช่น

เกม ROV สถานที่ที่นักเรียนเล่นเกมส่วนมาก คือ ที่บ้าน และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นเกมมากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ และบางคนชอบไปเล่นเกมที่ร้านเกม ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *"....นักเรียนชั้น ป. 4-6 มักเล่นเกมนอกบ้าน โดยเฉพาะจากร้านเกม"*

1.3 ลักษณะของเด็กนักเรียนที่มีการเล่นเกม นักเรียนที่มีอายุน้อยและเรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษาตอนต้นมักไม่ติดเกม ลักษณะการเล่นโทรศัพท์ของเด็กนักเรียนเล็ก ๆ มักเป็นการดูการ์ตูน ส่วนนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีการเล่นเกมมากและติดในบางคน นักเรียนชายมีการเล่นเกมและติดมากกว่านักเรียนหญิง ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *"....เด็กปฐมวัยมักจะเล่นโทรศัพท์ของผู้ปกครอง เพื่อดู YouTube เพราะเด็กยังเล่นเกมไม่เป็นเด็กเล็กๆ ไม่ค่อยติดเกม" "....นักเรียนในระดับชั้น ป. 1-3 จะไม่มีการติดเกมเพราะมีผู้ปกครองดูแลอย่างใกล้ชิด"*

"...นักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลรู้จักการเล่นเกมในโทรศัพท์มือถือ แต่นักเรียนตั้งแต่ระดับชั้น ป. 4 จนถึง ม. 3 จะมีการติดเกมและติดโทรศัพท์มือถือมากกว่า" "....นักเรียนชายส่วนใหญ่ติดเกมมากกว่าหญิง"

1.4 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกม/ติดเกม นักเรียนที่เล่นเกม หรือมีการติดเกมส่วนใหญ่ในโรงเรียน จะได้รับผลกระทบหลายด้าน ดังนี้

1.4.1 ภาวะสุขภาพทางกาย โดยนักเรียนที่มีการเล่นเกมมาก ๆ จนติดมักมีอาการไม่อยู่นิ่ง ตาขยุบขยิบตลอดเวลา มือไม่มีแรง สุขภาพเสื่อมโทรม บางรายมีปัญหาสายตาเยื่อบุตา และการนอนดึกเพราะเล่นเกมอาจทำให้สายตาสั้นลง ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *"...นักเรียนที่มีการเล่นเกมมาก เล่นเกมจนเวลาดึกทำให้นักเรียนอ่อนเพลีย เรียนไม่รู้เรื่อง ส่งผลให้การบ้านไม่เสร็จ อ่านเขียนไม่คล่อง" "....นักเรียนที่ติดเกม ไม่ค่อยส่งการบ้าน เวลาเรียนก็หลับ นั่งเหม่อลอย"*

1.4.2 ภาวะสุขภาพทางจิตใจ/อารมณ์ นักเรียนที่มีการเล่นเกมมาก ๆ จนติดมักมีอาการที่แสดงทางจิตใจหรืออารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย โกรธ ฉุนเฉียวอารมณ์รุนแรง จนอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต สมาธิสั้น ย้ำคิดย้ำทำ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ "...อาจแสดงอารมณ์ไม่สนใจในการเรียนและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว นั่งเหม่อลอย"

1.4.3 ภาวะสุขภาพทางสังคม นักเรียนที่มีปัญหาการติดเกมมากจะมีปัญหาการเข้าสังคม มีโลกส่วนตัวสูง บางคนขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่เคารพต่อกฎกติกาของโรงเรียน ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตในสังคม ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *"...มีปัญหาทางด้านการเข้าสังคม" "... ไม่เคารพกฎกติกาของโรงเรียน"*

1.4.4 พฤติกรรมการเรียน นักเรียนที่ติดเกมส่วนใหญ่ขาดสมาธิในการเรียน การฟัง มักหยุดเรียนบ่อย ๆ เพราะมักจดจ่อกับเกมจนไม่เรียนหนังสือ ส่วนมากมีสมาธิสั้นหรือขาดสมาธิในการเรียนรู้ ไม่ทำการบ้านหรืองานต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย ผลการเรียนไม่ดี ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *"...เด็กที่เล่นเกมมากมักไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ทำการบ้าน หรือไม่รับผิดชอบต่อหน้าที่ซึ่งพบปัญหาเช่นนี้กับนักเรียนบางคนเท่านั้น เด็กบางคนนอนดึก และไม่ได้ทำการบ้าน"*

จากสถานการณ์การติดเกม และผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าผลกระทบจากการติดเกมของนักเรียนส่งผลต่อการเรียนบ้าง แต่ส่วนใหญ่ยังสามารถตักเตือน ควบคุมและแก้ไขได้ นักเรียนรู้และสามารถแบ่งเวลาในการเล่นและเรียนได้อย่างเหมาะสม

2. ปัจจัยส่งเสริมการเล่มเกมในเด็กนักเรียน ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า นักเรียนที่เล่นเกม หรือมีการติดเกมส่วนใหญ่ในโรงเรียน มีสาเหตุเกิดจาก

2.1 เด็กนักเรียน โดยเฉพาะในช่วงของการเป็นวัยรุ่น ทำให้มีความอยากรู้ อยากลอง อยากชนะ และชอบเลียนแบบเพื่อน เพื่อให้เกิดการยอมรับ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมองว่าเด็กนักเรียนมีเวลาว่างมากแต่ไม่ทราบว่าจะทำอะไร จึงหันไปเล่นเกม และถ้าคนในครอบครัวเล่นเกม จะทำให้เด็กอยากเล่นตาม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้นักเรียนมีการติดเกมเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *"....เป็นวัยอยากรู้อยากเห็น เมื่อเล่นโดยไม่มีใครแนะนำดูแลก็จะแยกแยะไม่ได้" "....เด็กต้องการการยอมรับ ยกย่องจากสังคม เพื่อน" "....เด็กนักเรียนมีเวลาว่างมาก นักเรียนไม่มีงานอดิเรกทำ ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบ และไม่มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น" "....เด็กมักเล่นเกมตามเพื่อน พี่ และเลียนแบบพฤติกรรมวัยรุ่น"*

2.2 พ่อแม่/ผู้ปกครอง ส่วนมากไม่มีเวลาให้ลูกหลาน บางครั้งตัดปัญหาลูกหลานมากวนหรือเล่นซนโดยการซื้อ

โทรศัพท์ให้เล่นจนเกิดปัญหาติดเกม โดยเฉพาะเด็กนักเรียนอนุบาลที่เริ่มมีการติดเกมเพิ่มมากขึ้น การที่เด็กเล่นเกมหรือติดเกมส่วนหนึ่งเกิดจากที่ผู้ปกครองตามใจ ไม่ดูแล ขาดการวางกติกา เงื่อนไข เวลาในการเล่น ปล่อยอิสระในการเล่นมากเกินไป ลักษณะของเกมที่ให้เล่น การที่พ่อแม่ปู่ย่าตายายหรือผู้ปกครองไม่มีความรู้เรื่องเกม ทำให้ตามบุตรหลานไม่ทัน และไม่ได้สอนให้เด็กทราบถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการไม่กำหนดเวลาในการเล่นกับเด็ก จึงส่งผลให้เด็กมีการติดเกมได้ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....ผู้ปกครองไม่มีเวลาที่จะทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก และมักปล่อยให้เด็กใช้เวลาว่างอยู่กับโทรศัพท์มือถือมากเกินไป เด็กส่วนใหญ่จึงเล่นเกม หรือใช้โทรศัพท์มือถือเป็นส่วนใหญ่” “...ชั้นอนุบาลเด็กเริ่มติดมือถือมากขึ้น เริ่มจากดูยูทูป แล้วก็ดูเค้าเล่นเกม พ่อแม่ตามใจซื้อโทรศัพท์ให้เล่นเลยลูกจะได้ไม่กวน” “....มากกว่าครึ่งหนึ่งของห้อง ผู้ปกครองให้เล่นโดยอิสระไม่จำกัดเวลา” “....การที่ผู้ปกครองหลายคนเลี้ยงลูกโดยให้โทรศัพท์ใช้ ผู้ปกครองขาดความรู้ และขาดความใส่ใจบุตรหลาน” “....เด็กไม่อยู่กับพ่อแม่ อยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งไม่ทันเด็ก”*

2.3 เพื่อน การที่จะทำให้ตนเองได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ทำให้เด็กๆต้องมีการเรียนรู้การเล่นเกม และต้องเข้าร่วมเล่นเกมกับเพื่อน จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กมีการติดเกมได้ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....สิ่งแวดล้อมรอบข้างตัวเด็กอาจจะมีผลต่อการเข้าสังคมของเด็ก เช่น เพื่อน ๆ ชวนเล่นเกมเป็นทีม พูดคุยเรื่องเกม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กเกิดความสนุกสนานในการเล่นมากยิ่งขึ้น” “....การเล่นเกมกลายเป็นค่านิยมของเด็ก ถ้าได้เล่นเกมจะมีเรื่องมาอวดให้เพื่อนฟัง”*

2.4 โรงเรียน การดำเนินการในเรื่องการป้องกันการติดเกมของนักเรียนที่ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และการที่ต้องคำนึงถึงเรื่องของสิทธิของเด็ก ทำให้ครูไม่สามารถดำเนินการเรื่องต่าง ๆ ได้ครอบคลุม อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เด็กนักเรียนเล่นเกมโดยไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงจากครูและผู้ปกครอง ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....การปลูกฝังและการสร้างความตระหนักจากทางโรงเรียน การขาดการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครอง การที่ผู้บริหารไม่แจ้ง ไม่ประชุมเรื่องผลกระทบของการติดเกม หรือครูไม่แจ้ง ไม่ประชุมเรื่องผลกระทบของการติดเกม อาจทำให้การดำเนินการต่าง ๆ ได้ไม่เต็มที่” “....สิทธิเด็ก ครูว่าไม่ได้ เพราะเค้าไปเล่นกันที่บ้าน หรือร้านเกม หลังเวลาเลิกเรียนแล้ว”*

2.5 การเข้าถึงสื่อและเทคโนโลยี ในปัจจุบันนักเรียนสามารถเข้าถึงสื่อและเทคโนโลยีได้ง่ายส่งผลให้มีโอกาสในการเล่นเกมมากขึ้น และเกมได้ถูกพัฒนาให้มีความน่าสนใจ มีส่วนกระตุ้นให้เด็กใช้เวลาในการเล่นนานจนติดได้ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....เด็กเข้าถึงเกมได้ง่ายขึ้นจากสมาร์ทโฟน โทรศัพท์มือถือ ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้โทรศัพท์หรือเครื่องมือในการเล่นเกม มีราคาถูก จึงทำให้เด็กเข้าถึงเกมมากขึ้น” “....เกมน่าสนใจ ตื่นเต้น สนุก” “.....การเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตง่ายขึ้นมี WIFI ฟรี”*

2.6 สภาพแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียนและชุมชน เป็นปัจจัยเอื้อ หรือส่งเสริมให้เด็กนักเรียนเล่นเกมได้ง่ายขึ้นหรือมากขึ้น นอกจากนี้ สังคม ความเป็นอยู่ของสังคม และสภาพแวดล้อมของสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งต่อการติดเกมของนักเรียนได้ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“....เด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการติดเกม เช่น อยู่ใกล้ร้านเกม มีร้านเกมอยู่ใกล้ชุมชน ใกล้โรงเรียน ใกล้บ้าน”

2.7 นโยบายในระดับประเทศ บางประเด็นอาจยังไม่ชัดเจน ไม่มีการจำกัดอายุในการเล่น การเล่นเกมของเด็กในประเทศไทยจึงค่อนข้างมีอิสระ ประกอบกับยังไม่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น และการดำเนินการตามนโยบายที่ไม่เหมาะสมบางส่วน เช่น นโยบาย “ลดเวลาเรียนเพิ่มเวลาเล่น” อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เด็กเล่นเกมเพิ่มมากขึ้นจนติดได้ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....รัฐบาล ไม่ทำสื่อ โฆษณาให้เห็นผลร้ายของการติดเกม” “....ประเทศไทยไม่มีกฎหมายจำกัดอายุในการเล่นเกมและอินเตอร์เน็ต” “....เด็กมีเวลาว่างมากขึ้นเพราะไม่ค่อยมีการบ้านทำ เนื่องจากมีนโยบายห้ามเด็กทำการบ้านมากเกินไป”*

3. แนวทางในการแก้ไขปัญหาการติดเกมในเด็กในโรงเรียน ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอแนะให้มีการดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การเบี่ยงเบนความสนใจ หรือการปรับพฤติกรรมของเด็กนักเรียน ควรจัดให้เด็กได้ทำกิจกรรมอย่าง

อื่นทดแทน เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กที่มีต่อเกม เป็นการช่วยลดพฤติกรรมการเล่นเกมจนติดของเด็กนักเรียนได้ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“.... จัดกิจกรรมให้เป็นที่น่าสนใจ สนุกสนาน เกมพัฒนาทักษะกระบวนการคิด พัฒนาสมอง หรือการเล่นกีฬาแทนการเล่นเกม เพื่อให้เด็กใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์” “....ควรหากิจกรรมหรือมอบหมายให้เด็กรับผิดชอบ”*

3.2 การควบคุมกำกับการเล่นเกมของเด็กนักเรียน ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการเล่น และไม่ควรให้เด็กเล็กหรือเด็กประถมศึกษามีโทรศัพท์ เพราะยังไม่สามารถยับยั้งชั่งใจในการที่จะเล่นเกมได้ ซึ่งถ้าเด็กไม่ทำตามกติกา ควรมีการตักเตือนเพื่อจะได้ไม่กระทำนอกกติกาที่กำหนดไว้ ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“.... ควรมีการตกลงกันว่าเด็กไม่ควรเล่นเกมเกินวันละ 2 ชั่วโมง” “....ควรพูดคุยกับเด็กเพื่อกำหนดกติกากันล่วงหน้าก่อนจะซื้อโทรศัพท์หรืออนุญาตให้เล่นเกม”*

3.3 การเสริมสร้างความรู้เท่าทันเกมให้เด็กนักเรียน โดยให้ทราบถึงผลดี ผลเสียของการเล่นเกม ซึ่งถ้าเด็กมีความรู้เกี่ยวกับการติดเกมและการบริหารเวลาในการเล่นได้อย่างเหมาะสมก็จะไม่เกิดปัญหาตามมา ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....ควรมีการจัดกิจกรรมให้รู้คุณโทษของการเล่นเกม” “....ครูต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจถึงข้อดี ข้อเสียของการเล่นเกม” “....ครูควรสอนให้เด็กรู้จักแบ่งเวลา รู้จักใช้เวลาอย่างเหมาะสม”*

3.4 การเสริมสร้างความรู้เท่าทันเกมให้ผู้ปกครอง เป็นการช่วยให้ผู้ปกครองได้เห็นโทษของการติดเกมและมีแนวทางในการดูแลบุตรหลานได้ดียิ่งขึ้น ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....เราควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาและอันตรายที่เกิดจากการติดเกมแก่ผู้ปกครองได้ทราบเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเบื้องต้น” “....ต้องมีการอบรมผู้ปกครองในการดูแลบุตรหลานในยุค 4.0 โดยต้องให้ผู้ปกครองตระหนักถึงปัญหาเด็กติดเกมก่อน”*

3.5 การดูแลบุตรหลานของผู้ปกครอง ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ปกครองดูแลและกำกับการเล่นเกมของบุตรหลาน และมีส่วนร่วมกับเด็กในการทำกิจกรรมและกำหนดกติกาการเล่นเกม ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....ช่วงเวลากลับบ้านผู้ปกครองเด็กควรมีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ช่วยเด็กทำการบ้าน ต้องใกล้ชิดกับลูก เพื่อที่เด็กจะได้รู้สึกว่าการอยู่กับครอบครัวมีกิจกรรมกับครอบครัวมีความสุข” “....ผู้ปกครองต้องแก้ไขพฤติกรรมเด็กโดยกำหนดเวลาการเล่นหรือมีระเบียบกับเด็ก หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำการบ้าน กวดขันการทำการบ้านของเด็กให้มากขึ้น”*

3.6 การดำเนินการของโรงเรียน ควรมีการให้ข้อมูลกับผู้ปกครองเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเกม และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับเด็กในปกครอง และการขอความร่วมมือจากผู้ปกครองในการดูแลเด็กในปกครอง และในบทบาทของครู ครูควรเข้ามาดูแลเด็กนักเรียน ตักเตือนเมื่อพบเด็กทำผิด และส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“....แจ้งผู้ปกครองในวันประชุมผู้ปกครองเรื่องการเล่นเกมว่าจะทำให้เด็กสมาธิสั้นได้ เด็กจะใช้เวลาว่างไม่เกิดประโยชน์ แทนที่จะอ่านหนังสือ ทำการบ้าน ไม่อนุญาตให้นำโทรศัพท์มาโรงเรียน” “....พูดคุยกับผู้ปกครองเพื่อทราบปัญหาและวิธีการแก้ไขร่วมกัน” “....ทำข้อตกลงกับผู้ปกครองเพื่อให้ดูแลบุตรหลานของตน” “....ครูต้องเตือนนักเรียนในห้องที่ตนรับผิดชอบหรือในโรงเรียน ไม่ให้เล่นเกมจนเสียการเรียน“ “....จัดกิจกรรมนันทนาการในโรงเรียนให้หลากหลาย เช่น การส่งเสริมให้แข่งขันทางด้านวิชาการ” “....ช่วงเวลาที่เด็กอยู่โรงเรียน ครูควรจะดูแลเอาใจใส่และหาแรงจูงใจอย่างอื่นเพื่อให้เด็กรู้สึกสนุกสนานและมีความสุขมากกว่าการเล่นเกม”*

3.7 นโยบายทางสังคม ควรมีกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ เพื่อลดช่องทางการเข้าถึงเกมของเด็กนักเรียน ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“.... รัฐบาลควรออกกฎหมายห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เล่นอินเตอร์เน็ตโดยลำพังต้องมีครูหรือผู้ปกครองดูแล” “....ยกเลิกการจัดตั้งร้านเกม หรือร้านเกมในอินเตอร์เน็ต” หรือ “กำหนดเวลาปิด เปิด ร้านเกมให้ชัดเจน” “....ไม่ให้มีร้านเกมในชุมชน”*

4. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารประเทศ ควรมีการกำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ เวบไซด์ และการใช้บริการในร้านเกม พร้อมกับมีการประชาสัมพันธ์ถึงผลกระทบของการเล่นเกมให้ทุกคนตระหนักถึงภัยจากการเล่นเกมมากขึ้น ดังตัวอย่างคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้ *“.... รัฐบาลควรออกกฎหมายการใช้โทรศัพท์ในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี หรือผู้ปกครองห้ามซื้อโทรศัพท์ให้บุตรหลานของตนเอง จนกว่าเด็กจะอายุ 13 ปี” “.... กำหนดช่วงอายุในการเข้าถึงสื่อ IT ให้*

ยากขึ้น" "…. มีกฎหมายห้ามไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีเข้าร้านเกม และมีมาตรการลงโทษร้านเกมอย่างจริงจังหากมีการฝ่าฝืน" "….ควรเพิ่มโทษเกี่ยวกับเว็บไซต์ที่ผลิตเกมที่ไม่เหมาะสมออกมามอมเมาเยาวชน" "…รัฐน่าจะทำสปอร์ตโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลเสียของการเล่นเกม เหมือนการทำโฆษณาผลร้ายของยาเสพติด"

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะนำมาอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การติดเกมของเด็กในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดนครปฐม มีประเด็นที่อภิปรายผล ดังนี้

จากผลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นที่แตกต่างกัน ทั้งในส่วนที่คิดว่ามีเด็กติดเกมเพียงเล็กน้อย และบางกลุ่มเห็นว่ามีเด็กติดเกมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเห็นว่าเด็กนักเรียนในโรงเรียนมีการติดเกมเพียงเล็กน้อย เนื่องจากทางโรงเรียนไม่อนุญาตให้นักเรียนนำโทรศัพท์มาใช้ที่โรงเรียน ประกอบกับมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของนักเรียน ทำให้นักเรียนไม่มีเวลาเล่นเกม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การควบคุมหรือดูแลจากทางโรงเรียนที่ช่วยในการป้องกันการติดเกมของเด็กนักเรียนสามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้นักเรียนมีกิจกรรมสร้างสรรค์และสนุกสนานทำผ่านรูปแบบชมรมต่าง ๆ ตามความสนใจของเด็ก[13] และหากครอบครัวมีการส่งเสริมให้นักเรียนใช้เวลาว่างในการช่วยงานของครอบครัว และมีผู้ปกครองคอยดูแลบุตรหลานอย่างใกล้ชิด จะส่งผลให้เด็กนักเรียนไม่ได้เล่นเกมหรือเล่นน้อยลง จึงสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ถ้าพ่อแม่ติดตามพฤติกรรมลูกได้อย่างเหมาะสม มีความผูกพันทางอารมณ์กับลูกมาก มีเวลาควบคุมเด็ก และเห็นความจำเป็นในการจำกัดเวลาในการเล่นเกมของลูกตั้งแต่แรกจะช่วยลดโอกาสของการติดเกมของเด็กนักเรียนได้มากขึ้น[10] นอกจากนี้การสร้างเสริมให้เด็กมีการค้นหาตัวเองในการทำกิจกรรมและเด็กได้เรียนรู้ควบคู่กับการควบคุมเวลาเล่นเกม จะเป็นการป้องกันปัญหาการติดเกมออนไลน์ได้ในระดับหนึ่ง[14] และด้วยพื้นที่ตั้งของบางโรงเรียนที่ศึกษาอยู่ในพื้นที่ชนบท และเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก จึงมีนักเรียนจำนวนน้อย ทำให้ครูในโรงเรียนสามารถดูแลนักเรียนได้อย่างทั่วถึง ครูและผู้ปกครองรู้จักกัน จึงทำให้สามารถส่งต่อการดูแลเด็กนักเรียนเมื่ออยู่ที่บ้านและโรงเรียนได้เป็นอย่างดี เด็กในโรงเรียนเหล่านั้นจึงมีการติดเกมน้อยกว่าโรงเรียนอื่นๆ

กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีความคิดเห็นว่าเด็กนักเรียนในโรงเรียนมีการติดเกมเพิ่มมากขึ้น และโดยส่วนใหญ่เป็นเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ทั้งนี้เนื่องจากเด็กนักเรียนในชั้นประถมศึกษาใช้เวลาไปกับการใช้สื่อและเทคโนโลยีมากขึ้น เช่น โทรทัศน์ การเล่นเกม และอินเตอร์เน็ต ฯลฯ[15,16] เพื่อการเรียนการสอน ประกอบกับโรงเรียนบางแห่งอยู่ในเขตพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท พ่อแม่บางส่วนต้องทำงานนอกบ้าน จึงมีการจัดหาโทรศัพท์ไว้ให้บุตรหลานใช้สำหรับการติดต่อสื่อสาร และบางโรงเรียนมีนักเรียนจำนวนมาก ทำให้ครูดูแลนักเรียนไม่ทั่วถึงเหมือนกับโรงเรียนที่มีนักเรียนจำนวนน้อย ดังนั้นนักเรียนจึงมีโอกาสในการเล่นเกมได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นกรุงเทพมหานคร[2] ที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กป่วยเป็นโรคติดเกม (game addiction) เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ถึง 6 เท่า ซึ่งเป็นเด็กผู้ชายมากกว่าหญิงอัตรา 7 ต่อ 1 โดยอายุที่พบน้อยสุด คือ 5 ปี และมากสุดคือ 17 ปี โดยมีสัดส่วนของเด็กในระดับมัธยมต้นมากที่สุด ขณะที่อายุของเด็กที่เริ่มติดเกมจะอยู่ที่ช่วงประถมศึกษาปีที่ 4-5 ซึ่งปัจจุบันเด็กในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีการเล่นเกมมากขึ้น โดยเฉพาะเกมในโทรศัพท์ เพราะผู้ปกครองหรือญาติพี่น้องมีโทรศัพท์ให้เด็กสามารถเล่นได้มากเพิ่มขึ้น[4]

พฤติกรรมการเล่นเกมและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กนักเรียน จากการศึกษาพบว่า เด็กนักเรียนบางส่วนติดเกมประเภทการต่อสู้ ยิงปืน และนักเรียนส่วนมากจะชอบเล่นเกมมือถือ เช่น เกม ROV เป็นต้น ส่วนสถานที่ที่นักเรียนเล่นเกมส่วนมากคือที่บ้าน โดยเฉพาะในช่วงเวลาตอนกลางคืน และนักเรียนเหล่านี้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นเกมมือถือมากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีนักเรียนบางคนชอบไปเล่นเกมที่ร้านเกม ซึ่งจากการที่นักเรียนมีพฤติกรรมการเล่นเกมนาน ๆ ทำให้มีผลกระทบที่เกิดขึ้นดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย สุขภาพเสื่อมโทรม มีปัญหาสายตา สายตาสั้นลง 2) ภาวะสุขภาพทางจิตใจ/อารมณ์ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธ ฉุนเฉียว อารมณ์รุนแรง

3) ภาวะสุขภาพทางสังคม ได้แก่ มีโลกส่วนตัวสูง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่เคารพต่อกฎกติกาของโรงเรียน และ 4) พฤติกรรมการเรียน ได้แก่ ขาดสมาธิ มักหยุดเรียนบ่อย ๆ ไม่รับผิดชอบงานที่มอบหมายให้ ผลการเรียนไม่ดี จากข้อมูลดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายว่าอาการติดเกมเป็นอาการเสพติดอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับการติดสารเสพติดหรือการพนัน การเล่นเกมทำให้มีการหลั่งสาร dopamine ที่สมองส่วน striatum รวมทั้งสมองส่วน nucleus accumbens ทำให้มีความอยากหรือความต้องการสิ่งเร้านั้นเพิ่มขึ้น[10] นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่าการเสพติดทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ใช้อินเตอร์เน็ตและเล่นเกม ส่งผลให้ผู้ใช้หมกมุ่นกับการเล่นเกมมากเกินไป ไม่สามารถควบคุมตนเองให้เล่นในระยะเวลาที่กำหนด ทำให้เล่นเกมนานติดต่อกันหลายชั่วโมงต่อวันและเล่นนานมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งเนื่องจากการเล่นเกมจะทำให้ผู้เล่นมีความรู้สึกเพลิดเพลินในการเล่น มีความพึงพอใจเมื่อได้รับชัยชนะ และต้องการเอาชนะเพิ่มขึ้นอีกจึงจะรู้สึกพึงพอใจเท่าเดิม การเล่นเกมมักใช้เวลานานจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และเมื่อบรรลุเป้าหมายแล้วก็จะมีความต้องการเล่นเกมในระดับที่สูงขึ้นไปอีก จึงมีความต้องการใช้เวลาในการเล่นมากขึ้นไปเรื่อย ๆ เมื่อถูกขอให้ยกเลิกหรือหยุดเล่นจะต่อต้าน หรือมีปฏิกิริยาหงุดหงิดไม่พอใจอย่างรุนแรง และอาจถึงขั้นก้าวร้าว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เสียหน้าที่ความรับผิดชอบ และในบางรายอาจมีปัญหาทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล สมาธิสั้น หรือบางคนอาจมีปัญหาพฤติกรรมตามมา เช่น ก้าวร้าว โกหก ลักขโมย ดื้อต่อต้าน เป็นต้น[10,17] และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะติดเกมในนักเรียนที่พบว่า นักเรียนใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเล่นเกมต่อวันค่อนข้างนาน ซึ่งมีผลให้การทำหน้าที่ช่วยงานในครอบครัวต่ำกว่าเด็กที่ไม่ติดเกมคอมพิวเตอร์[16-20] โกหก หนีเรียน หนีออกจากบ้าน เครียด หงุดหงิด โกรธง่ายและก้าวร้าว ละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งด้านการเรียน การทำงานบ้าน ผลการเรียนลดลง และมีผลกระทบต่อสุขภาพ[21]

2. ปัจจัยส่งเสริมการเล่มเกม ตามแนวคิดทฤษฎี Socio-Ecological Model[22] มีประเด็นที่อภิปรายผล ดังนี้

2.1 ระดับบุคคล จากผลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่านักเรียนเล่นเกม เนื่องจากเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองและต้องการการยอมรับจากเพื่อน ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยทางชีววิทยาภายในบุคคล หรือระดับฮอร์โมนในร่างกายจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับการศึกษานี้เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาที่เริ่มจะเข้าสู่วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความอยากรู้ อยากลอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนในร่างกาย ดังนั้นเด็กนักเรียนจึงมีพฤติกรรมการเล่นเกม และด้วยลักษณะของจิตวิทยาภายในบุคคลของเด็กวัยนี้ คือ ความอยากชนะ และการชอบเลียนแบบเพื่อน เพื่อให้เกิดการยอมรับจึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีการเล่นเกมได้ในเวลานาน ๆ จนกระทั่งติดได้[22] โดยสอดคล้องกับผลการสำรวจในปี 2561 ที่พบว่า เด็กไทยอายุ 6-18 ร้อยละ 61.00 มีพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมออนไลน์ โดยร้อยละ 37.50 ใช้เวลาในการเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 15.40 เล่นเกมมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 8.50 เล่นเกมมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 5.40 เล่นเกมมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน[3] และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ในวันหยุดหรือช่วงปิดภาคเรียนเด็กนักเรียนจะมีการเล่นเกมกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้นโดยเฉพาะเกมออนไลน์ที่มีการสื่อสารระหว่างผู้เล่นได้[23,24]

2.2 ระดับระหว่างบุคคล จากผลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าพ่อแม่ผู้ปกครองส่วนมากไม่มีเวลาให้ลูกหลาน บางส่วนตามใจ ขาดการวางกติกา เงื่อนไข เวลาในการเล่น และบางคนไม่มีความรู้เท่าทันในเรื่องเกม จึงไม่ได้สอนให้เด็กทราบถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และไม่ได้กำหนดเวลาในการเล่น เด็กจึงสามารถเล่นเกมได้ในเวลานาน ประกอบกับผู้ปกครองบางคนมีการจัดหาโทรศัพท์ หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เด็กสามารถเข้าถึงสื่อและเทคโนโลยีได้ง่ายและเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมทำนายการติดเกมคอมพิวเตอร์ของนักเรียนได้[24] ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีความใกล้ชิดกับเด็กนักเรียน ครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์อันดีมีความอบอุ่นมีแนวโน้มที่จะพบปัญหาน้อยกว่าครอบครัวที่แตกแยก บิดามารดาที่ทำหน้าที่เอาใจใส่ดูแลให้คำปรึกษากับบุตร หรือช่วยในการชักนำ กระตุ้นเตือน มีแนวโน้มที่จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องลดลง ส่วนครอบครัวที่ขาดการฝึกวินัยให้ลูกอย่างเหมาะสมมาตั้งแต่วัยเด็กมักเป็นครอบครัวที่พ่อแม่ไม่สามารถติดตามพฤติกรรมของลูกได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารคอมพิวเตอร์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการติดเกมคอมพิวเตอร์ ซึ่งสอดคล้องกับ

ผลงานวิจัยที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและโรงเรียนสามารถฝึกให้เด็กนักเรียนรู้จักการกำกับตนเองในการใช้เวลาในการเล่นเกมให้เหมาะสมถือเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันในการติดเกมให้แก่เด็กได้อย่างยั่งยืนกว่าการควบคุมโดยกฎระเบียบที่จะทำให้เด็กรู้สึกต่อต้านได้[23,24]

ในส่วนของโรงเรียน พบว่า การดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ของโรงเรียนที่ไม่สมบูรณ์ ได้แก่ การขาดการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครอง การที่ผู้บริหารไม่ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของการติดเกมกับครู อาจทำให้ไม่มีการดำเนินการต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่และนักเรียนไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ซึ่งอาจเป็นสิ่งหนึ่งที่ส่งเสริมให้เด็กมีการเล่นเกมได้โดยไม่ทราบถึงผลกระทบที่อาจจะตามมา นอกจากนี้ เพื่อนยังเข้ามามีส่วนเสริมให้มีการเล่นเกม เพราะมีการชักชวนกันและการเข้ากลุ่มจะทำให้ตนเองได้รับการยอมรับจากหมู่เพื่อน[25] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนที่เล่นเกมด้วยกันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมการติดเกม ทั้งนี้เนื่องจากเด็กที่เริ่มเป็นวัยรุ่นเป็นวัยที่ออกสู่สังคม ทำให้มีพฤติกรรมคล้อยตามเพื่อนได้ง่าย นอกจากนี้ผู้เล่นเกมยังสามารถสร้างห้องขึ้นมาพูดคุยแลกเปลี่ยนและส่งข้อความถึงกันได้ในเกม ทำให้เด็กและวัยรุ่นมีความรู้สึกมีเพื่อน ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และเมื่อมีสิ่งเร้าที่สัมพันธ์กับการเล่นเกม ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ tablet ร้านเกมหรือสถานที่ที่เคยเล่นเกม และเพื่อน เป็นต้น เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมจะมีความต้องการเล่นเกมที่ควบคุมได้ยากมากขึ้น[26]

2.3 ระดับองค์กรชุมชน จากผลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าสภาพแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียนและชุมชนเป็นปัจจัยเอื้อ หรือส่งเสริมให้เด็กนักเรียนเข้าถึงเกมได้ง่ายขึ้น เพราะมีร้านเกมอยู่ใกล้บ้าน โรงเรียน หรือชุมชน และการป้องกันการติดเกมของนักเรียนที่โรงเรียนยังไม่มีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน นักเรียนสามารถเข้าถึงสื่อและเทคโนโลยีได้ง่าย และเกมได้ถูกพัฒนาให้มีความน่าสนใจ จึงเป็นส่วนกระตุ้นให้เด็กใช้เวลาในการเล่นนานจนติด

2.4 ระดับนโยบาย จากผลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า นโยบายการควบคุมการเล่นเกมของเด็กนักเรียนในระดับประเทศอาจยังไม่ชัดเจน เช่น ไม่มีกฎหมายจำกัดอายุในการเล่นเกมและอินเตอร์เน็ต จึงส่งผลให้การเล่นเกมในประเทศไทยมีอิสระ มีร้านเกมเปิดให้บริการเป็นจำนวนมาก ส่วนนโยบาย “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลาเล่น”การนำไปใช้อาจจะยังไม่เหมาะสม บางครั้งโรงเรียนไม่มีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในช่วงเวลานั้น จึงทำให้นักเรียนมีเวลาในการเล่นเกมเพิ่มมากขึ้นจนติดได้ จากข้อมูลจึงสรุปได้ว่าถ้าไม่มีการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมให้ชัดเจน หรือผู้นำนำนโยบายไปปรับใช้ไม่เข้าใจ ไม่มีการดำเนินการตามนโยบายที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ก็อาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดสิ่งเร้า หรือสิ่งที่ยั่วยุให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการเล่นเกมเพิ่มขึ้นได้

3. แนวทางในการแก้ไขปัญหาการติดเกมของเด็กในโรงเรียน

ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาการติดเกมว่าควรมีการจัดการในหลายระดับร่วมกัน ได้แก่ 1) การจัดการในส่วนของตัวนักเรียน เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กนักเรียน โดยการให้ทำกิจกรรมอย่างอื่นทดแทน มีการกำหนดกติกาและระยะเวลาในการเล่นเกม การตักเตือนเด็กนักเรียนเมื่อมีการปฏิบัตินอกกติกาที่กำหนดไว้ การกำหนดไม่ให้เด็กเล็กมีโทรศัพท์ใช้ และการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการติดเกม เพื่อให้เด็กนักเรียนเท่าทันเกม สามารถจัดสรรเวลาในการเล่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าสิ่งที่ช่วยป้องกันการติดเกมในเด็กนักเรียนได้ คือ การทำกิจกรรมที่ชอบในช่วงเวลาว่างเป็นประจำ การใช้เวลาว่างหลังเลิกเรียนสำหรับทำกิจกรรมที่ไม่ใช่การเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมง และการใช้เวลาว่างในวันหยุดสำหรับทำกิจกรรมที่ไม่ใช่การเล่นเกมมากกว่า 5 ชั่วโมง[19] 2) การจัดการในส่วนของผู้ปกครอง โดยการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ปกครองเกี่ยวกับโทษของการติดเกม แนวทางในการดูแลบุตรหลาน และการส่งเสริมให้ผู้ปกครองดูแลบุตรหลานให้ใกล้ชิดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า วิธีปฏิบัติเมื่อลูกเล่นเกมนานโดยการพูดเตือนอย่างนุ่มนวล การให้เวลาของพ่อแม่กับลูกมากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน การทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์/ชมภาพยนตร์ เล่นกีฬา เล่นดนตรี/ฟังเพลง ไปวัด/ทำกิจกรรมทางศาสนา รับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการติดเกมในเด็กนักเรียนได้[19] 3) การจัดการในระดับโรงเรียน โดยการจัดกิจกรรมให้เด็กนักเรียนอย่างหลากหลาย ส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ปกครองดูแลเด็กนักเรียนให้ใกล้ชิดมากขึ้นและมีการว่ากล่าวตักเตือนเมื่อพบเด็กทำผิด เป็นต้น และ 4) การจัดการในระดับชุมชน

และระดับนโยบาย โดยดำเนินการในเรื่องของการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดช่องทางการเข้าถึงเกมของเด็กนักเรียน และการกำหนดนโยบายในการดำเนินการเรื่องสถานที่ที่จะเปิดโอกาสให้เด็กนักเรียนได้ไปเล่นเกมอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมได้มากขึ้น และรัฐบาลควรออกกฎหมายการใช้โทรศัพท์ในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี หรือผู้ปกครองห้ามซื้อโทรศัพท์ให้บุตรหลานของตนเองจนกว่าเด็กจะอายุ 13 ปี ซึ่งแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นการจัดการในระดับนโยบายเป็นการแก้ปัญหาที่ตรงจุดในการลดความสามารถในการเข้าถึงเกมของเด็กได้มากขึ้น และยังช่วยลดสิ่งเร้าที่จะส่งเสริมให้เด็กมีความต้องการเล่นเกมได้มากขึ้น นอกจากนี้การจัดการไม่ให้บริเวณที่อยู่อาศัยและสถานศึกษามีร้านที่ให้บริการเกมออนไลน์หรืออินเตอร์เน็ต จะเป็นการช่วยให้เยาวชนสามารถหักห้ามใจที่จะไม่เข้าไปเล่นเกม ซึ่งจะเป็นการลดหรือเลิกการติดเกมลงได้ จากผลการศึกษาทั้งหมดสรุปได้ว่าการจัดกระทำต่อปัจจัยระดับเดียวอาจไม่มีพลังเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนสามารถแก้ไขปัญหาการติดเกมของเด็กนักเรียนได้ เพราะเป็นการจัดกระทำที่จะเกิดผลในระยะสั้นเท่านั้น ดังนั้นการจัดการต่าง ๆ กับบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต้องมีแรงสนับสนุนจากสังคมและนโยบายร่วมด้วย[27]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการต่อยอดเพื่อศึกษาสถานการณ์ในมุมมองของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง หรือตัวเด็กเอง หรืออาจมีการศึกษาเพื่อการยืนยันโดยใช้กระบวนการเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ขนาดของปัญหา และทิศทางของปัญหา เช่น กลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น หรือศึกษาในมุมมองของเด็กหรือผู้ปกครองร่วมด้วย นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ ไปประชาคมกับทุกกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการติดเกมในเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรนำผลจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อไปดำเนินการจัดโปรแกรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมโดยให้ผู้ปกครอง ครู และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ตลอดจนควรมีการศึกษาเพื่อการยืนยันโดยใช้กระบวนการเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ขนาดของปัญหา และทิศทางของปัญหา เช่น กลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น หรือศึกษาในมุมมองของเด็กหรือผู้ปกครองด้วย

References

1. Sussman CJ, Harper JM, Stahl JL, Weigle P. Internet and video game addictions: diagnosis, epidemiology, and neurobiology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America (Review) 2018;27(2):307–26.
2. Editorial of Voice online, Revealing the year 6o met children-teenagers sickness with game addiction increased 6 times. [Internet]. [cited2018 Feb]. Available from: http://www.voicetv.co.th/ read/ r1voDNTIf. (in Thai)
3. Thaihealthcenter & ThaiHealth Promotion Foundation. ThaiHealth watch 2020. [cited 2020 November]. Available from: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/ thaihealthwatch/ThaiHealth watch 2020. (in Thai)
4. Mankeed S, Children addicted to the game Nightmare for parents in the cyber era [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar]. Available from: http://www.thepbodint.ac.th /topmenu. php?c =listknowledge&q_ id=152; 2010. (in Thai)
5. Office of the Strategy of Nakhonpathom Province. Provincial Development Plan 2018-2021;

[internet]. 2016 [Cited 2020 Nov]. Available from: http://www.nakhonpathom. go.th/files/com_news_ develop_plan/2016-11_71a0e26cc1c1c8a.pdf. (in Thai).

6. Cultural Strategy and Surveillance Group Office of culture. Report on the results of the mission assigned by the Office of Cultural Watch Office of the Permanent Secretary, Ministry of Culture Nakhonpathom Province Annual fiscal year 2013. [internet]. [Cited 2020 Nov]. Available from: https://www.m-culture.go.th/surveillance/files/835/report56/Nakhon_Pathom-56.pdf. (in Thai).
7. Department of Mental Health. The department of mental health recommends 3 terms before children start playing the game. [Internet]. [cited 2020 Oct] Available from: https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30036. (in Thai).
8. Chansawang P. Children with Behavioral and Emotional Disorders management. Foundation for Children with Disabilities. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov]. Available from: https://fcdthailand.org/librarytype/เด็กบกพร่องทางพฤติกรรม/;%2020. (in Thai).
9. Thongsri P, Chiangkong A. Community health nurse's roles in school health service. Journal of Public Health Nursing 2018;32(2):203-22. (in Thai)
10. Charoenwanit S, Game addiction behavior: effects and prevention. Journal of Science and Technology 2014;22(6):871-79. (in Thai).
11. Pornnoppadol C, et al., Research report on the study of factors to prevent game addiction in children and adolescents. Mahidol University, 2009. (In Thai)
12. Chin SW. Wen BC. Why are adolescents addicted to online gaming?. An interview study in Taiwan, Cyber-psychol Behav 2006;9:762-66.
13. Hongsibsing P, Termsombatthaworn N, Narinrat S. Nedds to solve the problem of the online games and internet of young people in du tai municipalit Nan. RMUTP Research Journal Special Issue, The 5th Rajamgala University or Technology National Conference. [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 6] Available from: https://repository.rmutp.ac.th/ bitstream/handle/ 123456789/1676/IRD_58_167.pdf?sequence=1&isAllowed=y; 2015. (in Thai).
14. Techaniyom K, Chotchakornpan K. The causal relationship of factors affecting online gaming addiction in the high secondary school students in Bangkok. [internet]. 2011 [cited 2020 Oct 10] Available form: http://www. conference.phuket.psu.ac.th/proceedings/ psu_open_week_2011/data/fis/fis03_paper.pdf; 2011. (in Thai).
15. Paosawad C, Sooktap C, et al., editors. A guide to caring for school-age children with behavioral-emotional problems for health personnel (Trail version). 2nd ed. Bangkok: Printing house agricultural cooperatives of Thailand Limited; 2016. (in Thai).
16. Srisuwan P, Tangkiratichai S, Patchanasoontorn N. Computer game playing, family functioning and health promotion behaviors among the school – aged children in Khonkaen Municipality. Journal of Nakhonratchasimw College 2010;4(2):3-10. (in Thai)

17. Siitirak N, editor. Siriraj psychiatry DSM-5. 2nd ed. Bangkok: Department of Psychiatric. Faculty of Medicine, Siriraj hospital, Mahidol University; 2015. (in Thai).
18. Aunjaroenkul W, Teaukul S. Game addiction among the primary school students under the Bangkok metropolitan education office in Sathorn district. Journal of Clinical Psychology 2017;48(1): 1-12.
19. Kolkijkovin V, Wisitpongaree C, Techakasem P, Pornnoppadol C, Supawattanabodee B. Computer game addiction: risk and protective factors in students in Dusit district, Nangkok. Vajira Medical Journal 2015;59(3):1-13. (in Thai).
20. Kieatroongroueng K, "Game addiction" the treat that threats Thai children (part 2). [Internet] 2018 [cited 2020 Oct] Available from: https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/ 1374661; 2018. (in Thai).
21. Kimberly Y. Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. Am. J. Family Therapy 2009;37:355-72.
22. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models for health behavior. In: Glanz K, Romer BK, Viswanath K. editors. Health behavior and health education: theory, researcher and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
23. Apisitwasana N, Perngparn U, Cottler L. Effectiveness of school- and family-based interventions to prevent gaming addiction among grades 4–5 students in Bangkok, Thailand. Psychology Research and Behavior Management 2018;11:103 - 15.
24. Apisitwasana N, Perngparn U, Cottler, L. Gaming addiction situation among elementary school students in Bangkok, Thailand. Indian Journal of Public Health Research & Development 2017;8(2): 8-13.
25. Nontachote P, Yuthaphonpinit P, Chuanchaisith T. Strategies to control and alleviate the problem of computer game addiction among high school students in Nonthaburi Province's Education Zone. Sukhothai Thammathirat Open University Journal 2011;22(2):123 – 36. (In Thai)
26. Charoenwanit S. Game Addiction Behaviors: Impacts and Preventions. Thai Journal of Science and Technology 2014;22(6):871-79. (in Thai).
27. Supachai K, Ecological Model: An Intervention Model Addressing Factors Influencing Health Behaviors. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016;3(1):17-27. (in Thai)

บทความวิจัย

การศึกษาการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

The Study of Human Resource Development for Nurse Anesthetists Under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health

Received: Apr 7, 2020
Revised: Oct 26, 2020
Accepted: Oct 26, 2020

จิรพรรณ โพธิ์ทอง ปร.ด. (Chiraphun Phothong, Ph.D.)[1]
สุภาภรณ์ วรอรุณ พย.ม. (Supaporn Voraroon M.N.S.)[2]
ขวัญฤทัย พันธุ พย.ม. (Khwanruethai Phanthu M.N.S.)[3]
ประภา รัตนไชย พ.บ. (Prapa Ratanachai M.D., FRCAT)[4]
ลักษมี ทองโกมล พย.ม. (Laksamee Thongkomol M.N.S.)[5]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการฝึกอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 160 คน รวบรวมจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 6 คน ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีความต้องการเข้ารับการอบรมด้านวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 93.10 และภายใน 3 ปี ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมด้านวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 81.90 มีความรู้และทักษะด้านวิสัญญีพยาบาลในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 94.60 และ 91.90 ตามลำดับ รูปแบบของการอบรมที่เป็นประโยชน์มากที่สุด ได้แก่ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ต้องการความรู้และทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพ ในเรื่องการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญีมากที่สุด ร้อยละ 49.20 ความรู้และทักษะเฉพาะทางในเรื่องการดมยาในเด็ก มากที่สุด ร้อยละ 58.70 และ เทคโนโลยีสารสนเทศ ในเรื่อง R2R มากที่สุด ร้อยละ 59.90 ด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล พบว่า วิสัยทัศน์ พันธกิจในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลมีความชัดเจน ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.90, SD. = 0.93) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.24, SD. =0.67) ปัญหาอุปสรรคการเข้ารับการอบรม ได้แก่ ขาดอัตรากำลังวิสัญญีทดแทน งบประมาณไม่เพียงพอ ระยะเวลานานเกินไป และสถานที่อบรมไกลจากสถานที่ปฏิบัติงาน

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันพระบรมราชชนก

[1] Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี [1]E-mail: chiraphun@snc.ac.th

[2,3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี [2] E-mail: supaporn_wor.@hotmail.com,

[3] E-mail: khanreothai@snc.ac.th.

[4] รองประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย E-mail: aneststhaircat@gmail.com.

[5] บริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข E-mail: Lsmpt2323@hotmail.co.th

[1,2,3]Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

[4] The Royal College of Anesthesiologists Thailand,

[5]Human Resource Management Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand.

ข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาลควรให้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เช่น การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ การจัดหลักสูตรในรูปแบบ MODULE เพื่อให้มีการเข้าถึงการพัฒนาด้วยตนเองได้มากขึ้น และการฝึกปฏิบัติด้วย Simulation based learning จะช่วยพัฒนาทักษะกระบวนการคิดนอกเหนือจากด้านความรู้

คำสำคัญ: พัฒนาบุคลากร, วิสัญญีพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข

Abstract

The purpose of this research was to study situations; problems and needs in training for nurse anesthetists, under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health. The samplings were the anesthetist nurses who worked in network hospital (M2); using multi-stage random data collection both quantitative and qualitative; the former was done by 160 nurses and the later was done by 6 nurses. The instruments used were questionnaires: general information, needs in self-development, structure, process, nurse anesthetists' performance and obstacle related problems. The data used descriptive statistics; numbers, percentage, mean, standard derivation and content analysis methods.

As per the result, it was found that most of nurse anesthetists needed anesthesia education programs at 93.10%. They received nurse anesthesia education programs within 3 years at 81.90%. They had the appropriate knowledge and skill at 94.60% and 91.90% respectively. Most of them were required to have pre-anesthesia nursing skills at 49.20%. The special skills used in the general anesthesia in children at 58.70%. They needed the knowledge of Routine for Research at 56.90%. The structural aspects in anesthesia nursing development had a vision and responsibility. It was clear at high levels at 3.90, SD. = 0.93). As the result by the safety of client was the highest at 4.24, SD. = 0.67). The obstacle related problems in developing Nurse Anesthetists were- lack of replacement work force, budget, time allocation, and commuting distance from workplace.

According to the results, the researchers suggested that the development program of nurse anesthetists should be aligned with 21st century learning principles; online learning; MODULE learning, for self-learning program; and simulation based learning, for developing non-technical skills in nurse anesthetists.

Keywords: human resource development, nurse anesthetists, Ministry of Public Health

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาระบบบริการในส่วนภูมิภาคโดยดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan; 2018-2022) ปี พ.ศ. 2561-2565 จัดทำขึ้นภายใต้หลักการและกรอบแนวคิด คือ การดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Service Network) การดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self-Contain) และระบบส่งต่อภายในเขต (Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย[1] ซึ่งมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิและรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง การสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัด ภายในเขตพื้นที่ระดับเครือข่ายบริการ โดยมีกรอบแนวคิดการพัฒนาสถานบริการสุขภาพระดับภูมิภาค ซึ่งยึดหลักกรอบแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ 1) เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) 2) แนวคิดการพัฒนาเครือข่ายบริหารระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network) 3) การจัดให้มีโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade) ของระบบบริการใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง เพื่อใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนซ้ำซ้อนและขจัดสภาพการแข่งขัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Middle-level Hospital) ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีแผนกผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ การให้บริการทางวิสัญญีจึงต้องมีการพัฒนาทั้งความรู้และทักษะให้มีความสอดคล้องกับ service plan ดังกล่าว

การบริการพยาบาลวิสัญญี เป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี ครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัด ทีมแพทย์ผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่จะเป็นวิสัญญีพยาบาลได้ต้องมีคุณสมบัติตาม พรบ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้แก่ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นสมาชิกของสภาการพยาบาล และมีใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมในหลักสูตรการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยหลักสูตรประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ปัจจุบันมีวิสัญญีพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ มีความรู้ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการทำงานนานจะสมรรถนะโดยรวมสูงกว่ากลุ่มพยาบาลวิสัญญีที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ในการทำงานที่น้อยกว่า ซึ่งสะท้อนให้การได้รับความรู้และประสบการณ์จะช่วยให้มีสมรรถนะในการทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความมั่นใจน้อยที่สุดในด้านการศึกษาและวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การบริหารยาระงับความรู้สึก และพัฒนาคุณภาพในการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก[2]

ในปีงบประมาณ 2559 และ 2560 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมมือกับสถาบันพระบรมราชชนกจัดทำโครงการพัฒนาการให้บริการงานวิสัญญีพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กระบวนการฝึกอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาล โดยมีการจัดหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อควบคุมและรักษามาตรฐานของการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) จากผลการจัดฝึกอบรม 2 ครั้งดังกล่าวพบว่า มีจำนวนผู้เข้าอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติไม่ครบตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จำนวนในการฝึกภาคปฏิบัติลดลง ไม่ครบถ้วนตามที่เข้ารับการอบรมในภาคทฤษฎี โดยในปีงบประมาณ 2560 มีผู้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 42 คน อบรมภาคปฏิบัติจำนวน 39 คน ปีงบประมาณ 2560 มีผู้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 39 คน อบรมภาคปฏิบัติจำนวน 30 คน[3] ผู้วิจัยจึงต้องการ

ศึกษาการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมข้อมูลบริบท โครงสร้าง กระบวนการ ผลผลิตเชิงประจักษ์ ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนำไปพัฒนาและปรับปรุงในการจัดหลักสูตรให้ตรงกับความต้องการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการฝึกอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดเชิงระบบของ Donabedian Model[4] แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1.โครงสร้าง (Structure) 2.กระบวนการ (Process) และ 3. ผลลัพธ์ (Outcome)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย โครงสร้างการบริหารงาน นโยบาย อัตรากำลัง การกำหนดความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากร การวางแผน งบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม โปรแกรมการฝึกอบรม หัวข้อการอบรม และการประเมินผลในการอบรม และ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผลการปฏิบัติงาน การประเมินด้านผลกระทบ (Impact Evaluation) การประเมินด้านความยั่งยืน(Sustainability Evaluation) การประเมินด้านการถ่ายโยงความรู้ (Transportability Evaluation)

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะประเด็นการฝึกอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Middle-level Hospital) ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) เท่านั้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G *Power 3.0.10 กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าพารามิเตอร์[5] ผู้วิจัยเลือกใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพลกลางที่ (medium effect size index) ที่ 0.2 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณจำนวนทั้งสิ้น 152 คน โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการขาดหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 160 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยคำนวณหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลในแต่ภาค ทำการสุ่มเลือกเขตของแต่ละภาค ได้กลุ่มตัวอย่างจากภาคเหนือ 41 คน ภาคกลาง 20 คน ภาคตะวันออก 6 คน ภาคอีสาน 70 คน ภาคใต้ 23 คน หลังจากนั้นสุ่มเลือกโรงพยาบาลในเขตให้ได้จำนวนวิสัญญีพยาบาลตามสัดส่วน ในการเก็บข้อมูลข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 6 คน เจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้างานวิสัญญีและวิสัญญีพยาบาลจากภาคกลาง 1 คน ภาคตะวันออก 1 คน ภาคอีสาน 2 คน ภาคใต้ 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องตามกรอบแนวคิดเชิงระบบของ Donabedian Model โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิสัญญีพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามโครงสร้าง จำนวน 12 ข้อ กระบวนการ จำนวน 9 ข้อ และผลลัพธ์ในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 46 ข้อ ค่าดรรชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ .94 จำแนกรายด้านโครงสร้าง 12 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 29 ข้อ และการประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ค่า CVI = .91, .89 และ .8 ตามลำดับ และค่า Cronbach's Alpha = .75, .86, .97, .95 และ .89 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล ทั้งหมด 13 ข้อ CVI =.92, ค่า Cronbach's Alpha = .86

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ในประเด็นความต้องการในการพัฒนาตนเองของวิสัญญีพยาบาล ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนการเตรียมโดยประสานงานเขตสุขภาพในการขออนุญาตส่งแบบสอบถามทางสื่ออิเลกโทรนิกส์ ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มในโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 (มากกว่า 120 เตียง) และเตรียมผู้วิจัย จำนวน 3 คน โดยการประชุมเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและประสานงานกับโรงพยาบาล กำหนดวันและเวลาในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามทางสื่ออิเลกโทรนิกส์ไปยังกลุ่มตัวอย่าง วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายประเด็นการพิทักษ์สิทธิ์ วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเปิดโอกาสให้ซักถาม โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สากลจากหน่วยงานวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่ 014/2561 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาในเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis method)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.90 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 3.10 มีสถานภาพคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 รองลงมาโสด คิดเป็นร้อยละ 38.80 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 44.62 ปี (อายุต่ำสุด 28 ปี, อายุสูงสุด 58 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 81.90 รองลงมาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 16.30 มีรายได้เฉลี่ย อยู่ที่ 46,563.59 บาท / ต่อเดือน โดยสถานภาพการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 75.60 รองลงมาเป็นหัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 24.40 ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ปฏิบัติงานในหน่วยงานแผนกวิสัญญีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.9 รองลงมาเป็นแผนกผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีประสบการณ์ในการเป็นวิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 15 ปี (Min=1 ปี, Max=38 ปี) ทั้งนี้ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาได้ปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ยังไม่มีแผนในการเลิกปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 71.20 รองลงมาคือมีแผนในการเลิกปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 28.80

1. สถานการณ์ และปัญหาในการพัฒนาตนเองของวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1.1 สถานการณ์ในการพัฒนาตนเองของวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่เคยได้รับการพัฒนาตนเองทางด้านวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 83.10 โดยแบ่งเป็น ได้รับการพัฒนา/ฝึกอบรมทางด้านวิสัญญีพยาบาลจากหน่วยงานนอกสถาบันพระบรมราชชนก เช่น ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทย์ศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย เป็นต้น ร้อยละ 57.50 เคยได้รับการอบรมในหลักสูตรฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก คิดเป็นร้อยละ 25.60 และไม่ได้รับการพัฒนาทางด้านวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 16.90

วิธีการพัฒนา/ฝึกอบรมทางด้านวิสัญญีพยาบาลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีมากที่สุด ได้แก่ อบรมระยะสั้น 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาได้แก่ ปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 18.80 และ วิธีอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 18.30

วิสัญญีส่วนใหญ่ประเมินตนเองในด้านความรู้พื้นฐานด้านวิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 94.40 และประเมินตนเองในด้านทักษะพื้นฐานด้านวิสัญญีพยาบาลในระดับที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 91.90

สถานการณ์ด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล พบว่า ในด้านโครงสร้างในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล การมีวิสัยทัศน์ พันธกิจในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลมีความชัดเจน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.90, SD. = 0.92) รองลงมาเป็นด้านโครงสร้างการบริหารงานของวิสัญญีที่ชัดเจน ($\bar{X}$ = 3.71, SD. = 0.79) และด้านอัตรากำลังในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.92, SD. = 1.07) รองลง

มาด้านการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลอย่างพอเพียง ระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.93, SD. = 1.04) โดยมีการจัดทำแผนการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลชัดเจน

ในด้านกระบวนการพัฒนาบุคลากร รูปแบบการจัดโปรแกรมและหัวข้อการฝึกอบรมที่เคยได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่มีการคัดเลือกวิทยากรได้เหมาะสม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.76, S.D. = 0.83) รองลงมา โปรแกรมการฝึกอบรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความต้องการในการพัฒนา ($\bar{X}$ = 3.73, S.D. = 0.84) โดยในเรื่องการเตรียมความพร้อมเรื่อง การสอบถามเรื่องหรือประเด็นที่ต้องการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.16, SD.= 0.87) และมีการประเมินความพร้อมก่อนได้รับการพัฒนา ($\bar{X}$ = 3.17, SD. = 0.89) สอดคล้องกับในด้านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ควรมีการปรับลดระยะเวลาการอบรมให้ระยะสั้นลง จาก จำนวน 5 วันเป็นจำนวน 3 วัน มีความต้องการให้การจัดอบรมในพื้นที่ใกล้กับสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรม และสามารถเก็บสะสมหน่วยคะแนน แต่เนื่องจากจำนวนวันและความถี่ในการจัดในการอบรม รวมทั้งระยะทางที่ไกล จึงเป็นอุปสรรคต่อการได้รับคะแนนสะสามดังกล่าวตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล

ความคิดเห็นด้านรูปแบบการจัดโปรแกรมการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล คิดว่ารูปแบบการจัดที่เหมาะสมมากที่สุด คือ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (ฟื้นฟูความรู้และมี workshop ให้เลือกลงฝึกทักษะ คิดเป็นร้อยละ 31.25 รองลงมา ได้แก่ การฝึกอบรมแบบลงมือปฏิบัติงาน (การอบรมทฤษฎีก่อนแล้วเพิ่มทักษะด้วยการปฏิบัติ)คิดเป็นร้อยละ 15.60 น้อยที่สุดได้แก่ การศึกษาดูงาน คิดเป็นร้อยละ 0.60 และมีข้อเสนอแนะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

หัวข้ออบรมภาคทฤษฎีที่มีความสำคัญมากที่สุดได้แก่ 1) Airway and intubation 2)ภาวะแทรกซ้อนของการดมยาสลบ 3)Technique and choice Preoperative evaluation/preparation 4)ระบบคุณภาพกับงานวิสัญญี/ ANTS/ Pt. Safety และ 5) การ Monitoring ตามลำดับ

หัวข้ออบรมในภาคปฏิบัติที่มีความสำคัญมากที่สุดได้แก่ 1) Anesthesia for emergency 2) Anesthesia for obstetrics 3) Anesthesia for patient with common CVS complication 4) Anesthesia for patient with common respiratory complication และ5) Anesthesia for patient with renal and electrolyte imbalance ตามลำดับ

ในด้านการประเมินผลในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ มีการประเมินหลัง สิ้นสุดการอบรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.63, SD. =.88) รองลงมา ได้แก่ แหล่งฝึกภาคปฏิบัติมีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 3.76, SD. =.83), SD. =.80) และการประเมินครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 3.59, SD. =.83) ด้านที่น้อยที่สุด ได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้หลากหลายวิธี ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 3.49, SD. =.84)

ผลการปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ผลการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาล มีผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.24, SD. =.66) รองลงมาเป็นด้านการใช้ทักษะในการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ = 4.08, SD. =.66) และการใช้ความรู้ตามวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 4.07, SD. =.62) ผลการปฏิบัติงานที่น้อยที่สุด ได้แก่ การแสดงความชื่นชมผลการปฏิบัติงานจากหน่วยงานอื่น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.50, SD. =.76) รองลงมา การริเริ่มสร้างงานใหม่ในด้านวิสัญญีพยาบาล ($\bar{X}$ = 3.36, S.D.=.80) และการธำรงรักษาบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ ($\bar{X}$ = 3.39, SD. =1.02)

1.2 ปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล

ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล ได้แก่

1.2.1 ด้านบุคลากร พบว่ามีอัตราบุคลากรจำกัดและน้อยทั้งวิสัญญี และแพทย์เฉพาะทางสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.28 ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนี้มีประเด็นที่สอดคล้องกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ามีการขาดแคลนอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลจำนวนภาระงานที่มากส่งผลต่อการบริหารจัดการในการจัดสรร เพื่อเข้ารับการอบรม รวมทั้งความต้องการด้านแผนการรองรับ วิสัญญีที่จะเกษียณอายุ ลาออก ที่จะขาดแคลนภายในอนาคต

1.2.2 ด้านงบประมาณ พบว่า งบประมาณน้อยไม่เพียงพอต่อบุคลากรสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.11 รองลงมาได้แก่ อุปกรณ์ไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 26.66 และจำกัดวงเงินต่อปีต่อคน คิดเป็นร้อยละ 11.11

ตารางที่ 1 แสดงอันดับของความรู้และทักษะที่ต้องการให้มีการจัดส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ

ความรู้และทักษะที่ต้องการ	อันดับที่ 1	อันดับที่ 2	อันดับที่ 3	อันดับที่ 4	อันดับที่ 5
ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพทางด้านวิสัญญี	การพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี (49.20%)	การพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี (31.70%)	การพยาบาลระยะหลังการให้บริการทางวิสัญญี (7.10%)	การดูแลต่อเนื่อง (6.50%)	การสร้างเสริมสุขภาพ (5.50 %)
ความรู้ ทักษะวิชาชีพเฉพาะทางด้านวิสัญญีพยาบาล	การดมยาในเด็ก (58.70%)	การระงับปวด (39.70%)	การผ่าตัด CVT หัวใจ, การดมยาในผู้สูงอายุ, Neuro (1.60%)		
ความรู้ ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศแบบใหม่ๆ	Routine to Research (R to R) (59.50%)	การพัฒนานวัตกรรม (25.40%)	การดำเนินการวิจัย(15.10%)		
การพัฒนาด้านเจตคติในการทำงาน	การทำงานอย่างมีความสุข (47.60%)	การตระหนักในสถานการณ์ (19.00%)	การจัดลำดับความสำคัญของงาน (13.50%)	การตัดสินใจ (11.90%)	การติดต่อสื่อสาร (7.90%)

1.2.3 ด้านการจัดสรรเวลา พบว่า การมีภาระงานมาก ทำงานหลายอย่างสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.61 ระยะเวลาในการอบรมฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาล

1.2.4 ระยะทาง สถานที่ ส่วนใหญ่ค่อนข้างมีระยะทางไกล

1.2.5 การประสานงานระดับภายใน/ ภายนอกหน่วยงาน พบว่ามีปัญหา การสื่อสาร ทีมเข้าใจไม่ตรงกัน การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.29

1.2.6 ปัญหาอื่น ๆ ที่พบได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 10.71 และขาดความเข้าใจในงานวิสัญญี ผู้ร่วมงานใช้อารมณ์ระหว่างทำงาน ทำลายบรรยากาศองค์กร

2. ความต้องการในการพัฒนาตนเองของวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีความสนใจและต้องการที่จะพัฒนาตนเองด้านงานวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 93.10 เหตุผลที่ต้องการพัฒนาตนเองด้านความรู้ด้านวิสัญญีพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ป่วยปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 70.27 รองลงมา เป็นความก้าวหน้าทางวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 18.91 และไม่เคยทำ มีจำนวนผู้ป่วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 5.41 ในกลุ่มที่ไม่ต้องการพัฒนาตนเอง คิดเป็นร้อยละ 6.90 เหตุผลที่ไม่ต้องการที่จะพัฒนาตนเองด้านงานวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากใกล้เกษียณอายุราชการ มีโรคประจำตัว เข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง มีภาระต้องดูแลบิดา มารดา บุตร และเบื่อระบบการบริการจัดการ

วิสัญญีพยาบาลที่มีความพร้อมในการเข้ารับการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 76.19 เนื่องจากมีความต้องการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการ ที่มีความทันสมัย รองลงมาหน่วยงานสนับสนุนให้เข้าอบรม ทบทวนความรู้ วิสัญญีพยาบาลที่ไม่พร้อมเข้ารับการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 23.81 เนื่องจาก ปัญหาอัตรากำลัง บุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระครอบครัว ดูแลบุตร ขาดงบประมาณ และมีภาระงานอื่นร่วมด้วย

ความต้องการโควตาในการจัดสรรเข้ารับการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือการทดแทนในกรณีที่ได้รับการจัดสรรแต่ไม่สามารถเข้ารับการพัฒนาได้ การจัดสรรยังกระจายโควตาฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลตามพื้นที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของวิสัญญีพยาบาล

ความต้องการการจัดการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพทางด้านวิสัญญีพยาบาล ความต้องการอันดับ 1 ในเรื่องการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี คิดเป็นร้อยละ 49.20 อันดับ 2 ได้แก่ การพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี คิดเป็นร้อยละ 31.70 และอันดับ 3 ได้แก่ การพยาบาลระยะหลังการให้บริการทางวิสัญญี คิดเป็นร้อยละ 20.30 ส่วนการจัดการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านที่น้อยที่สุด ได้แก่ การบันทึกทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 3.40

ด้านความรู้ ทักษะวิชาชีพเฉพาะทางด้านวิสัญญีพยาบาลที่ต้องการให้มีการจัดส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพมากที่สุด ได้แก่ เรื่องการดมยาในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 58.70 รองลงมาเรื่องการระงับปวด คิดเป็นร้อยละ 39.70 และเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ การผ่าตัด CVT หัวใจ การดมยาในผู้สูงอายุ การดมยาในการผ่าตัดผู้ป่วยระบบประสาท คิดเป็นร้อยละ 1.60 ตามลำดับ

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศแบบใหม่ ๆ เฉพาะทางด้านวิสัญญีที่ต้องการให้มีการจัดส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพมากที่สุด ได้แก่ เรื่อง Routine to Research (R to R) คิดเป็นร้อยละ 59.50 รองลงมาได้แก่ การพัฒนานวัตกรรม คิดเป็นร้อยละ 25.40 และอันดับที่ 3 ได้แก่ วิธีการดำเนินการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 15.10 และในด้านการพัฒนาด้านเจตคติในการทำงานที่ต้องการให้มีการจัดส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอันดับที่ 1 ได้แก่ การทำงานอย่างมีความสุข (Happy employee & Happy workplace คิดเป็นร้อยละ 47.60 อันดับที่ 2 การตระหนักในสถานการณ์ (Simulation awareness) คิดเป็นร้อยละ 19.00 และอันดับที่ 3 การจัดลำดับความสำคัญของงาน (Task management) คิดเป็นร้อยละ 13.50

ด้านการจัดการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอื่น ๆ ได้แก่ การบริหารและการทำงานเป็นทีม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ แรงจูงใจ และการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมาถอดข้อความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ ด้านพัฒนาความรู้ด้านวิสัญญีให้กับพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 5 ประเด็น (themes) ที่มีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

ประเด็นที่ 1. หน่วยงานมีการแผนพัฒนาวิสัญญีพยาบาลที่สอดคล้องเป็นไปตามแผน service plan

ประเด็นที่ 2. ต้องการรูปแบบการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

ประเด็นที่ 3. ปัญหาด้านอัตรากำลังคนและภาระงานที่มาก (Workforce and workload)

ประเด็นที่ 4. ปัญหาด้านระยะเวลาการฝึกอบรมที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ (Inaccessible time)

ประเด็นที่ 5. ปัญหาด้านสถานที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ (Inaccessible place)

ประเด็นที่ 1. หน่วยงานมีการวางแผนพัฒนาวิสัญญีพยาบาลที่สอดคล้องเป็นไปตามแผน service plan

หน่วยงานที่เป็นโรงพยาบาลต้นสังกัด มีการดำเนินการวางแผนพัฒนาวิสัญญีพยาบาล โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ที่ service plan โดยเป็นไปตามความต้องการของนโยบายของโรงพยาบาลและเขตพื้นที่

ดังแสดงในถ้อยความตัวอย่างต่อไปนี้

“แผนของเรากับยุทธศาสตร์ ที่ service plan สอดคล้องกับเป้าหมาย สอดคล้องกับ service plan”

"ก็ไปกับ service plan ที่เขาวางแผนไว้สำหรับของจังหวัด เขาวางแผนให้ รพ. ช่วยรองรับพื้นที่ ที่จะลดภาระงานของโรงพยาบาลใหญ่ โรงพยาบาลหลวง ก็คือ..... กับ ..... โรงพยาบาล... (M2) จะแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลโน้นมาในเขตของ.....นี้ จะมีโรงพยาบาล.....แบ่งมารับผิดชอบ 3 อำเภอ แล้วก็ของสงขลา 1 อำเภอค่ะก็รวมว่าเรา แบ่งทั้งหมด 6 อำเภอ ของจังหวัดสงขลา ช่วยแบ่งเบาภาระที่โรงพยาบาลศูนย์ก็แบ่งมา 4 อำเภอ"

"ของเราแผนของวิสัญญีก็จะอิงจาก service plan ของศัลย์ ortho จะเชื่อมโยงกันว่า เรามีหมอ ortho มีหมอศัลย์ฯ เราจะพัฒนาตามงานไปเรื่อย ๆ ค่ะ"

ประเด็นที่ 2. ต้องการรูปแบบการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

วิสัญญีพยาบาล มีความต้องการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยต้องการอบรมเพิ่มพูนความรู้ที่มีความทันสมัยในวิชาทางทฤษฎีก่อน และเพิ่มทักษะด้วยการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับประสบการณ์ใหม่และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหัตถการทางการพยาบาล

ดังแสดงในถ้อยความตัวอย่างต่อไปนี้

"ถ้ามีอบรมเชิงปฏิบัติการให้น้องเขาได้มีโอกาสได้ใช้ ได้ทดลอง ได้ทำจริงหมายถึงได้ใช้เครื่องมือนั้นจริง ๆ ได้มีโอกาสสัมผัสแบบจริง ๆ เนี่ย ก็จะเพิ่มความมั่นใจกับผู้ปฏิบัติงาน ที่เขาจะเอากลับมาใช้ต่อได้"

"เวลาไปฝึกก็จะได้เทคนิค วิธีการที่จากที่ไปฝึกบางทีก็ต่างจากที่เราเคยทำ ก็ได้เห็นอะไรใหม่ๆ ดี"

"เวลาฟื้นฟูจะมีชั่วโมงที่เกี่ยวกับอบรมเชิงปฏิบัติการถ้ามีตรงนี้ อย่างเช่น ที่พี่เคยเข้า ของหมอ ก็จะมีการใช้อุปกรณ์ในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจยาก อย่างนี้ค่ะ เราก็เอามาปรับใช้กับที่เราสอนได้ ส่วนหนึ่งเราก็เอามาอบรมฟื้นฟูให้กับบุคลากรที่โรงพยาบาล เราต่อได้ เอามาต่อยอดได้ ตรงนี้ได้ประโยชน์เยอะค่ะ"

ประเด็นที่ 3. ปัญหาด้านอัตรากำลังคนและภาระงานที่มาก (Workforce and workload)

วิสัญญีพยาบาล รับรู้ถึงภาระงานที่ตนต้องรับผิดชอบจำนวนมากจากอัตรากำลังคนของวิสัญญีพยาบาลที่มีอยู่จริงกับของจำนวนผู้รับบริการที่มีมาก นอกจากมีพยาบาลวิสัญญีมีแนวโน้มการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด (Early retirement) และการลาออกจากงานร่วมด้วย

ดังแสดงในถ้อยความตัวอย่างต่อไปนี้

"บุคลากรที่มีจำกัด ก็เลย ถ้าคนขาด 1 คน ที่เหลือก็ค่อนข้างภาระงานที่เพิ่ม จำนวนคนที่พอดีแป๊ะ"

"ทั้งโรงพยาบาลคือเราขาดพยาบาลค่ะ จะขอพยาบาลมาอยู่กับเราไม่ได้เลย"

"ทุกคนจะโอเวอร์โหลด ต้องวิ่งช่วยกันระหว่างห้องแทนที่จะมีคนอยู่ฟิกได้ทำได้ ยาวก็ต้องวิ่งกัน"

"ที่จริงน้องก็สัก 40 ได้แล้ว เลยขอโควตาไปเรียน พี่ขอไว้ปีเว้นปี มา 2 ครั้งแล้วค่ะ ตอนนี้ถ้าพวกพี่ 3 คนไป ก็จะเหลือแค่ 3 ก็อาจจะขาด"

"ที่ทราบมาว่าจะมีพยาบาลที่จะ Early ก่อน อีกปีสองปี..."

"มีบางคนแจ้งว่าจะลาออก อีกไม่นานนี้ ก็มีนะคะ...."

ประเด็นที่ 4. ปัญหาด้านระยะเวลาการฝึกอบรมที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ (Inaccessible time)

วิสัญญีพยาบาล มีความต้องการที่จะให้เข้ารับการอบรมพัฒนาความรู้วิสัญญีพยาบาล แต่ระยะเวลาที่นานมากเท่าไร โอกาสเข้าร่วมก็ลดลง วิสัญญีพยาบาลจึงต้องการให้ผู้จัดอบรมได้มีการปรับลดระยะเวลาให้สั้นลง เพื่อที่จะเป็นการเปิดโอกาสให้วิสัญญีพยาบาลได้เข้ามาอบรมได้มากขึ้น

ดังแสดงในถ้อยความตัวอย่างต่อไปนี้

"แล้วเราขอทุนทุกปี ในการเรียนวิสัญญีของสถาบันบรมราชชนกของเขต ปีที่แล้วเราก็ได้ทุนมาหนึ่งทุน แต่เราไม่สามารถส่งคนไปเราส่งข้าราชการไปไม่ได้ค่ะคือส่วนมากข้าราชการของเราจะอายุเกิน 35 ค่ะ"

"น่าจะปีละ 2 ครั้ง ในส่วนโรงพยาบาลเราก็จะมีทางเลือกว่า ในรอบนี้ปีนี้ เดือนนี้เราไม่ได้ไปนะ เราไปรอบหน้าปีละ 2 ครั้งจะโอเคค่ะ"

"มองว่า 3 วันน่าจะเหมาะกว่า 5 วัน ยิ่งมีจัดที่ส่วนกลางอีก ต้องบวกระยะเวลาเดินทางให้น้องอีก คนก็หายไปอาทิตย์เต็ม ๆ"

"ถ้าลดวันลงมาหน่อยเหลือสัก 3 วัน น่าจะเหมาะสมกว่า เราจะไม่ตึงเกิน..และเพื่อนที่จะอยู่เวรก็ไม่ยาวเกินด้วย"

ประเด็นที่ 5. ปัญหาด้านสถานที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ (Inaccessible place)

วิสัญญีพยาบาล มีความต้องการที่จะให้เข้าอบรม

เพื่อพัฒนาความรู้วิสัญญีพยาบาล แต่เนื่องจากสถานที่ที่ทำการจัดอบรมระยะทางไกล จึงไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมฝึกอบรมได้

ดังแสดงในถ้อยความตัวอย่างต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ที่มีจัดค่อนข้างไกล เช่น ขอนแก่น เชียงใหญ่ อะไรอย่างนี่ค่ะหรือทางปักษ์ใต้ ก็ของ ม.สงขลานครินทร์”

“ขยายมาทางภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคอีสานบ้างก็ดี คือมีเหมือนกันนะคะ แต่ว่านาน ๆ ครั้ง”

“สถานที่ค่ะ สถานที่จัดอบรม ถ้าเราได้เวียนกันออกมาในส่วนภูมิภาคบ้างก็จะดี เพราะระยะเวลาในการเดินทางของเราอยู่ไกล”

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่อง การศึกษาการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

1. สถานการณ์ และปัญหาการพัฒนาตนเองของวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่เคยได้รับการพัฒนาตนเองทางด้านวิสัญญีพยาบาล และมีความรู้ และทักษะพื้นฐานด้านวิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่ยังมีความต้องการได้รับการพัฒนา เนื่องจาก การมีวิสัยทัศน์ พันธกิจในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลมีความชัดเจน การพัฒนาบุคลกรวิสัญญีพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ในมาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ให้มีระบบการพัฒนาความรู้ ความสามารถมีความทันสมัย และในมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้มีนโยบายและแผนงานจัดการระบบคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ระบบการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการส่งเสริมและการสนับสนุนการศึกษาในการพัฒนาศักยภาพกำลังคนและสังคม เพื่อให้ได้รับความรู้และทักษะพื้นฐานในการแสวงหาความรู้ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต[6] วิสัญญีพยาบาลจึงได้รับการพัฒนา/ฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความรู้ ความสามารถที่เหมาะสม สอดคล้องกับคุณภาพของงานบริการวิสัญญีพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก[7]

แต่ยังมีวิสัญญีพยาบาลที่ใน 3 ปีที่ผ่านมาไม่ได้รับการอบรมในหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข อาจเนื่องจาก แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีการกระจายโควตาการฝึกอบรมวิสัญญีตามกรอบอัตรากำลังที่ควรมี[8] ซึ่งจะทำให้วิสัญญีพยาบาลมีโอกาสได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างทั่วถึง แต่เมื่อได้รับโควตาแล้วไม่สามารถเข้ารับการพัฒนาตามที่กำหนดก็จะไม่ได้รับการทดแทนโควตาในรอบต่อไป รวมทั้งการขาดอัตรากำลังคนไม่มีอัตรากำลังทดแทนในการปฏิบัติงานที่หน่วยงานเมื่อต้องเข้ารับการอบรม และนอกจากนี้ในการพัฒนาบุคลากรด้านวิสัญญีพยาบาลมีหลายหลักสูตร หน่วยงานและองค์กรที่สามารถดำเนินการหลายสถาบัน เช่น หลักสูตรฝึกอบรมบุคคลผู้ที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึกของสภาการพยาบาล หลักสูตรอบรมการฟื้นฟูวิสัญญีพยาบาลระยะสั้น หลักสูตรวิสัญญีพยาบาล ระยะเวลา 1 ปี ของสถาบันพระบรมราชชนนกร่วมกับราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย การประชุมวิชาการประจำปีขององค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล ด้านบุคลากรทั้งเรื่องอัตรากำลังที่ขาดแคลน หรือมีอัตรากำลังตามกรอบแต่จำนวนภาระงานที่มาก วิสัญญีพยาบาลที่จะเกษียณอายุและมีบุคลากรที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการส่งผลต่อการบริหารจัดการในการจัดสรรเพื่อเข้ารับการอบรม เพราะต้องมีการจัดอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลหมุนเวียน 24 ชั่วโมงตลอดเวลา นอกจากนี้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการจัดอบรมหลายวัน และสถานที่ในการจัดอบรมที่ไกลจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนา[9] ที่ประสบปัญหาความยากลำบากในการที่จะได้รับสื่อทางการศึกษาทางด้านวิสัญญี ด้วยข้อจำกัดทั้งเรื่องงบประมาณ หนังสือ ระยะทางที่ไกลจากแหล่งเรียนรู้

2. ความต้องการในการพัฒนาตนเองของวิสัญญีพยาบาล

วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ มีความสนใจและต้องการที่จะพัฒนาตนเองด้านงานวิสัญญีพยาบาล ซึ่งการส่งเสริมความสามารถและศักยภาพโดยการฝึกอบรม และสนับสนุนทุนการศึกษาจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง นำความรู้ที่ได้มาใช้ประโยชน์และเกิด

ความรักความผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น 10 โดยมีข้อคิดเห็นดังนี้

1. การวางแผนการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล ผู้บริหารทางวิสัญญีพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะ ให้มีการจัดอบรมให้เป็นไปตามนโยบายและแผน service plan ซึ่งโรงพยาบาลจะจัดทำของตนเองสอดคล้องกับแผน service plan โดยเฉพาะการจัดสรรโควตาในการเข้ารับการฝึกอบรม เนื่องจากมีปัญหาเรื่องอายุ ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย มีความต้องการให้มีการจัดสรรโควตาวิสัญญีพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือการทดแทนในกรณีที่ได้รับจัดสรรแต่ไม่สามารถเข้ารับการพัฒนาหรืออบรมได้ การจัดสรรยังกระจายโควตาฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลตามพื้นที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของวิสัญญีพยาบาล ควรมีการวิเคราะห์และทบทวนความต้องการเป็นระยะ[11]

2. รูปแบบการจัดการพัฒนาวิสัญญีพยาบาล ในรูปแบบ

2.1 การจัดการอบรม รูปแบบที่ควรใช้มากที่สุด คือ รูปแบบการฝึกอบรมแบบลงมือปฏิบัติงาน เนื่องจากการฝึกอบรมแบบลงมือปฏิบัติงาน ซึ่งมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จะทำให้ได้รับทั้งความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติการเหมือนปฏิบัติงานจริง ทำให้ได้มีโอกาส ได้ใช้ ได้ทดลอง ได้ทำจริง ได้มีโอกาสสัมผัสจริง จะเป็นการเพิ่มความมั่นใจกับผู้ปฏิบัติงาน ที่สามารถที่จะนำเอากลับมาใช้ต่อได้มากกว่าการประชุมวิชาการโดยการรับฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ ควรมีการนำรูปแบบการจัดอบรมที่เหมาะสมในศตวรรษที่ 21 ที่ เช่น การจัดการอบรมในระบบ online E-Learning จะช่วยให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความสะดวกในการเข้าถึงความรู้ สามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ตามความสะดวกไม่กระทบกับภาระงาน และสามารถเลือกเวลาในการศึกษาด้วยตนเอง การจัดการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem based learning, PBL) จะกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์จากสถานการณ์ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้และเข้าใจและทักษะในการติดตามและประเมินการดูแลผู้ป่วยได้ดี[12] ในขณะที่การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง (Simulation based learning, SBL) จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทั้งในเชิงปฏิบัติการในวิชาชีพความรู้และทักษะทางด้านวิสัญญีพยาบาล และช่วยให้ประเมินทักษะนอกเหนือความรู้ หรือ Non-Technical Skills[13] ซึ่งเป็นทักษะกระบวนการคิด ทักษะทางสังคมและทักษะส่วนบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการบริการที่มีความปลอดภัยและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การจัดการงานสำคัญ การตระหนักถึงสถานการณ์และการตัดสินใจ และสิ่งที่สำคัญเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาล และเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย[14]

2.2 การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) การเรียนรู้ด้วยตนเองมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกสูงสุดต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล โดยพบว่าบุคลากรที่มีความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้นด้วย ดังนั้นการเรียนรู้ด้วยตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล[15] การเรียนรู้ด้วยตนเองจึงเป็นทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะงานของพยาบาลที่ต้องติดตามความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีต่าง ๆ[16] ซึ่งการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นความสามารถในการมีจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายดังนั้นวิสัญญีพยาบาล จึงจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น การเรียนผ่านสื่อ e-learning ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนแบบ active learning ได้ ผู้เรียนสามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามความต้องการ[17] เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพื่อให้ถึงเป้าหมาย มี 5 องค์ประกอบคือ การตระหนักในการเรียนรู้กลวิธีในการเรียนรู้กิจกรรมในการเรียนรู้ การประเมินผลการเรียนรู้ และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งการเรียนรู้สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร และช่วยให้มีการพัฒนาเกิดภาวะผู้นำขึ้นได้[18]

3. ด้านเนื้อหาในการอบรม ส่วนใหญ่มีความต้องการความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพทางด้านวิสัญญี ในเรื่องการให้บริการก่อนวิสัญญี และการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ในด้านทักษะวิชาชีพเฉพาะทางด้านวิสัญญีพยาบาลที่ต้องการให้มีการจัดส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ ในเรื่องการดมยาในเด็ก การระงับปวด และอื่น ๆ เช่น การผ่าตัด CVT หัวใจ, ดมยาในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความสนใจตามนโยบายสุขภาพหรือ service plan ของแต่ละพื้นที่ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศแบบใหม่ ๆ เฉพาะทางด้านวิสัญญีที่ต้องการให้มีการจัดส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ ในเรื่อง Routine to Research การพัฒนา

นวัตกรรม และวิธีการดำเนินการวิจัย ด้านการพัฒนาด้านเจตคติในการทำงานที่ต้องการให้มีการจัดส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ ในเรื่องการทำงานอย่างมีความสุข การตระหนักในสถานการณ์ การจัดลำดับความสำคัญของงาน ซึ่งเป็นทักษะนอกเหนือความรู้ทางวิสัญญีพยาบาลที่จำเป็นและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีเรื่องของนโยบายสุขภาพ และการพิทักษ์สิทธิด้านค่ารักษา การได้รับบริการของผู้ป่วย ที่ควรจะนำมาบูรณาการในหลักสูตร[19]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย การพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาล ควรมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาการพยาบาล ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ชมรมวิสัญญีพยาบาล สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา/ฝึกอบรม ให้เหมาะสมกับความต้องการของวิสัญญีพยาบาล

1.1 ควรมีการสำรวจปัญหาความต้องการในด้านการอบรมพัฒนาวิสัญญีพยาบาล และวางแผนร่วมกันในการร่วมจัดสรรโควต้าพัฒนาวิสัญญีพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้เกิดการวางแผนการสนับสนุนการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลที่ตรงกับความต้องการจริง

1.2 ควรมีแผนงานรองรับในด้านอัตรากำลังคนของการปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล โดยมุ่งเป้าไปที่ปัญหาวิสัญญีพยาบาล ที่ไม่สามารถเข้ารับการอบรมตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากภารงานมากเมื่อเทียบกับสัดส่วนกำลังคนที่มี และปัญหาการป้องกันการขาดแคลนวิสัญญีพยาบาลในอนาคต จากการเกษียณอายุ ลาออกจากระบบราชการก่อนกำหนด เป็นต้น

1.3 ควรมีแผนสนับสนุน การพัฒนาวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลของรัฐ แต่ยังไม่ได้บรรจุอยู่ในระบบราชการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานจริง มีโอกาสในการพัฒนาทักษะด้านวิสัญญีพยาบาล

2. ด้านการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพวิสัญญีพยาบาล ควรมีการพัฒนารูปแบบในการพัฒนา/ฝึกอบรม ให้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดย

2.1 ภาคทฤษฎีสามารถใช้วิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning) เช่น การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ การจัดหลักสูตรเป็น MODULE

2.2 ภาคปฏิบัติ อาจมีการวางแผนร่วมกับเขตพื้นที่ ในการส่งฝึกภาคปฏิบัติในเขตพื้นที่ และ โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย เพื่อให้เกิดการฝึกปฏิบัติที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริง สำหรับหัตถการ หรือเคสที่หายาก อาจมีการจัดการฝึกเฉพาะเจาะจง เป็นต้น และสามารถฝึกปฏิบัติด้วย Simulation based learning ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้วิสัญญีพยาบาลสามารถเข้าถึงความรู้ที่ทันสมัยได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) รูปแบบการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้ได้หลักสูตรการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยให้วิสัญญีพยาบาลเข้าถึงความรู้ใหม่ ๆ ตอบสนองต่อความต้องการและทันสมัยต่อไป

References

1. Cheunjaroensuk K, et al. Service plan act 2018- 2022. Bangkok. Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2017. (in Thai).
2. Kumpan S, Kumpan P. The perceived of practical in Advanced Practice Nurse (APN) competency in anesthesia of nursing anesthesiology. Journal of Nursing Division 2010;37(2):109-26. (in Thai).
3. Thongkomol L. The meeting report consultation on the development of nursing anesthetists under the ministry of public health. report on August 31, 2017; Praboromarajchanok Institute; 2017. (in Thai).
4. Donabedian A. An Introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
5. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
6. Ministry of Education. The promotion of non-formal and Informal education act 2008. Bangkok: Office of the Promotion of Non-Formal and Non-Formal Education; 2008. (in Thai).
7. Dhabpol-on R. The study of the quality of nursing anesthetist work in sakon nakhon hospital according to perceptions of clients [Master of Nursing Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. (in Thai).
8. Thongkomol L. The study of the development of a auota allocation model training in nursing anesthetists for fair distribution. Region 11 Medical Journal 2016;30(3):217-24. (in Thai).
9. Marthis RL, Jackson JH. Human Resource Management. JONA 2006;3(6):292-7.
10. Thongkao S, Kangsanan K. Quality of work life of professional nurses Rajavithi Hospital. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(1):225-37. (in Thai).
11. Apidechakul P, Vichitvejpaisal P, Jirativanont T, Yokubol B, Suthon P, Udompandurak S. A comparison of learning process between problem-based and simulation-based method in difficult airway management workshop. Thai Journal Anesthesia 2019;45(3):111-16. (in Thai).
12. Saeyup P. Simulation enhancing anesthetists' non-technical skills (ANTS) Teaching. Thai Journal Anesthesia 2019;45(1):39-44. (in Thai).
13. Aaron MO, Suzanne M, John OD. Development of a training program in peripherally inserted central catheter placement for certified registered nurse anesthetists using an n-of-1 method. AANA Journal 2019;87(1):11-8.
14. Shawn BC. Model for a reproducible curriculum infrastructure to provide international nurse anesthesia continuing education. AANA Journal. 2011;79(6):490-96.
15. Indrakamhang A. The influence of factors of adult learning. Personal background and environmental organizations on the performance of healthcare providers [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. (in Thai).

16. Williamson SN. Development of a self-rating scale of self-directed learning. Nurse Researcher 2007;14:66-83.
17. Wadyim N, Wangchom S, Mano A. Teaching and learning management in nursing using electronic learning. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(3): 146-57. (in Thai).
18. Mukmayom W. A study of the development of professional nurses into nurses higher position, tertiary hospital [Master of Nursing Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai).
19. Jessica P, John B, Louise AC. Impact of education on professional involvement for student registered nurse anesthetists' political activism: does education play a role. AANA Journal 2019;87(2):138-43.

บทความวิชาการ

การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน: การนำไปใช้ในการเรียนการสอน

Team-Based Learning: Implementing in Learning and Teaching

Received: May 25, 2020
Revised: Sep 10, 2020
Accepted: Sep 22, 2020

สมจิตต์ สินธุชัย ค.ด. (Somchit Sinthuchai, Ph.D.)[1]
กันยารัตน์ อุบลวรรณ ปร.ด. (Kanyarat Ubolwan, Ph.D.)[2]
กุลธิดา พานิชกุล ปร.ด. (Kultida Panidchakul, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานเป็นกลยุทธ์การสอนที่ออกแบบให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการทำงานร่วมกันเป็นทีม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การมอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน และขั้นสุดท้ายซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดคือ การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิก บทความนี้อธิบายกระบวนการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานและการนำไปประยุกต์ใช้ตั้งแต่ การเตรียมการสอน การจัดตั้งทีม ขั้นตอนการเรียนการสอน การประเมินเพื่อนในทีม บทบาทผู้สอน และผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานจากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนจากประสบการณ์ของผู้เขียน

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน, การเรียนการสอน

Abstract

Team-based learning is an instruction strategy designed to active learning to students through collaborative small group learning. The strategy comprises 3 steps as follows: 1) student preparation, 2) readiness assurance, and 3) application of course concepts for problem solving from clinical scenarios, crucial step. This manuscript describes the processes of effective Team-based learning preparation, implementation evaluation from peer assessment, and outcomes of Team-based learning from reviewing literature as well as practical techniques and advice from authors' classroom experiences.

Keywords: team-based learning, learning and teaching

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี; E-mail: somchiit@bcns.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี; E-mail: kanyarut@bcns.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ; E-mail: kultida.p@bcn.ac.th
[1,2] Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
[3] Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในระดับปริญญาตรีมีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ทั้ง 6 ด้าน รวมทั้งการสร้างเสริมให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ที่ให้ความสำคัญกับทักษะการเรียนรู้[1] (learning skill) ผู้สำเร็จการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีการคิดอย่างเป็นระบบ คิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจและแก้ปัญหา มีทักษะการสื่อสาร และการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้[2] ผู้สอนจึงต้องปรับกลยุทธ์การสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ดังกล่าว การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน (Team-based learning) เป็นวิธีการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะที่สำคัญหลายด้านเช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การให้เหตุผล การแก้ปัญหา การสื่อสารและการทำงานเป็นทีม[3] โดยเฉพาะทักษะการแก้ปัญหาเป็นความสามารถที่สำคัญสำหรับพยาบาลเพราะถ้าพยาบาลสามารถแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ จะส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ[4]

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ใช้กันแพร่หลายในการเรียนการสอนทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเฉพาะสาขาพยาบาลศาสตร์ แพทย์ศาสตร์ และเภสัชศาสตร์[5-6] มีผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนการสอน โดยมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ (active learning) สามารถนำมาใช้ได้กับห้องเรียนขนาดใหญ่ที่มีผู้เรียนมากกว่า 100 คน หรือห้องเรียนขนาดเล็กที่ผู้เรียนประมาณ 25 คน โดยผู้เรียนรวมทีมกันทีมละ 5-7 คน[3,7-8] การเรียนรู้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเตรียมความพร้อมก่อนเรียน ประยุกต์ใช้ความรู้เชิงมโนทัศน์และคิดวิเคราะห์ผ่านการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการได้รับข้อมูลป้อนกลับทันทีเพื่อให้ผู้เรียนมั่นใจในเนื้อหาความรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน[6,8-9] ได้แก่ 1) การมอบหมายงานให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (preparation) 2) การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน (readiness assurance) โดยการทำแบบทดสอบเป็นรายบุคคลและเป็นทีม และ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหา (application of course concepts)

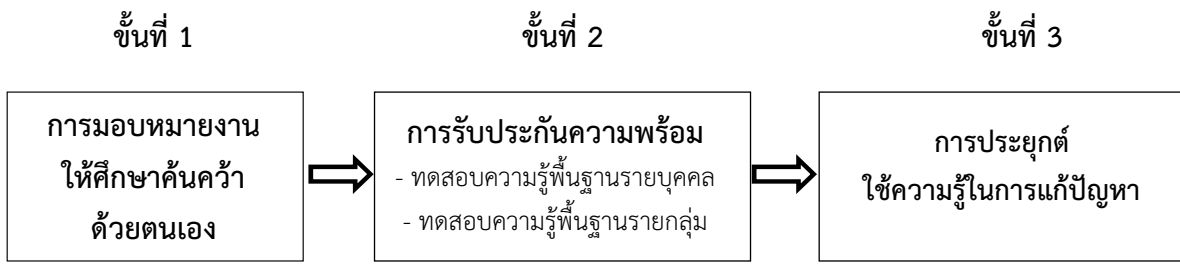
กระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน ช่วยให้ผู้เรียนจดจ่อกับการเรียนและมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน[5,10-11] ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความสามารถในการให้เหตุผลและการแก้ปัญหา[8,10,12-14] การเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนในทีมส่งเสริมให้ผู้เรียนรับรู้ถึงคุณค่าของทีมและทักษะการทำงานเป็นทีม[5,12,15] มีทักษะการสื่อสารและความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น[12,15-17] ผู้เรียนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเรียนที่สนุกสนาน[17-19] บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน ประกอบด้วยหัวข้อที่สำคัญคือ กระบวนการจัดการเรียนการสอน และผลลัพธ์ในการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานจากประสบการณ์ของผู้เขียน

แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน เป็นแนวคิดของ Michaelsen[9] ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้โดยรวมกันเป็นทีม ๆ ละ 5-7 คน นำความรู้มาคิดวิเคราะห์ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ การทำงานเป็นรายบุคคล การทำงานเป็นทีม และการได้รับข้อมูลป้อนกลับทันที มีขั้นตอนการเรียนรู้ 3 ขั้น คือ 1) การมอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง 2) การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน และ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหา[6] โดยมีผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้[7-9] ดังนี้

1) การมอบหมายงานให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (preparation) ในขั้นนี้ผู้เรียนรับผิดชอบในการเตรียมความรู้ของตนเองให้พร้อมก่อนเข้าเรียน โดยศึกษาจากเอกสารตำรา ที่มีเนื้อหาตรงกับหัวข้อและวัตถุประสงค์การเรียน

2) การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน (readiness assurance) เป็นกระบวนการประเมินผู้เรียนเพื่อให้มีความพร้อมในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย การทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคล (individual readiness assurance test: iRAT) ด้วยแบบทดสอบปรนัย และการทดสอบความรู้พื้นฐานรายกลุ่ม (team readiness assurance test: tRAT) ด้วยแบบประเมินเดียวกันกับรายบุคคล ขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนอภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่าง ๆ โดยมีผู้สอนให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่ม



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน

อภิปรายแล้วมีข้อขัดแย้ง ไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม

3) การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหา (application of course concepts) จากสถานการณ์ในคลินิก ดังภาพที่ 1

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน

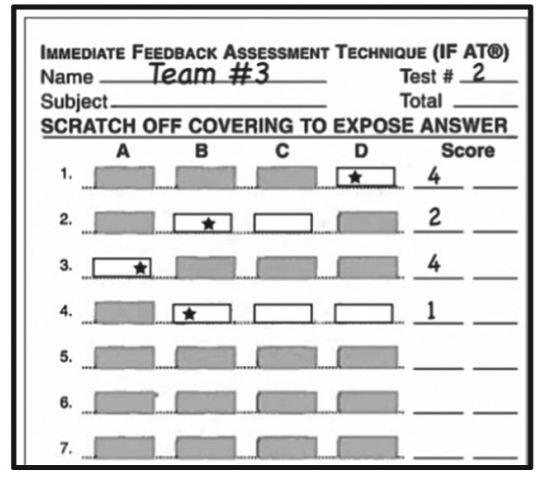
การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน ผู้สอนต้องมีการวางแผนการดำเนินงานเริ่มตั้งแต่ขั้นก่อนสอน โดยผู้สอนเตรียมการก่อนสอน ดำเนินการสอน และขั้นสุดท้ายการประเมินผล โดยให้ผู้เรียนประเมินเพื่อนในทีม ซึ่งการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการก่อนสอน ประกอบด้วย 1) การเขียนวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 2) การจัดตั้งทีม และ 3) การเตรียมทรัพยากรการเรียนรู้

1. การเขียนวัตถุประสงค์การเรียนรู้ การเขียนวัตถุประสงค์การเรียนรู้แต่ละหน่วยการเรียนเหมือนกับหลักการเขียนวัตถุประสงค์ทั่วไป แต่ละหน่วยใช้เวลาสอนประมาณ 6-10 ชั่วโมง การเขียนวัตถุประสงค์ที่นิยมคือ การออกแบบหน่วยการเรียนรู้แบบย้อนกลับ[7-8] (backwards design) ซึ่งเริ่มจากกำหนดเป้าหมาย (objective) ว่าผู้เรียนต้องเรียนอะไร สามารถคิดและปฏิบัติเรื่องใด รวมทั้งต้องมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์อะไร โดยให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ตัวอย่างการเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมปลายทาง (terminal behavior objectives) เช่น ผู้เรียนมีความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ และผู้เรียนมีทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม วัตถุประสงค์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้เรียนให้ความใส่ใจในกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 3 ขั้นตอน

2. การจัดตั้งทีม (team formation) มีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน ทีมที่ดีที่สุดควรมีผู้เรียนทีมละ 5-7 คน[3-8] เพราะจะช่วยส่งเสริมให้ทุกคนในทีมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ สมาชิกแต่ละทีมควรมีภูมิหลังที่หลากหลายเพื่อช่วยส่งเสริมมุมมองการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ความหลากหลายของทีมอาจจะแบ่งตามผลสัมฤทธิ์การเรียน ความสามารถ ความแตกต่างของวัฒนธรรม หรือการสุ่ม[3,7-8] ผู้สอนควรดำเนินการจัดตั้งทีมให้ผู้เรียนตามหลักการดังกล่าว ทีมที่จัดตั้งขึ้นแล้วควรเป็นทีมเดิมที่ใช้เรียนตลอดภาคการศึกษา[7]

3. การเตรียมทรัพยากรการเรียนรู้ ทรัพยากรการเรียนรู้ประกอบด้วย 1) ตำรา เอกสารประกอบการสอนและเว็บไซต์ ฯลฯ เพื่อให้ผู้เรียนศึกษาก่อนเข้าเรียนได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของหน่วยการเรียน 2) แบบทดสอบสำหรับใช้ทดสอบความรู้พื้นฐานของผู้เรียนรายบุคคล (iRAT) และรายกลุ่ม (tRAT) และแบบทดสอบการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิก (AAE) และ 3) กระดาษคำตอบสำหรับแบบทดสอบ iRAT เป็นกระดาษคำตอบที่ใช้กับเครื่องตรวจข้อสอบปรนัยอัตโนมัติ แต่สำหรับแบบทดสอบ tRAT ต้องใช้แบบฟอร์มกระดาษคำตอบที่ทำให้ผู้เรียนทราบผลทันที (Immediate Feedback Assessment Technique Form: IF-AT) ดังภาพที่ 2 เพื่อให้ผู้เรียนใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับจนกว่าจะได้คำตอบที่ถูกต้อง แบบฟอร์ม IF-AT มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก กระดาษจะเคลือบแผ่นฟิล์มบาง ๆ ทึบแสงไว้ เมื่อผู้เรียนขูดกระดาษเคลือบที่ปิดคำตอบออก ถ้าพบสัญลักษณ์รูปดาว (*) ที่ตัวเลือกใด แสดงว่าตัวเลือกนั้นเป็นคำตอบที่ถูกต้อง ในส่วนกระดาษคำตอบที่ใช้กับแบบทดสอบการแก้



ภาพที่ 2 แสดงกระดาษคำตอบชนิดที่ทราบผลทันที
(Immediate Feedback Assessment Technique Form: IF-AT)

ปัญหาสถานการณ์ในคลินิก (AAE) ควรเป็นกระดาษคำตอบที่ผู้เรียนทุกทีมสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น การใช้กระดาษสีขนาด A4 ที่มีสีแตกต่างกันจำนวน 4 สี พิมพ์คำตอบแต่ละตัวเลือกเช่น คำตอบข้อ ก.บนกระดาษสีเหลือง ข้อ ข. กระดาษสีฟ้า ข้อ ค. กระดาษสีชมพู และข้อ ง. กระดาษสีเขียว เมื่อแต่ละทีมแสดงคำตอบ ความแตกต่างของกระดาษสีจะทำให้ผู้สอนและผู้เรียนเห็นชัดเจนว่าแต่ละทีมเลือกคำตอบข้อใด

ขั้นดำเนินการสอน ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมอบหมายงานให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง 2) การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน และ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิก

1. การมอบหมายงานให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (preparation) ผู้สอนเข้าพบผู้เรียนก่อนเรียนอย่างน้อย 1 สัปดาห์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเรียน อธิบายกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน เกณฑ์การแบ่งกลุ่มแบ่งตามเกรดเฉลี่ยโดยการคละเกรดผู้เรียนให้ใกล้เคียงกันทุกกลุ่ม ๆ ละ 5-7 คน พร้อมแจกคู่มือการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน และมอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าเนื้อหาที่จะเรียนขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนเตรียมความพร้อมด้วยตนเอง โดยการศึกษาเอกสารและตำราที่มีเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของหน่วยการเรียน ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่ทำให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ขั้นต่อไป

2. การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน (readiness assurance) เป็นกระบวนการประเมินความพร้อมของผู้เรียนเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในแก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิกได้ ซึ่ง Parmelee, Michaelsen, Cook และ Hudes[6] ได้อธิบายการรับประกันความพร้อมของผู้เรียนว่าควรประกอบด้วยผลลัพธ์หลัก 5 ประการได้แก่ (1) การทดสอบต้องมีประสิทธิภาพและครอบคลุมเนื้อหาการเรียนตามวัตถุประสงค์รายวิชา (2) กระบวนการเรียนรู้ต้องส่งเสริมทักษะการทำงานเป็นทีม (3) การทดสอบความรู้พื้นฐานเป็นทีมควรสืบค้นเนื้อหาเพื่อใช้ในการอภิปรายและตอบคำถามจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (4) ส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองและทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ (5) มีการใช้เวลาในห้องเรียนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการรับประกันความพร้อมของผู้เรียนประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

2.1 การทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคล (individual readiness assurance test: iRAT) ผู้เรียนทำแบบทดสอบวัดความรู้พื้นฐานรายบุคลด้วยแบบทดสอบปรนัย ซึ่งเป็นการทดสอบความเข้าใจแนวคิดที่สำคัญทั้งหมดในเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ผู้เรียนได้รับมอบหมายให้อ่านตำรา เอกสารมาก่อน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความเข้าใจรายบุคคล โดย

ผู้สอนออกข้อสอบปรนัยที่มีวัตถุประสงค์วัดความจำและความเข้าใจตามลำดับขั้นการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) ประมาณ 10-20 ข้อ จำนวนคำถามขึ้นอยู่กับหัวข้อที่เรียนและเวลาเรียนที่กำหนดไว้ในหลักสูตร[6,8] ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคลในกระดาษคำตอบแบบฝนด้วยดินสอ 2B

2.2 การทดสอบความรู้พื้นฐานรายกลุ่ม (team readiness assurance test: tRAT) ผู้เรียนทำแบบทดสอบพื้นฐานรายกลุ่มโดยใช้แบบทดสอบชุดเดียวกับการทดสอบรายบุคคล แต่ใช้กระดาษคำตอบชนิดทราบผลทันที (Immediate Feedback Assessment Technique Form: IF-AT) ซึ่งผู้เรียนสามารถอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในทีมของตนด้วยหลักการและเหตุผลในการเลือกแต่ละคำตอบที่มีแถบฟิล์มบาง ๆ ทึบแสงปิดกระดาษคำตอบไว้ เมื่อขูดแถบที่ปิดคำตอบออกพบรูปดาว (*) จะเป็นคำตอบที่ถูกต้อง ได้ 4 คะแนน แต่ถ้าขูดพบเป็นช่องว่างคะแนนจะลดลงตามลำดับ สมาชิกในทีมจะทำการอภิปรายค้นหาคำตอบต่อไปจนกระทั่งพบคำตอบที่ถูกต้อง ระหว่างการอภิปรายในทีม ผู้เรียนสามารถสืบค้นข้อมูลจากตำราและเอกสารเพื่อช่วยสนับสนุนคำตอบได้ แบบทดสอบที่ท้าทายกระบวนการคิดจะกระตุ้นให้ทีมผู้เรียนมีการอภิปรายเพิ่มมากขึ้น หลังจากผู้เรียนทุกทีมทำแบบทดสอบรายกลุ่ม (tRAT) เสร็จ ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนอุทธรณ์คำเฉลยหรือข้อคำถามที่สมาชิกในทีมเลือกคำตอบผิด หรือคำตอบที่สมาชิกในกลุ่มผู้เรียนไม่สามารถสรุปความถูกต้อง หรือหาเหตุผลสนับสนุนไม่ได้ โดยมีผู้สอนให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่มีข้อขัดแย้ง หรือไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนมีความเห็นว่าข้อคำถามคลุมเครือไม่กระจ่าง ในช่วงท้ายของขั้นตอนการรับประกันความพร้อมของผู้เรียนนี้ ผู้สอนอาจใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที สรุปแนวคิดสำคัญ (mini-lectures) ที่ผู้เรียนขาดความเข้าใจ เพื่อให้ผู้เรียนมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาในขั้นที่ 3

3. การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหา (application of course concepts) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน หลักการของขั้นตอนนี้มี 4 ประการ[6,8-9] ได้แก่ 1) สถานการณ์ที่นำมาให้ผู้เรียนแก้ปัญหาต้องเป็นสถานการณ์สำคัญที่ผู้เรียนจะพบได้ในคลินิกและเป็นคำถามที่ต้องได้คำตอบมาจากการวิเคราะห์อภิปรายภายในทีม 2) แต่ละทีมทำแบบทดสอบที่เหมือนกัน 3) การเลือกคำตอบของแต่ละทีมต้องผ่านการอภิปรายภายในทีมและแสดงคำตอบให้ทุกทีมสามารถเห็นได้ และ 4) การแสดงคำตอบต้องทำพร้อมกันทุกทีม ในขั้นตอนนี้ ผู้สอนออกข้อสอบปรนัยเป็นสถานการณ์ในคลินิกที่ซับซ้อนคล้ายกับปัญหาที่ผู้เรียนสามารถพบได้ในการปฏิบัติงานในคลินิก โดยใช้กรณีศึกษา 1 ราย กับคำถามแบบปรนัย 3-5 คำถาม[7] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการนำไปใช้และการวิเคราะห์ ผู้เรียนทำแบบทดสอบเป็นกลุ่มโดยให้แต่ละทีมช่วยกันอภิปรายค้นหาคำตอบที่ถูกต้อง การที่สมาชิกในทีมมีความเห็นไม่ตรงกันจะเป็นจุดเริ่มต้นของการอภิปรายค้นหาคำตอบ ในขั้นตอนนี้ผู้เรียนสามารถสืบค้นข้อมูลจากตำราและเอกสารเพื่อใช้สนับสนุนคำตอบได้ เมื่อหมดเวลาให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มเสนอคำตอบและเหตุผลพร้อมกันทุกทีม โดยผู้เรียนต้องอธิบายว่าทีมของตนใช้วิธีคิดแก้ปัญหาอย่างไร[9] ความสามารถที่ผู้เรียนให้เหตุผลในการตอบคำถามจะช่วยส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณและอภิปัญญา (metacognition) ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ในระดับที่สูงขึ้น[7] ผู้สอนดำเนินการอภิปรายและแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้เรียนในช่วงสุดท้ายของขั้นตอนนี้ ผู้สอนควรสรุปแนวคิดที่สำคัญให้กับผู้เรียน

ขั้นประเมินผล การประเมินเพื่อนในทีม (peer evaluation) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้แบบทีม เพราะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบของผู้เรียน ส่งเสริมการพัฒนาการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเกิดทักษะการทำงานเป็นทีม ก่อนเรียนผู้สอนสามารถอธิบายให้ผู้เรียนทราบเกี่ยวกับจุดประสงค์และความสำคัญของการประเมินเพื่อนโดยใช้แบบประเมินเพื่อนในทีมที่ทุกคนมีโอกาสประเมินการมีส่วนร่วมของกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกแต่ละคนในทีม เช่น การเตรียมความพร้อมเพื่อทำงานกลุ่ม การมีส่วนร่วมในการอภิปราย การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อทีม การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และความรับผิดชอบ เป็นต้น การประเมินโดยเพื่อนในทีมมีเทคนิคการให้คะแนนหลากหลายเพื่อป้องกันการให้คะแนนที่เท่า ๆ กัน เช่น มีคะแนน 42 คะแนนสำหรับการแบ่งให้สมาชิกในทีม 5 คน หรือกำหนดคะแนนจากสูงไปต่ำสำหรับแต่ละรายการประเมินเพื่อให้ผู้เรียนจัดอันดับสมาชิกทีม 4 คน โดยให้คะแนนจากสูงสุด 6 4 2 และ 0 คะแนนตามลำดับ[8]

บทบาทผู้สอน ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน ผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและ

สนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นผู้นำการอภิปรายในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและมีการโต้ตอบกันด้วยความสบายใจ หากผู้เรียนถามคำถามเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ผู้สอนควรใช้คำถามปลายเปิดกับผู้เรียนที่ช่วยกระตุ้นกระบวนการคิด เช่น ใช้คำถามว่า “ใครจะตอบคำถามนี้ได้” หรือ “จะหาคำตอบนี้ได้จากหนังสือเล่มใด” การเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนชี้นำตนเองและทำงานเป็นทีมจะช่วยส่งเสริมผู้เรียนให้มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะที่สำคัญของผู้สอนคือความสามารถในการสนับสนุนทีมผู้เรียนให้แสดงเหตุผลในระหว่างการอภิปรายทั้งในกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามที่กำหนดไว้

ผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานพบว่า การเรียนแบบทีมเป็นฐานสามารถนำไปใช้ในการเรียนการสอนได้หลากหลายรายวิชา เช่น การประเมินสภาพ พยาธิสรีรวิทยา เภสัชวิทยา และการพยาบาลเกือบทุกสาขาวิชา ผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยพัฒนาคุณลักษณะที่สำคัญของผู้เรียนหลายด้าน ได้แก่ การจดจ่อกับการเรียน การพัฒนาความรู้และทักษะการแก้ปัญหา คุณค่าของทีมและทักษะการทำงานเป็นทีม ความพึงพอใจ และความรับผิดชอบ ดังนี้such as attending class, submitting required work, and following teachers' directions in class.

1. *การจดจ่อกับการเรียน (student engagement)* หรือการยึดมั่นผูกพันกับการเรียน หมายถึง ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเต็มที่ มีความสนใจ ทุ่มเทและพยายามที่จะเรียนรู้ทำความเข้าใจกับการเรียนทั้งในด้านความคิดสติปัญญา ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรมรวมทั้งศึกษาสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้เรียนต้องมีแรงจูงใจ มีความชอบอย่างลึกซึ้ง มีความอยากรู้อยากเห็น มีความสนใจและความใส่ใจในสิ่งที่เรียน[20] ผู้เรียนที่มีการจดจ่อกับการเรียนสูงจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้และมีความกระตือรือร้นในการเรียนรวมถึงเห็นความสำคัญของการเรียนรู้ งานวิจัยที่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความจดจ่อกับการเรียนรู้ ดังเช่นการศึกษาของ Mennenga[11] ที่ศึกษาการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลชุมชน พบว่าผู้เรียน มีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในการเรียนสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และการศึกษาของ Cheng, Liou, Tsai และ Chang[5] ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน (class engagement) หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Currey และคณะ[10] ที่ศึกษาการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานในพยาบาลที่อบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผลการศึกษาพบว่าผู้เรียนมีการจดจ่อกับการเรียนรู้แบบทีมมากกว่าการบรรยาย

2. *ความรู้และทักษะการแก้ปัญหา (knowledge & problem solving skill)* กระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้และมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนจะช่วยผลักดันและจูงใจให้ผู้เรียนพัฒนาความเข้าใจในเนื้อหาสาระรายวิชาก่อนเข้าชั้นเรียน การทำแบบทดสอบรายบุคคลและรายกลุ่มโดยให้สมาชิกในทีมมีการอภิปรายร่วมกันช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจแนวคิดสำคัญที่นำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิก ซึ่งการอภิปรายในทีมอย่างกระตือรือร้นจะเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา โดยเฉพาะการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิกซึ่งผู้เรียนจะพบได้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นการช่วยขยายการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียน[8] ดังการศึกษาของ Hameed และคณะ[21] ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจในนักศึกษาแพทย์ที่เรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและแบบบรรยาย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานทำให้มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ร้อยละ 71.72 ส่งเสริมความเข้าใจให้ดีขึ้นร้อยละ 68.92 เพิ่มการเรียนรู้เชิงลึกร้อยละ 62.06 นอกจากนี้ Siah และคณะ[22] ศึกษาการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เรียนรายวิชาหลักการพยาบาล จำนวน 125 คน พบว่าภายหลังการเรียน ผู้เรียนมากกว่าร้อยละ 70 มีความเห็นว่าการเรียนรู้แบบทีมสามารถส่งเสริมการเรียนรู้และช่วยให้นำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และ การศึกษาของ Kim, Song, Lindquist

และ Kang[13] ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบทีมต่อความสามารถในการแก้ปัญหา ความรู้ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลปี 3 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการแก้ปัญหา และความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Currey และคณะ[10] ที่ศึกษาการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานในพยาบาลที่เข้ารับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีคุณภาพการเรียนรู้ที่ดี มีความสามารถในการให้เหตุผลและการพัฒนาความเป็นวิชาชีพสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Sinthuchai, Ubolwan, Bunsonti และ Rachawat[23] ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบทีมเป็นฐานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเรียนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. คุณค่าของทีมและทักษะการทำงานเป็นทีม (value of team & team working skill) การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ผ่านการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีแรงจูงใจในการเรียนรู้และเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการเรียนรู้[5,10,24] ซึ่งจากการศึกษาของ Park, Kim, Park และ Park[24] ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้เป็นทีมต่อประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมและทักษะการทำงานเป็นทีมในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เรียนรายวิชาการประเมินสภาพ ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้แบบทีม ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยต่อการรับรู้การทำงานเป็นทีมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับทักษะการทำงานเป็นทีมทั้งด้านการปรับตัวและปฏิสัมพันธ์ และการศึกษาของ Cheng, Liou, Tsai และ Chang[5] ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบทีมต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ในวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก ผลการศึกษาพบว่าการเรียนรู้แบบทีมทำให้ผู้เรียนมีความสนใจในการเรียนรู้ รับรู้ในคุณค่าของทีมและมีการเรียนรู้โดยชี้นำตนเองเพิ่มขึ้น

4. ความพึงพอใจของผู้เรียน (student satisfaction) หมายถึงความรู้สึกเชิงบวกกับกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน[19] จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียน พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูง โดยมีปัจจัยที่ทำให้พึงพอใจจากกระบวนการเรียนรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนเรียน เนื้อหาการเรียน การประเมินโดยเพื่อนและกิจกรรมของทีม โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดได้แก่ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเนื้อหาสาระรายวิชาผ่านการทำงานเป็นทีม และกระบวนการแก้ปัญหาในทีมร่วมกัน[19] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการเรียนรู้แบบทีมในรายวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้เรียนพึงพอใจคือ การเรียนรู้เป็นทีม การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการได้รับข้อมูลป้อนกลับจากผู้สอน[18] และการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในการเรียนวิชาพยาธิสรีรวิทยา จำนวน 167 คน ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาร้อยละ 92 มีความพึงพอใจจากกิจกรรมการเรียนที่สนุกสนาน[17]

5. ความรับผิดชอบ (accountability) ผู้เรียนส่วนใหญ่ที่เรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานมีความรับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนมากขึ้น ซึ่ง Branney และ Priego-Hernández[17] ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในการเรียนวิชาพยาธิสรีรวิทยา ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาร้อยละ 93 มีความรับผิดชอบในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และ Mennenga[24] ที่ศึกษาการเรียนรู้โดยการทำงานเป็นทีมจากผู้เรียนสองกลุ่มได้แก่ ปีที่ 1 และปีที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มรายงานความรับผิดชอบในระดับสูงในการเรียนแบบทีมมากกว่าการบรรยาย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน

ผู้เขียนมีประสบการณ์การสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 และ 3 ในหัวข้อการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโลหิตวิทยา และระบบขับถ่ายปัสสาวะ รวมทั้งการนำวิธีการสอนไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมผู้เรียนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเรียนแบบทีมเป็นฐาน จากการศึกษาวิจัยเชิงผสมผสานของผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานของ Sinthuchai และคณะ[23] ซึ่งใช้วิธีสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีผลลัพธ์การเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสนใจ กระตือรือร้นและมีส่วนร่วม

ในการเรียนรู้ 2) ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ 3) การพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม 4) ความรับผิดชอบ และ 5) ความพึงพอใจในการเรียนรู้ ในประเด็นความสนใจกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ผู้เรียนสะท้อนว่า *"การทำข้อสอบด้วยตนเองและทำเป็นทีมทำให้เรามีสมาธิจดจ่ออยู่กับข้อสอบและการค้นหาคำตอบตลอดเวลา ได้คุยกับเพื่อนด้วยเหตุผล ต่างกับการเรียนแบบบรรยาย บางครั้งฟังอาจารย์อยู่ อาจคิดอะไรเพลิน บางทีก็หลุดจากเนื้อหา เพราะเราไม่ได้คิด แต่ฟังอย่างเดียว"* และยังพบข้อมูลที่ผู้เรียนสะท้อนว่า "ทำให้ได้คิดตลอดเวลาไม่น่าเบื่อ ไม่ง่วงนอน ได้วิเคราะห์และร่วมกันคิดกับเพื่อนกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน บางอย่างเราไม่รู้แต่เพื่อนทำให้เรามีความรู้เพิ่มขึ้น" และในประเด็นด้านความรับผิดชอบที่ผู้เรียนมีมากขึ้นซึ่งผู้เรียนได้สะท้อนว่า "หนูสนใจอ่านหนังสือมากขึ้น อยากมีความรู้มาคุยกับเพื่อนบ้าง พอได้อ่านหนังสือทำให้เห็นสถานการณ์แล้วคุ้นเคยมากขึ้นกว่าไม่ได้เตรียมตัวมาเลย" และได้เพิ่มเติมว่า "ความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น คิดว่าตัวเองต้องช่วยทีมให้ได้มากที่สุด ก็เลยอ่านหนังสือก่อนที่จะเข้ากลุ่ม"

จากประสบการณ์การสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานของผู้เขียน มีข้อเสนอแนะที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ดังนี้

1. ห้องเรียน เนื่องจากในขั้นตอนที่ 2 การรับประกันความพร้อมของผู้เรียนโดยการทำแบบทดสอบเป็นกลุ่ม และขั้นที่ 3 การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหา ผู้เรียนสามารถเปิดเอกสาร ตำรา จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อสืบค้นความรู้มาตอบคำถามและแก้ปัญหา ดังนั้นห้องเรียนที่เหมาะสมควรจัดโต๊ะเป็นกลุ่ม ขนาดของโต๊ะเรียนควรมีขนาดใหญ่เพียงพอสำหรับการวางตำราและเอกสารได้โดยให้ผู้เรียนนั่งรอบโต๊ะ

2. ทีมที่เหมาะสม ผู้เขียนสอนนักศึกษาประมาณ 120 คน แบ่งผู้เรียนเป็นทีม ๆ ละ 5 คน โดยทำการคละผลการเรียน แต่ละทีมจะมีลักษณะเหมือนกันคือ มีผู้เรียนที่มีคะแนนสูง ปานกลางและต่ำคละกัน ซึ่งเป็นทีมที่ผู้เรียนสามารถช่วยเหลือกันในการเรียนได้ ทุกคนในทีมมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นในการวิเคราะห์ และอภิปราย การแบ่งทีมควรใช้ทีมเดิมตลอดการทำกิจกรรมเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการตามปัญหาที่พบ ซึ่งข้อดีของการเรียนแบบทีมเป็นฐานคือ ผู้สอน 1 คนสามารถสอนผู้เรียนได้ถึง 120 คน โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้

3. กระบวนการเรียนการสอน ผู้สอนควรจัดทำคู่มือการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานสำหรับผู้เรียน และปฐมนิเทศก่อนการเรียน สำหรับขั้นตอนการเรียน 1) การมอบหมายงานให้ผู้เรียนอ่านตำรา เอกสารก่อนเรียน ผู้สอนควรมอบหมายงานก่อนเรียนประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยเลือกทรัพยากรการเรียนรู้ที่เป็นตำราหลักที่สำคัญให้ผู้เรียน ซึ่งผู้เรียนจะนำเอกสารที่ผู้สอนมอบหมายมาใช้ในการทำแบบทดสอบรายกลุ่มและการแก้ปัญหา 2) การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน ในการสอนระยะเวลา 3 ชั่วโมง ควรออกข้อสอบเพื่อรับประกันความพร้อมของผู้เรียนประมาณ 12-15 ข้อ ขั้นตอนนี้เมื่อผู้สอนตรวจสอบคะแนนของทีมแล้วจะพบเนื้อหาความรู้ที่ผู้เรียนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือไม่เข้าใจ ผู้สอนควรใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในช่วงท้ายสรุปแนวคิดที่ถูกต้องให้ผู้เรียน และในขั้นที่ 3) การประยุกต์ความรู้จากขั้นที่ 1 และ 2 มาใช้แก้ปัญหา ผู้สอนควรออกข้อสอบที่เป็นสถานการณ์การตัดสินใจและการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์ในคลินิก ผู้เขียนใช้กรณีศึกษา 1 กรณี กับคำถามปรนัย 3 คำถาม โดยมีคำตอบแบบ 4 ตัวเลือก (ก, ข, ค, ง) จึงใช้กระดาษ A4 จำนวน 4 สี แทนคำตอบในแต่ละข้อให้กับผู้เรียนในแต่ละทีม เมื่อผู้เรียนยกกระดาษสีแสดงคำตอบพร้อมกันในแต่ละข้อ ผู้สอนจะมองเห็นคำตอบของทุกทีมและพิจารณาได้ว่า แนวคิดใดที่ผู้เรียนยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอที่จะนำความรู้มาใช้แก้ปัญหา ผู้สอนสามารถแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้เรียนได้ทันที ปัญหาอุปสรรคของผู้สอนคือการควบคุมเวลาในช่วงการทำแบบทดสอบรายกลุ่มและการประยุกต์ความรู้มาใช้แก้ปัญหา ผู้สอนจึงต้องควบคุมเวลาและเตือนเวลาที่กำหนดการสิ้นสุดกิจกรรมให้ผู้เรียนทราบเป็นระยะ

4. บทบาทผู้สอน ผู้สอนควรเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ไม่มุ่งเน้นว่าจะสอนอะไรแต่มุ่งที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ได้อย่างไร ให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวก ไม่ตอบคำถามผู้เรียนแต่ใช้คำถามปลายเปิดสะท้อนกลับให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์หาคำตอบต่อไป ผู้สอนสามารถตรวจสอบความก้าวหน้าการเรียนรู้ของทีมโดยเดินไปรอบ ๆ ห้องเรียนและสังเกตการมีส่วนร่วมและการอภิปรายของผู้เรียน ควรสังเกตผู้เรียนได้ว่าเมื่อใดควรเข้าไปช่วยเหลือและเมื่อใดกลุ่มจะได้ข้อสรุปของตนเอง เน้นย้ำผู้เรียนให้หลีกเลี่ยงการใช้ฉันทามติจาก

คะแนนเสียงส่วนใหญ่ ควรพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ได้ฉันทามติผ่านการอภิปราย ผู้สอนสามารถกระตุ้นให้มีการอภิปรายได้หลายโอกาสเช่น การจูงใจผู้เรียนที่ไม่แสดงความคิดเห็นให้มีส่วนร่วมในการอภิปรายในทีมและระหว่างทีมด้วยคำถามที่ไม่คุกคามและกระตุ้นให้ทีมอื่น ๆ ขยายความคิดต่อหรือให้ทีมที่ตอบคำถามในการทดสอบรายกลุ่มและการแก้ปัญหาถูกต้องอธิบายเหตุผลในการเลือกคำตอบนั้น

5. การประเมินผล การเรียนแบบทีมให้ความสำคัญกับการประเมินเพื่อนในทีม ผู้สอนควรอธิบายถึงประโยชน์และความสำคัญของการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยการประเมินเพื่อนในทีมที่เหมาะสม ธรรมชาติของผู้เรียนคือไม่กล้าประเมินเพื่อนต่ำแต่จะให้คะแนนมากเท่า ๆ กัน หรือไม่แตกต่างกัน ผู้เขียนจึงใช้เทคนิคการกำหนดคะแนนให้แตกต่างกันในแต่ละหัวข้อของการประเมิน เช่น มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ให้ผู้เรียนประเมินเพื่อน 4 คน โดยประเมินคะแนนเรียงลำดับจาก 10, 8, 6 และ 4 สำหรับการประเมินผลรายวิชาเพื่อให้เกรดนอกจากคะแนนที่ได้จากการประเมินเพื่อนและการสอบปลายภาค ควรนำคะแนนทั้งแบบทดสอบรายบุคคลและรายกลุ่มมาเป็นส่วนหนึ่งของคะแนนเก็บรายวิชาแต่ไม่ต้องมาก เพราะใช้เป็นเพียงแรงจูงใจที่ทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนเพิ่มขึ้น

6. การประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้เขียนนำการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ โดยขั้นที่ 1 ในวันปฐมนิเทศการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สอนมอบหมายงานให้ผู้เรียนอ่านตำรา เอกสารที่เป็นวัตถุประสงค์ของการฝึกปฏิบัติ ขั้นที่ 2 ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบรายบุคคลซึ่งเป็นข้อสอบปรนัยที่มีเนื้อหาสอดคล้องและครอบคลุมกับวัตถุประสงค์รายวิชาประมาณ 20 ข้อ หลังจากนั้นทำแบบทดสอบรายกลุ่ม และขั้นที่ 3 ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหากับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในคลินิก ผลการนำไปใช้ผู้เรียนมีความพึงพอใจในการเรียนรู้มาก

บทสรุป

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน เป็นกลยุทธ์การเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สามารถนำมาใช้ได้สำหรับห้องเรียนขนาดใหญ่ที่มีผู้เรียนมากกว่า 100 คน โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ผ่านกระบวนการเรียนการสอน 3 ขั้นตอน โดยขั้นแรกเกิดขึ้นนอกห้องเรียน ผู้เรียนต้องรับผิดชอบอ่านตำราและเอกสารที่ได้รับมอบหมายเพื่อนำความรู้มาทำแบบทดสอบทั้งรายบุคคลและเป็นทีม เพื่อเป็นการรับประกันความพร้อมของผู้เรียนที่จะนำความรู้ ความเข้าใจมาใช้แก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิกขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นขั้นตอนการเรียนที่สำคัญที่สุด หลังจากนั้นผู้เรียนจะประเมินเพื่อนในทีม ผู้สอนจะเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้และส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง กระบวนการทั้งหมดเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนและจดจ่ออยู่กับการเรียน ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ได้จากการเรียนแบบทีมเป็นฐาน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 หลายด้าน ได้แก่ ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม รวมทั้งความรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

References

1. Panich V. Creating learning into the 21st century. Bangkok: S. Charoen Printing; 2013. (in Thai).
2. Ministry of Education. Qualifications Framework for Nursing Science Program 2017. Available from http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/data6/. (in Thai).
3. Morris J. Implementation of a team-based learning course: work required and perceptions of the teaching team. Nurse Education Today 2016;46:146–50.
4. Medina MS, Conway SE, Davis-Maxwell TS, Webb R. The impact of problem solving feedback on team-based learning case responses. American Journal of Pharmaceutical Education 2013;77(9):189–94.
5. Cheng CY, Liou SR, Tsai HM, Chang CH. The effects of team-based learning on learning behaviors in the maternal-child nursing course. Nurse Education Today 2014;34(1):25–30.
6. Parmelee D, Michaelsen LK, Cook S, Hudes PD. Team-based learning: A practical guide: AMEE guide no. 65. Medical Teacher 2012;34(5):e275–e287.
7. Farland MZ, Sicat BL, Franks AS, Pater KS, Medina MS, Persky AM. Best Practices for Implementing Team-Based Learning in Pharmacy Education. American Journal of Pharmaceutical Education 2013;77(8):Article 177.
8. Whitley HP, Bell E, Fuentes DG, Helms KL, Maki DE. Practical team-based learning from planning to implementation. Journal of Pharmaceutical Education 2015;79(10):Article 149:1-8.
9. Michaelsen LK, Sweet M. Team -based learning. Wiley Online Library 2011; 128:41-51.
10. Currey J, Oldland E, Considine J, Glanville D, Story I. Evaluation of postgraduate critical care nursing students' attitudes to, and engagement with, team-based learning: a descriptive study. Intensive and Critical Care Nursing 2015;31(1):19–28.
11. Mennenga HA. Student engagement and examination performance in a team based learning course. Journal of Nursing Education 2013;52(8):475-79.
12. Branson S, Boss L, Fowler DL. Team-based learning: Application in undergraduate baccalaureate nursing education. Journal of Nursing Education and Practice 2015;6(4): 59-64.
13. Kim H, Song Y, Lindquist R, Kang H. Effects of team-based learning on problem-solving, knowledge and clinical performance of Korean nursing students. Nurse Education Today 2016;38:115-18.
14. Ofstad W, Brunner LJ. Team-based learning in pharmacy education. American Journal of Pharmaceutical Education 2013;77(4):1–11.
15. Park H, Kim C, Park J, Park E. Effects of team-based learning on perceived teamwork and academic performance in a health assessment subject. Collegian 2015;22:299-305.
16. Dearnley C, Rhodes C, Roberts P, Williams P, Prenton S. Team based learning in nursing and midwifery higher education; a systematic review of the evidence for change. Nurse Education Today 2018;60:75-83.

17. Branney J, Priego-Hernández J. A mixed methods evaluation of team-based learning for applied pathophysiology in undergraduate nursing education. Nurse Education Today 2018;61(4):127-33.
18. Roh YS, Lee SJ, Dongwon C. Learner perception, expected competence, and satisfaction of team-based learning in Korean nursing students. Nursing Education Perspectives 2015; March- April:118-120.
19. Roh YS, Lee SJ, Ennenga H. Factors influencing learner satisfaction with team-based learning among nursing students. Nursing & Health Science 2014;16:490-97.
20. Kelly PA, Haidet P, Schneider V, Searle N, Seidel CL, Richards BF. A comparison of in-class learner engagement across lecture, problem-based learning, and team learning using the STROBE classroom observation tool. Teaching and Learning in Medicine 2010;17(2):112–8.
21. Hameed S, Khalid T, Aslam S, Ahmad M, Farhan F, Batool Z, Hamid S. Team based learning in pathology: Effect on test scores and student satisfaction. Pakistan Armed Forces Medical Journal 2017;67(3):423-8.
22. Siah C, Lim F, Lim A, Lau S, Tam W. Efficacy of team-based learning in knowledge integration and attitudes among year-one nursing students: A pre- and post-test study. Collegian 2019;(26): 556-61.
23. Sinthuchai S, Ubolwan K, Bunsonti N, Rachawat, W. (2019). Effects of team- based learning on problem-solving ability and teamwork perceptions of nursing students: mixed-method research. Journal of Nursing and Health Science 2019;13(3):37-49. (in Thai).
24. Mennenga HA. Time to adjust, team-based learning 2 years later. Nurse Educator 2015;40(2):75–8.

บทความวิชาการ

นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล: จุดเปลี่ยนที่ท้าทายในการจัดการเรียนการสอน

Innovation and Creative Work in Nursing: A Challenging Turning Point in Teaching and Learning

Received: May 13, 2020
Revised: Jun 27, 2020
Accepted: Aug 1, 2020

ดวงเนตร ธรรมกุล ค.ด. (Doungnetre Thummakul, Ph.D.)[1]
มาสริน ศุกลปักษ์ ปร.ด. (Masarin Sukolpuk, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและท้าทายเนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของบุคคล จากสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ระบบโครงสร้างครอบครัวที่เล็กลง รวมถึงการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศด้านพัฒนาการศึกษา จึงเป็นจุดเปลี่ยนของการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ ในการพัฒนาโครงสร้างหลักสูตรให้ตอบสนองความต้องการของสังคม นำสู่การทำงานได้จริง และบัณฑิตมีสมรรถนะของการทำงานและการใช้ชีวิตในศตวรรษที่ 21 จากแนวคิด Thailand 4.0 ที่จะพัฒนาโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ “value-based economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” โดยเฉพาะการต่อยอดและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ เทคโนโลยีการแพทย์ การจัดกระทำให้บัณฑิตเรียนรู้กระบวนการวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล จะช่วยพัฒนาสมรรถนะทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม การส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นนวัตกรรม ได้แก่ การสำรวจโอกาส สร้างความคิด ค้นหาความคิด สื่อสารความคิด ส่งเสริมความคิด สนับสนุนความคิด ซึ่งอาจใช้แอปพลิเคชันมาช่วย และพฤติกรรมการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ เป็นทักษะที่จำเป็นและสำคัญในการพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ สำหรับกระบวนการแปลงแนวความคิดให้ออกมาเป็นรูปธรรมชิ้นงานที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้นั้น ต้องได้รับความคุ้มครองผ่านการจดทะเบียนสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตรก่อนนำไปเผยแพร่ เพื่อประโยชน์ของผู้คิดค้นทางด้านการสร้างองค์ความรู้ ประโยชน์เชิงพาณิชย์ และมีความเป็นเจ้าของในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยโลกแห่งอนาคตจะเป็นการแข่งขันกันสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความสุขภายใต้สุขภาพของแต่ละช่วงวัยอย่างแน่นอน

คำสำคัญ: นวัตกรรม, งานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล, จุดเปลี่ยนที่ท้าทาย, การจัดการเรียนการสอน

[1]Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต Email: doungnetre_thu@dusit.ac.th
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: sukolpuk@yahoo.com
[1] Suan Dusit University, Bangkok, Thailand,
[2] Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

Innovation and creative works in nursing is important and challenging, because life style changes for individual caused by a condition where changes occur constantly, such as smaller family or promotion of education is a turning point for nurse school curriculum. To create a curriculum that answers social demands, be practical and produce graduates that can work and live in the 21th century. The concept of Thailand 4.0 will develop economy into "value-based economy" or "economy based on innovation" especially the development of medical technology. So, having graduates study research method, innovation and creative work in nursing will improve their ability to think thoughtfully, solve problems and think creatively and innovatively. Promotion of innovative behavior—such as opportunity exploration, idea generation, idea search, idea communication, idea promotion, championing which may be assisted by application—and behavior to overcome challenges, which are essential and important skills to improve quality of hospital and patients' safety. For innovative thoughts to become a physical product that can be put in to use, it has to go through patent registration before publishing, for the inventor's benefits, commercial benefits and a period of ownership. In the future, there will definitely be competition to produce nursing innovation to improve individual life and health.

Keywords: innovation, creative work in nursing, challenging turning point, teaching and learning

บทนำ

การขับเคลื่อนและปฏิรูปประเทศจากการพัฒนาระบบการศึกษาเป็นสิ่งที่จำเป็น ภายใต้กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการส่งเสริม สนับสนุน และกำกับการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ การวิจัยและการสร้างสรรค์ เพื่อให้การพัฒนาประเทศเท่าทันการเปลี่ยนแปลงโลก[1] ดังนั้นหลักสูตรที่เปิดสอน ควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัย ตอบสนองความต้องการของสังคม และนำไปใช้ในการทำงานได้จริง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เป็นหลักสูตรทางวิชาชีพหรือปฏิบัติการระดับปริญญาตรี 4 ปี ได้ทำการปรับปรุงหลักสูตรเมื่อปี 2560 ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 โดยผ่านการรับรองและควบคุมมาตรฐานวิชาชีพจากสภาการพยาบาล[2] โดยเริ่มใช้เมื่อภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ได้กำหนดว่าบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชนตั้งแต่แข็งแรงจนกระทั่งเจ็บป่วย ด้วยความมีจรรยาบรรณวิชาชีพและความเท่าเทียมกันของคุณค่าชีวิตมนุษย์ ทำให้การจัดการเรียนการสอนต้องยึดเพื่อให้มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้รับบริการสุขภาพ[3]

การพัฒนาบัณฑิตให้สอดคล้องกับแนวคิดในยุค Digital Disruption ต้องอาศัยวิธีการจัดการเรียนการสอนและปัจจัยสนับสนุนในการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่ระบุหลักสูตรดังกล่าวสอดคล้องกับสมรรถนะของการทำงานและการใช้ชีวิตในศตวรรษที่ 21 ซึ่งมักเรียกย่อ ๆ ว่า 3R + 7C ประกอบด้วย ความสามารถในการอ่าน (Reading) ความสามารถในการเขียน ((W) Riting) ความสามารถทางคณิตศาสตร์ ((A) Rithemetics) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) ทักษะ

การคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity and innovation) ทักษะความเข้าใจต่างวัฒนธรรม (Cross-cultural understanding) ทักษะความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม และมีภาวะผู้นำ (Collaboration, teamwork and leadership) ทักษะการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อ (Communications, information, and media literacy) ทักษะคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Computing and ICT literacy) ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ (Career and learning skills)[4] ด้วยความต้องการพยาบาลวิชาชีพ ที่จัดอยู่ 1 ใน 5 กลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมาย คือ กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตามแนวคิด Thailand 4.0 ที่จะพัฒนาโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ “value-based economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” ที่จะช่วยขับเคลื่อนประเทศด้วยนวัตกรรมต่อไป[5] โดยเฉพาะการต่อยอดและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ เทคโนโลยีการแพทย์ สำหรับการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศมีแนวโน้มที่มากขึ้น แต่นวัตกรรมด้านการศึกษาการพยาบาลยังสร้างโปรแกรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนวัตกรรมได้ไม่มากนัก มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้มาตรฐานการรับรองคุณภาพเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนวัตกรรม ซึ่งนักการศึกษาพยาบาลสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มโปรแกรมการเรียนการสอนให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้[5] นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้มีการแบ่งปันความรู้และฝึกทำนวัตกรรม จะช่วยให้บทบาทการเป็นผู้นำตนเอง (self-leadership) เพิ่มมากขึ้น และช่วยพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เป็นนวัตกรในอนาคตได้[6] ดังนั้น การพัฒนานวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาลผ่านการเรียนการสอนในรายวิชา จึงเป็นหนึ่งในแนวทางการพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะตามที่หลักสูตรกำหนด ในการเขียนบทความครั้งนี้ ผู้เขียนมีประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนของทั้ง 2 รายวิชา คือ วิชาวิจัยและนวัตกรรม และวิชานวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ และเกิดการเรียนรู้ทั้งของผู้สอนและผู้เรียนทางการพยาบาล ดังจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล

นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ เกิดจากแนวคิดหลักอยู่ 3 ประการคือ การสร้างสรรค์ (creativity) วิธีการใหม่/การเปลี่ยนแปลงใหม่ (innovation) และการประดิษฐ์ (invention) เป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้องค์กรเติบโตและพัฒนางานสำหรับการพยาบาล นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์เป็นการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาหรือประดิษฐ์สิ่งใหม่ ๆ ที่มีคุณค่า (value creation) และมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ชุมชนและสังคม เช่น บริการ ผลิตภัณฑ์ หรือกระบวนการใหม่ ๆ (service, product, process) เป็นต้น โดยผลผลิตต้องออกมาเป็นรูปธรรม เป็นการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ ออกมา รวมถึงต้องมีการลงทุน (ในรูปความคิด งบประมาณ เวลาที่ใช้) และในขณะพัฒนานวัตกรรมนวัตกรต้องคำนึงถึงประเด็นที่สำคัญดังนี้

1) การควบคุมความเสี่ยงของนวัตกรรมอย่างรอบด้าน เพื่อให้นวัตกรรมมีความคุ้มค่า คุ้มทุน และเกิดประโยชน์ในการนำไปใช้ได้จริง ซึ่งพยาบาลสามารถสร้างนวัตกรรมเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทุกวัน เพื่อที่จะเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหรือเพื่อนร่วมงานมีความสะดวกสบายมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยต้องหาวิธีการ วัสดุ และเวลาในการสร้างงานวิจัยและนวัตกรรม[7] ดังเช่นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ได้รับอิทธิพลจากความก้าวหน้าด้านสารสนเทศและไอทีประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้นำทางการพยาบาลได้ใช้บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพและด้านดิจิตอลอื่น ๆ มาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการและสร้างสรรค์นวัตกรรมในการควบคุณคุณภาพของทีมพยาบาล[8]

2) มีแผนที่ทางเดินสำหรับการสร้างสรรค์นวัตกรรม เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้นำทางการพยาบาลได้นำไปใช้[9] บนความเชื่อว่าคุณลักษณะของนวัตกรรมเกิดจากการคิดที่แตกต่าง (divergent thinking) คำนึงถึงความเสี่ยง (risk taking) อดทนต่อความล้มเหลว (failure tolerance) มีความคล่องตัวและความยืดหยุ่น (agility and flexibility) และ มีอัตลักษณ์และอิสระ (autonomy and freedom) ดังนั้น ในการสร้างสรรค์นวัตกรรมอาจจะเกิดได้จากองค์ประกอบเหล่านี้ คือ ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงาน (employee feedback) การมอบหมายบทบาทงาน (role filling) การสร้างแบบจำลองบทบาท (role modeling) ความผูกพันของพนักงาน (employee

engagement) การศึกษาที่สูงขึ้น เวลาที่กำหนด มีเทคโนโลยีสนับสนุน มีรางวัลเป็นตัวกระตุ้น มีแนวทาง/วิธีการดำเนินงาน มีงบประมาณ และภาวะผู้นำที่ส่งเสริมให้ทำ ซึ่งในการจัดทำนวัตกรรมนั้น ควรทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยสมาชิกในทีมที่ไม่หลากหลายมากเกินไป มีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิผล มีกิจกรรมในการทำร่วมกัน ระหว่างทำต้องมีการหยุดชั่วคราวและหยุดพัก เพื่อทบทวน และต้องมีการพัฒนาชุดทักษะให้เกิดขึ้น จึงจะทำให้มีนวัตกรรมเกิดขึ้นได้ ปัจจุบันระบบสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริการมีการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ใช้การขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ดังนั้นสถาบันการปรับปรุงการดูแลสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา (the Institute for Healthcare Improvement: IHI) ได้วางกรอบเป้าหมายของการทำนวัตกรรมใหม่อยู่ 3 ประการ คือ การปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งคุณภาพและความพึงพอใจ) การปรับปรุงสุขภาพของประชาชน และการลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพต่อหัวลง[10] และแนะนำให้ผู้นำทางการพยาบาลดำเนินการจัดทำนวัตกรรมตามแผนที่ทางเดินที่กล่าวมาข้างต้น ในอนาคตของการดูแลสุขภาพ การขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมการดูแล ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องที่ท้าทาย สำหรับพยาบาลในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นอย่างยิ่ง

จุดเปลี่ยนที่ท้าทาย

ความพยายามในการนำแนวคิดการสร้างสรรค์งานนวัตกรรมผ่านหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้งานวิจัยและนวัตกรรมเกิดขึ้นจริงในหลักสูตรทางการพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แนวทางใหม่ในการวิจัยการพยาบาล ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้และมีส่วนร่วมของนักศึกษาในกระบวนการวิจัยทั้งหมด ตั้งแต่การคิดโครงงานไปจนถึงการเผยแพร่ ใช้กรอบแนวคิดหลักการปฏิบัติที่ดี [7] ขั้นตอนเป็นกลยุทธ์ในการสอนให้เกิดนวัตกรรม นักศึกษาจะทำงานร่วมกันใน 4 ภาคการศึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาในหัวข้อที่สนใจ และใช้แนวทาง 6 องค์ประกอบของหลักสูตร ได้แก่ แนวคิดการวิจัยที่ขับเคลื่อนด้วยนักศึกษา การเขียนโครงการวิจัย กระบวนการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเผยแพร่ ที่ทำให้เกิดนวัตกรรม ทำให้นักศึกษามีความกระตือรือร้น เพราะประสบการณ์ในการทำวิจัยถูกท้าทายจากสิ่งที่นักศึกษากังวลเปลี่ยนเป็นสิ่งที่นักศึกษาสามารถทำได้ นักศึกษาพอใจในกระบวนการให้คำปรึกษาและการทำงานร่วมกัน ทำให้นักศึกษาได้รับทักษะและความมั่นใจในการดำเนินการวิจัยของตนเองภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดแรงผลักดัน และให้ประสบการณ์เชิงปฏิบัติในการเป็นนักวิจัยทางการพยาบาล[11] อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้แก่พยาบาลรุ่นใหม่เพื่อเป็นผู้คิดค้นนวัตกรรมและเป็นตัวแทนการเปลี่ยนแปลงกับพยาบาลกว่า 4 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาภายใต้สภาพแวดล้อมด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงมีการส่งต่อข้อเสนอให้คณะพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาตรีต้องมีหลักสูตรแกนกลางให้ความรู้กับนักศึกษาเรื่องหลักการที่สำคัญของนวัตกรรม และให้นักศึกษาเป็นผู้ริเริ่มทำโครงการนวัตกรรมการดูแลสุขภาพในหลักสูตร เพราะพยาบาลจบใหม่จะต้องจัดทำนวัตกรรมเพื่ออำนวยความสะดวกและยกระดับผลลัพธ์ในการดูแลผู้รับบริการให้ดีขึ้น ผู้สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่ประเมินผลว่าสามารถใช้หลักการด้านนวัตกรรมที่ได้เรียนรู้มา รวมทั้งให้คะแนนตนเองเรื่องการรับรู้ความสามารถด้านนวัตกรรมในระดับสูง และพบว่าผู้สำเร็จการศึกษาที่มีคะแนนนวัตกรรมสูงมีแนวโน้มในการทำนวัตกรรมได้มากกว่า ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมพยาบาลในอนาคตให้เป็นนักประดิษฐ์และตัวแทนการเปลี่ยนแปลงต่อไป[12]

สำหรับการปรับหลักสูตรให้เกิดรายวิชานวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ซึ่งเรียนรุ่นแรกในปีการศึกษา 2562 โดยผ่านการเรียนรายวิชาวิจัยและนวัตกรรมมาก่อนนั้นพบว่า ความสามารถในการใช้กระบวนการวิจัยในการต่อยอดมาสร้างสรรค์งานนวัตกรรมสามารถทำได้ดี มีความเป็นเหตุผล และหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ดี โดยผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนเชิงคุณภาพ พบว่า ทำให้นักศึกษาคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลได้และสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลที่หลากหลายในการทำชิ้นงานนวัตกรรมโดยใช้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้ และจากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่ากิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษาทำงานร่วมกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการประเมินสูงสุดอยู่ในระดับดี 4.27 (SD. = 0.67) รองลงมา คือ ส่งเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และส่งเสริม

ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการประเมินสูงสุดอยู่ในระดับดี 4.17, 4.08 (SD. = 0.72, 0.77) ตามลำดับ ซึ่งคุณลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นทักษะส่วนหนึ่งที่จำเป็นของคนในศตวรรษที่ 21[3]

จุดเด่นของวิชาชีพพยาบาลคือสามารถเข้าถึงและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นข้อได้เปรียบของการทำงานสร้างสรรค์นวัตกรรม พยาบาลเหมาะที่จะเป็นผู้นำของการเปลี่ยนแปลงการกระทำและผลลัพธ์ของการปรับปรุงใหม่ (novation dynamic) รวมถึงได้ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการการดูแลสุขภาพ เชื่อมต่อนักธุรกิจ ผู้ประดิษฐ์นวัตกรรม และผู้ป่วย[13] วิชาชีพการพยาบาลมีมุมมองที่เป็นเอกลักษณ์ในการทำความเข้าใจกับปัญหาด้านการดูแลสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมในปัจจุบันที่มีความซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพจะต้องเกิดจากแรงบันดาลใจและจุดประกายให้กับสมาชิกทุกคนในทีมสุขภาพ[14] นับเป็นความท้าทายในการผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณลักษณะของผู้คิดค้นนวัตกรรมและเป็นตัวแทนการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นนวัตกรรมควรผ่านจากภาวะผู้นำของผู้บริหารและการจัดการด้านการพยาบาลที่มีเป้าหมาย[15]

ดังนั้นเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงโลกในยุคปัจจุบัน การสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพ ตั้งแต่นวัตกรรมส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และรักษาพยาบาล จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในการปรับปรุงให้หลักสูตรมีการส่งเสริมทักษะในการทำวิจัยและสร้างสรรค์นวัตกรรมที่มีประสบการณ์จริง โดยการใช้รูปแบบการเรียนการสอนเชิงรุก กระตุ้นการคิด สนับสนุนส่งเสริมต่อยอดความคิดสร้างสรรค์ และเอื้ออำนวยความสะดวกให้แนวความคิดนั้นแปรรูปออกมาเป็นรูปธรรมชิ้นงานหรือกระบวนการแนวทางที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ต่อไป

ประสบการณ์จากการทำนวัตกรรม

จุดเริ่มของการสร้างสรรค์นวัตกรรม เกิดจากปัญหาหรือความต้องการที่จะสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ง่ายต่อการเข้าใจ สืบเนื่องจากผู้ป่วยบางโรคหาตัวอย่างได้น้อยในหอผู้ป่วย จากระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล สามารถให้ยาทางหลอดเลือดดำแบบไป-กลับบ้านได้ ดังนั้นชิ้นงานนวัตกรรม ‘smart model CAPD’ หรือชื่อภาษาไทยว่า “หุ่นจำลองล้างไตผ่านทางหน้าท้อง” จึงได้ถูกสร้างต่อยอดจากนวัตกรรมหนูน้อยพิทักษ์ไตของ จันทร์เพ็ญ คำสุโพธิ์[16] โดยเพิ่มเติมให้สามารถเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตได้จริง และทำให้เห็นลักษณะของน้ำยาล้างไตที่ผิดปกติ คือขุ่น ซึ่งแสดงถึงมีการติดเชื้อเกิดขึ้น รวมถึงมีเสียงเตือนให้ผู้ทำล้างมือก่อนทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันการติดเชื้อ นวัตกรรมที่สร้างขึ้นมาใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนสำหรับการเตรียมความพร้อมแก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถสอนและฝึกทักษะให้แก่พยาบาลจบใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ชิ้นงานนวัตกรรม ‘smart model CAPD’ มีความก้าวหน้า เนื่องจากมีการทำงานเป็นทีม และปรึกษากันภายในกลุ่ม มีการทดลองเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตจากหุ่นอยู่หลายรอบ เพื่อให้เกิดความเสมือนจริงมากที่สุด การทดสอบมีหลายรอบ และปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่ได้รับข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้ชิ้นงานนวัตกรรม ‘smart model CAPD’ และนำมาทดสอบประสิทธิผลของ “smart model CAPD” ต่อระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติการล้างไตผ่านทางหน้าท้องของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 โดยใช้การทดลองแบบสุ่ม 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้ (randomized control trial two groups pretest posttest design) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการล้างไตผ่านทางหน้าท้องของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงคู่เดียว ($p<.05$) นั่นแสดงถึง การใช้ ‘smart model CAPD’ สามารถทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจ และมีทักษะในการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการล้างไตผ่านทางหน้าท้องก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการล้างไตผ่านทางช่องท้องของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้ทักษะที่เกิดขึ้นจะช่วยให้นักศึกษาลดความวิตกกังวล มีความรู้และมั่นใจในการให้การพยาบาล และลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ หากผู้ใช้ได้ทดลองใช้นวัตกรรมจนชำนาญจะช่วยจัดการแก้ไขปัญหาในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[17] ในการสร้าง

นวัตกรรมต้องทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความอยากรู้อยากเห็นเพิ่มมากขึ้น เพราะพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสร้างสรรค์นวัตกรรมและความอยากรู้อยากเห็น หากอาจารย์พยาบาลมุ่งเพิ่มความอยากรู้อยากเห็นจะสามารถปรับปรุงความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างผลิตภัณฑ์ที่เป็นนวัตกรรมได้มากขึ้น และมีความสามารถในการคิดวิจารณญาณมากขึ้น[18]

พฤติกรรมของคนที่มีแนวคิดในการทำนวัตกรรม คือ จะสำรวจโอกาส สร้างความคิด ค้นหาความคิด สื่อสารความคิด ส่งเสริมความคิด สนับสนุนความคิด และเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมของนวัตกรเหล่านี้มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรและประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล[15] ดังนั้นการจัดการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์นวัตกรรมควรได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง นอกจากนี้การส่งเสริมการเรียนรู้ให้นักศึกษาพยาบาลสร้างสรรค์นวัตกรรม ยังก่อให้เกิดการแบ่งปันความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้และพฤติกรรมการทำงานนวัตกรรม โดยมีลักษณะความเป็นผู้นำของตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านหรือตัวแปรคั่นกลางในระดับสูง[6] (self-leadership fully mediate the relationship)

เบื้องหลังความสำเร็จของการสร้างสรรค์ชิ้นงานนวัตกรรมทางการพยาบาล หากมีเครือข่ายบุคลากรที่มีความสามารถทางช่างกลและเครื่องยนต์จะช่วยในการประดิษฐ์กลไกในการทำงานของนวัตกรรม ‘smart model CAPD’ ได้ดีและปรับให้ นวัตกรรม ‘smart model CAPD’ เป็นอุปกรณ์ที่มีความคงทนมากขึ้นได้ รวมทั้งการได้รับแรงเสริม แรงกระตุ้นและการสอนให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ของครูพยาบาลจะสามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความคิดสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น ซึ่งครูมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา จากการทดลองให้ครูพยาบาลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการโมดูลความคิดสร้างสรรค์ (a teaching for creativity module [TCM]) โดยได้รับการสอน 2 ระยะจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาการออกแบบอุตสาหกรรมที่แตกต่างจากทักษะวิชาชีพพยาบาล ระยะแรกเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการการสอนความคิดสร้างสรรค์ 2 วัน ตามด้วยการเสริมทักษะความคิดสร้างสรรค์ในห้องเรียนด้านการพยาบาลและการออกแบบควบคู่กันเป็นเวลา 6 ชั่วโมง สำหรับหลักสูตร 18 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับการจัดกระทำนี้ทำให้ครูกลุ่มทดลองจำนวน 21 คนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสอนเชิงสร้างสรรค์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนความคิดสร้างสรรค์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[19] ดังนั้นการประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมการเรียนรู้ความคิดสร้างสรรค์ด้านการสอนแบบสหวิทยาการให้กับครูมีความสำคัญและจำเป็นควรได้รับการบูรณาการไว้ในหลักสูตร เพื่อส่งเสริมให้ครูสามารถสอนให้นักศึกษาเกิดความคิดสร้างสรรค์และสร้างสรรค์นวัตกรรมต่อไปได้

ในการสร้างนวัตกรรม ‘smart model CAPD’ มีปัญหาอุปสรรคทางด้านเทคนิคช่างกลและเครื่องยนต์ในการประดิษฐ์กลไกในการทำงานของนวัตกรรม ดังนั้นการใช้เครือข่ายภายในสถาบันหรือภายนอกสถาบันการศึกษาที่มีลักษณะวิชาชีพที่แตกต่างจากวิชาชีพพยาบาล จะช่วยลดปัญหาของการทำชิ้นงานนวัตกรรมได้ และอีกประเด็นที่ไม่ควรละเลยคือ การจดสิทธิบัตรหรืออนุสิทธิผลงานนวัตกรรม ซึ่งจะขอกล่าวถึงรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นการจดอนุสิทธิบัตร นอกจากการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงแล้ว ประเด็นการจดทะเบียนสิทธิบัตร หรืออนุสิทธิบัตรเป็นสิ่งที่นักนวัตกรรม/นักประดิษฐ์ควรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดำเนินการจดทะเบียนสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตรได้ ก่อนที่จะนำชิ้นงานไปเผยแพร่ เพราะหากชิ้นงานได้นำไปเผยแพร่แล้ว อาจส่งผลต่อการไม่รับจดทะเบียนสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตรได้ การจดทะเบียนสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตรต้องยื่นต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ โดยมีขั้นตอน[20] ดังนี้

1. การตัดสินใจเลือกรูปแบบการขอรับความคุ้มครอง นักวิจัยหรือผู้คิดค้นต้องตัดสินใจก่อนว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นมาเป็นแบบใด โดยสิ่งที่สร้างขึ้นมาหากเป็นการคิดค้นที่ก่อให้เกิดลักษณะใหม่ที่มีหน้าที่การทำงาน หรือประโยชน์ใช้สอย เช่น ชิ้นงานนวัตกรรม ‘smart model CAPD’จะเรียกว่าเป็นการประดิษฐ์ไม่ใช่การออกแบบผลิตภัณฑ์ จากนั้นต้องสินใจอีกว่าควรที่จะขอรับความคุ้มครองสิทธิบัตรการประดิษฐ์หรืออนุสิทธิบัตร ในกรณีนี้ สิ่งประดิษฐ์ที่มีเทคนิคที่ไม่ซับซ้อน แต่เป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ จึงขอรับความคุ้มครองแบบอนุสิทธิบัตร ซึ่งจะมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ควรนำมาพิจารณาในการขอรับความคุ้มครอง เช่น ค่าธรรมเนียมที่ถูกกว่า อายุการคุ้มครอง

ขั้นตอนการจดทะเบียนที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นต้น ซึ่งผู้ขออาจจะนำมาประกอบการพิจารณาเลือกว่าจะยื่นคำขอแบบใด

2. ขั้นตอนการจดทะเบียน ต้องยื่นคำขอรับสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร หรือสิทธิบัตรการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้ตรงกับสิ่งที่นักวิจัยหรือผู้คิดค้นต้องการขอพร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียม ซึ่งสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ www.ipthailand.go.th/th/คู่มือ-คำแนะนำ-ขั้นตอน-สิทธิบัตร/item/ขั้นตอนการจดทะเบียนสิทธิบัตร-อนุสิทธิบัตร.html สำหรับชิ้นงานนวัตกรรม 'smart model CAPD' ได้ยื่นขอรับอนุสิทธิบัตร โดยได้รับความช่วยเหลือจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ทำให้ขั้นตอนในการดำเนินการมีความสะดวกมากขึ้น สิ่งที่นักวิจัยหรือผู้คิดค้นนวัตกรรมจะต้องยื่นคำขอ ประกอบด้วย 1) แบบพิมพ์คำขอรับสิทธิบัตร แบบสป/สผ/อสป/001-ก 2) รายละเอียดการประดิษฐ์ ที่มีหัวข้อครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด 3) ข้อถือสิทธิ 4) บทสรุปการประดิษฐ์ 5) รูปเขียน ต้องระบุจำนวนให้ชัดเจน และ 6 เอกสารอื่น ๆ ในกรณีชิ้นงานนี้ เป็นหนังสือมอบอำนาจ โดยทีมผู้วิจัยหรือผู้คิดค้นชิ้นงานนี้ ได้ทำหนังสือโอนสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาให้กับมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยหรือผู้คิดค้นชิ้นงานจะต้องไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสารอันเกี่ยวกับผลงานภายใต้สัญญานี้ ไม่ว่าจะโดยวิธีการใด ก่อนการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา เว้นแต่จะได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทางมหาวิทยาลัยก่อน โดยค่าธรรมเนียมการยื่นจดอนุสิทธิบัตรนั้นทางมหาวิทยาลัยเป็นผู้รับผิดชอบ

ในฐานะนักวิจัยหรือผู้คิดค้นสร้างสรรค์ชิ้นงานนวัตกรรม ต้องคำนึงถึงประเด็นการจดทะเบียนสิทธิบัตร หรืออนุสิทธิบัตร ก่อนที่จะนำชิ้นงานไปนำเสนอในเวทีต่าง ๆ เพราะเมื่อท่านเผยแพร่ไปแล้ว ชิ้นงานนั้นอาจจะไม่เป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ และหากมีชิ้นงานที่เหมือนกันเกิดขึ้นมา จะไม่สามารถระบุได้ว่าชิ้นใดเกิดขึ้นก่อนกัน ประเด็นการขอรับสิทธิบัตรสิ่งประดิษฐ์/นวัตกรรมมีผลต่อความสามารถในการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจของผู้อพยพชาวโรมาเนียจำนวนมาก ผู้อพยพชาวโรมาเนียที่เป็นนวัตกรที่มีศักยภาพสูง สามารถแสดงความเชี่ยวชาญและศักยภาพผ่านนวัตกรรมต่าง ๆ ก่อให้เกิดทรัพยากรที่มีคุณค่าเหมาะสำหรับการลงเงินทุน และสิ่งสำคัญที่สุดคือสร้างความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ อย่างไรก็ตามผู้ย้ายถิ่นยังคงติดต่อและกระจายความก้าวหน้าบางส่วนกลับไปประเทศโรมาเนีย[21] นั่นแสดงถึงการจดทะเบียนสิทธิบัตรมีความสำคัญมากต่อนักวิจัย/ผู้ประดิษฐ์คิดค้นทั้งด้านสร้างองค์ความรู้เทคโนโลยีใหม่ ๆ และประโยชน์เชิงพาณิชย์ ซึ่งนักวิจัย/ผู้ประดิษฐ์คิดค้นควรให้ความสำคัญและดำเนินการเรื่องนี้ก่อนเผยแพร่ชิ้นงานของตนเอง

บทสรุป

การสร้างสรรค์งานนวัตกรรมทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่ท้าทายและมีความสำคัญในวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีความปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงได้จัดรายวิชานี้พัฒนาผู้เรียน เพราะกระบวนการเรียนรู้ผ่านรายวิชานี้จะก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับการบริการ และนวัตกรรมที่สร้างขึ้นมาใหม่จะช่วยสนับสนุน ส่งเสริมการปฏิบัติงานพยาบาล ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และรักษาพยาบาล กระบวนการเรียนรู้นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนคิดอย่างมีเหตุผล สามารถเสาะแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหาและดูแลสุขภาพ ผ่านการใช้นวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นใหม่ เป็นการจัดกระทำเพื่อให้บัณฑิตพยาบาลรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของปัญหา และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะสร้างเสริมคุณลักษณะของบัณฑิตในศตวรรษที่ 21 ให้เกิดขึ้นได้ โดยนวัตกรรมที่สร้างขึ้นใหม่ ควรได้รับการยื่นจดสิทธิบัตรหรืออนุสิทธิบัตรก่อนการนำไปเผยแพร่ เพื่อประโยชน์ของผู้คิดค้นสร้างสรรค์องค์ความรู้ ประโยชน์เชิงพาณิชย์ และประโยชน์ในการเป็นเจ้าของนวัตกรรมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทั้งนี้ ในโลกอนาคตจะเป็นการแข่งขันกันในเรื่องการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อใช้สำหรับการพัฒนาคุณภาพในการบริการ และช่วยเหลือบุคคลในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความสุขภายใต้สุขภาพของแต่ละช่วงวัยอย่างแน่นอน

References

1. Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. Background information agency [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 9]. Available from: https://www.mhesi.go.th/home/index.php/aboutus/history (in Thai).
2. Faculty of Nursing. TQF 2 bachelor of nursing science program updated curriculum 2017, Suan Dusit University. Bangkok: Suan Dusit Graphic Site; 2016. (in Thai).
3. Faculty of Nursing. TQF 1 qualifications standard in nursing Suan Dusit University. Bangkok: Suan Dusit Graphic Site; 2016. (in Thai).
4. Panich V. Creating learning to the 21st century. Nakhon Pathom: S. Charoen Printing Co., 2014. (in Thai).
5. Halstead JA. Fostering Innovation in Nursing Education: The Role of Accreditation. Teaching and Learning in Nursing 2020;15(1):a4-a5.
6. Asurakkody TA, Kim SH. Effects of knowledge sharing behavior on innovative work behavior among nursing Students: Mediating role of Self- leadership. International Journal of Africa Nursing Sciences 2020;12:100190.
7. Marshall DR, McGrew DA. Creativity and innovation in health care: Opening a hospital makerspace. Nurse Leader 2017;15(1):56-8.
8. Kelley T. Emergence of nursing innovation influenced by advances in informatics and health IT. Nurse Leader 2019;17(6):531-6.
9. Cianelli R, Clipper B, Freeman R, Goldstein J, Wyatt TH. The innovation road map: A guide for nurse leaders. Princeton, NJ: Innovation works; 2016.
10. The Institute for Healthcare Improvement. Design of a triple aim enterprise. Boston: IHI; 2012.
11. Matthew WA, Serratos JL, Seacrist MJ. Making research real: Innovative approaches for graduate level nursing research. Journal of Professional Nursing 2020;36(2):39-42.
12. Cusson RM, Meehan C, Bourgault A, Kelley T. Educating the next generation of nurses to be innovators and change agents. Journal of Professional Nursing 2020;36(2):13-9.
13. Ackerman MH, Giuliano KK, Malloch K. The novation dynamic: Clarifying the work of change, disruption, and innovation. Nurse Leader. In press 2020;18.
14. Messick A, Borum C, Stephens N, Brown A, Townsend B. Creating a culture of continuous innovation. Nurse Leader 2019;17(4):352-5.
15. Asurakkody TA, Shin SY. Innovative Behavior in nursing context: A concept analysis. Asian Nursing Research 2018;12:237-44.
16. Khamsupo C. A study of the effectiveness of using the model CAPD demonstration media for kidney guardian version2 innovation [Research Report]. Sakon Nakhon: Sakon Nakhon Hospital; 2011. (in Thai).

17. Clements JM, Humm G, Nally DM. Innovation in surgical practice: The association of surgeons in training conference - Belfast 2019. International Journal of Surgery. In press 2020.
18. Liu HY, Chang CC, Wang IT, Chao SY. The association between creativity, creative components of personality, and innovation among Taiwanese nursing students. Thinking Skills and Creativity. In press 2020.
19. Liu HY, Wang IT, Chen NH, Chao CY. Effect of creativity training on teaching for creativity for nursing faculty in Taiwan: A quasi-experimental study. Nurse Education Today. In press 2020;85.
20. Department of Intellectual Property. Patent/petty patent registration procedure [internet]. 2020 [cited 2020 Mar 9]. Available from: http://www.ipthailand.go.th/th/คู่มือ-คำแนะนำ-ขั้นตอน-สิทธิบัตร/item/ขั้นตอนการจดทะเบียนสิทธิบัตร-อนุสิทธิบัตร.html (in Thai).
21. Drumeaa C, Mirelaa BC. Competitiveness through innovation for the Romanian economy, allocations correlated with outputs, patent applications and their effect on competitiveness. Procedia Economics and Finance 2015;32:1541–9.

บทความวิชาการ

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตกับภาวะซึมเศร้า : เหตุปัจจัยและแนวทางการป้องกันแก้ไข

Internet Addiction Behavior and Depression: Causes, Factors, and Prevention Guidelines

Received: Oct 26, 2019
Revised: Aug 8, 2020
Accepted: Aug 24, 2020

ผกาวรรณ นันทะเสน วท.ม. (Pakawan Nantasen, M.Sc.)[1]
อัจศรา ประเสริฐสิน ปร.ด. (Ujsara Prasertsin, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ผู้ติดอินเทอร์เน็ตมักมีมุมมองความคิดต่อตนเองในแง่ลบ ส่งผลถึงความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ สมาธิ และพฤติกรรม ผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระดับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งปัญหาเหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ใช้แล้ว ยังส่งผลกระทบถึงครอบครัว และสังคม การหามาตรการในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ต หรือป้องกันการติดอินเทอร์เน็ตจะช่วยป้องกันอาการซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นได้ สำหรับแนวทางการป้องกันแก้ไขพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย (1) การรักษาโดยการใช้ยา (2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับพฤติกรรมทางปัญญา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษากลุ่ม และ (3) การผสมผสานการบำบัดหลายวิธีเข้าด้วยกัน เพราะการติดอินเทอร์เน็ตมีสาเหตุจากปัจจัยหลากหลาย เช่น ตัวผู้ใช้อินเทอร์เน็ต การเลี้ยงดู สังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น เริ่มแรกจึงต้องมีการประเมินผู้รับบริการในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้รับบริการและนำไปสู่การวางแผนการรักษาเป็นรายบุคคลต่อไป

คำสำคัญ: การติดอินเทอร์เน็ต, ภาวะซึมเศร้า, เหตุปัจจัย, การป้องกัน

[1] *อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, Email: pakawan.nan@gmail.com*
[2] *Corresponding author อาจารย์ประจำสำนักสื่อและเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, Email: ubib_p@hotmail.com*
[1] *Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand*
[2] *Lecturer, Educational and Psychological Test Bureau, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand*

Abstract

Internet addictive behavior is associated with biological factor, and psychological factor, and social factors. People who suffer from internet addictive behavior will have inappropriate and above all, negative views about themselves. This can develop into the individual having a very low view of themselves which consequently will lower their self- esteem. Physical disorders, emotional problems, lack of concentration and behavioral problems will undoubtedly ensue. Apart from these ailments it also affects both directly and indirectly depression levels, anxiety, and stress. These problems also have a direct effect on Internet addictive users, their families, and the social circles in which they live. Searching for preventive measures for Internet addiction may possibly help or prevent these above-mentioned effects. The guidelines for the prevention of Internet addictive behavior that have effects on depression include (1) Pharmacological treatments (2) Non-pharmacological treatments (cognitive behavioral therapy; CBT), Motivational Interviewing; MI, group counseling and (3) Multimodal psychotherapy. There are several factors that have been proposed as both contributing to and causing Internet addictive behavior, such as excessive internet use, parenting problems, societal problems, and the environment. Therefore, the initial step in the plan for treating Internet addictive behavior should be client evaluation, which includes an overall understanding of them in their entirety. Treatment plans can also be utilized to help individuals and be effective for clients.

Keywords: Internet addiction, depression, cause factor, prevention

บทนำ

บุคคลที่มีพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตจะมีพื้นฐานรูปแบบการคิดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งความคิดเหล่านั้นเป็นสาเหตุของการติดอินเทอร์เน็ตและก่อให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา ลักษณะของความคิดที่ไม่เหมาะสมสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (1) ความคิดเกี่ยวกับตน กล่าวคือ บุคคลที่มีความคิดบิดเบือนเกี่ยวกับตนเองจะมีรูปแบบความคิดที่หมกมุ่น ครุ่นคิด ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่มีรูปแบบความคิดหมกมุ่นจะส่งผลต่อการติดอินเทอร์เน็ตในระดับที่รุนแรง รูปแบบความคิดหมกมุ่นที่เกิดขึ้นนี้จะเกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าปัญหาอื่น เช่น ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเองว่าเพราะเหตุใดตนถึงใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานาน โดยพยายามหาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต หรือพูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปของตน เป็นต้น การหมกมุ่นอยู่กับความคิดเหล่านี้ยิ่งทำให้บุคคลให้ความสนใจและมีความทรงจำเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากความคิดหมกมุ่นแล้ว บุคคลที่มีพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตจะมีรูปแบบความคิดเกี่ยวกับตนในด้านลบ ประเมินตนเองด้านลบ มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและตำหนิตนเอง เช่น ฉันจะมีคุณค่าได้รับการยอมรับในสังคมอินเทอร์เน็ตเท่านั้น ในโลกแห่งความเป็นจริงฉันไม่มีตัวตนไม่มีคุณค่าอะไรเลย และ (2) ความคิดเกี่ยวกับโลก คือ บุคคลที่ความคิดบิดเบือนเกี่ยวกับโลกมักจะคิดว่า อินเทอร์เน็ตเป็นสถานที่เดียวที่ตนจะได้รับการยอมรับนับถือ อินเทอร์เน็ตเป็นเพื่อนแท้เพียงคนเดียว เมื่ออยู่ในโลกความจริงผู้คนไม่ให้เกียรติฉันเท่าในอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการพึ่งพิงอินเทอร์เน็ตของบุคคล โดยใช้อินเทอร์เน็ตทำให้ตนสบายใจ

หรือหลีกหนีจากความรู้สึกบางอย่าง ความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้จะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเมื่อบุคคลใช้งานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านอินเทอร์เน็ต ทำให้เข้าไปพูดคุยกับเพื่อนในห้องสนทนาออนไลน์โดยไม่รู้ตัว ผลของความคิดที่ไม่เหมาะสมนี้เป็นเหตุให้บุคคลมีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตได้ทั้งแบบทั่วไปและแบบเฉพาะเจาะจง[1]

ในงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่อง อาการย้ำคิดเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ต พยายามควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตของตนแต่ก็ไม่สามารถหยุดหรือเลิกใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ มีความรู้สึกว่าอินเทอร์เน็ตเป็นเพื่อนหรือเป็นที่พึ่งเพียงหนึ่งเดียว โดยบุคคลจะมีความรู้สึกว่าอินเทอร์เน็ตเป็นสถานที่ ๆ อบอุ่นปลอดภัยกว่าโลกแห่งความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีการครุ่นคิดถึงการใช้งานอินเทอร์เน็ตตลอดเวลาแม้ขณะนั้นจะไม่ได้ใช้งานก็ตาม และคิดว่าเมื่อไหร่จะได้ใช้งานอินเทอร์เน็ตอีก ทั้งยังใช้จ่ายเงินจำนวนมากเกี่ยวกับกิจกรรมบนอินเทอร์เน็ตหรือเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อชั่วโมงเพื่อเล่นอินเทอร์เน็ต ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีความสุขอยู่กับโลกและเพื่อนที่อยู่ในอินเทอร์เน็ตเท่านั้น ทำให้ห่างเหินกับเพื่อนในชีวิตจริง หลังจากเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นแล้วก็จะเกิดความรู้สึกผิดและตำหนิตนเองที่ไม่สามารถควบคุมการใช้ของตนได้ และพยายามโกหกเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดว่าตนไม่ได้ใช้งานหรือใช้งานเป็นเวลาเพียงเล็กน้อยเพื่อลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง และถึงแม้จะรู้ว่าสิ่งที่ทำไม่เหมาะสมแต่ก็ไม่สามารถหยุดการใช้อินเทอร์เน็ตได้[2] สำหรับบทความนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาตัวแปรทางจิตวิทยา คือ ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล โดยมีพื้นฐานแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญามาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต

ความหมายของพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต

การติด คือ เป็นการแสดงการกระทำหรือพฤติกรรมหนึ่งซ้ำ ๆ หรือการทำซ้ำจนติดเป็นนิสัย มีผลต่อร่างกาย สังคม จิตใจ และการเงิน จนเกิดผลเสียตามมา โดยทั่วไปการติดมีการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ [3]

การติดอินเทอร์เน็ต หรือ Internet addiction disorder (IAD) ถูกกล่าวถึงเป็นครั้งแรกโดย Goldberg[4] โดยในลักษณะทางพยาธิวิทยา หมายถึง การใช้มากเกินไป ความผิดปกติ และพฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจในการใช้อินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตถูกเรียกอย่างหลากหลาย เช่น Internet Addiction, Pathological Internet use , Problematic Internet use, Internet overuse, Internet Behavior Dependence, Cyber Disorder, Internet Dependency เป็นต้น โดยคำว่า Addiction เดิมจะใช้สำหรับการติดสารเสพติดหรือการพนัน[5]

ลักษณะของพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต คือ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปจากเดิมเพื่อที่จะมีเวลาใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น โดยลดการทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตให้น้อยลงที่สุด หลีกเลี่ยงกิจวัตรประจำวันที่สำคัญในชีวิต เลื่อนเวลาพักผ่อนหรือเปลี่ยนแปลงเวลานอนออกไป ลดการทำกิจกรรมร่วมกับทางสังคม ทำให้สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ละทิ้งหรือละเลยคนรัก ครอบครัว เพื่อน หน้าที่การงาน การเรียน ภาระหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งปฏิเสธที่จะใช้เวลากับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อที่จะได้ใช้อินเทอร์เน็ตได้เรื่อย ๆ จนไม่ใส่ใจในสุขภาพร่างกายของตนเอง หาเวลามากขึ้นเพื่อใช้อินเทอร์เน็ตอย่างเดียว เป็นต้น

อาการที่พบในการติดอินเทอร์เน็ต ที่พบเห็นเด่นชัด ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition; DSM-5) ได้อธิบายความหมายของพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตว่าหมายถึง อาการหรือพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้อินเทอร์เน็ตมีลักษณะคล้ายกับอาการของคนที่ติดการพนัน คือ มีอาการหมกมุ่น หงุดหงิด กระวนกระวายเวลาที่ไม่ได้เล่น และสาเหตุของการติดมักมีความคล้ายคลึงกัน คือ ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหลีกหนีปัญหาบางอย่าง เพื่อผ่อนคลาย ระบายอารมณ์เวลาที่เหงาหรือรู้สึกไม่มีใคร[6] เนื่องจากยังขาดหลักฐานการวิจัยที่เพียงพอเกี่ยวกับความชุกของการเกิดโรคและการดำเนินโรคที่ต้องมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมก่อนที่จะตั้งเกณฑ์วินิจฉัยอย่างเป็นทางการ

นอกจากนี้ DSM-5 ได้ให้ความหมายเฉพาะกับการเสพติดเกม เพราะเกมถือเป็นจุดเริ่มต้นของการติดอินเทอร์เน็ต ลักษณะอาการการติดเกมอินเทอร์เน็ต (Internet gaming disorder; IGD) คือ การที่บุคคลใช้เวลาเล่นอินเทอร์เน็ตหรือเกมอย่างยาวนานและมากเกินไป ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุม

ระยะเวลาในการใช้ได้ ผู้ใช้จะนั่งอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์โดยไม่สนใจทำกิจกรรมอย่างอื่นรวมไปถึงการกินและการนอน มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด เมื่อถูกขัดขวางการเล่นอินเทอร์เน็ต โดย การเสพติดเกมอินเทอร์เน็ต อยู่ในหมวดโรคส่วนที่ 3 (section 3) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตด้วย โดยลักษณะอาการที่พบ (symptoms) ประกอบด้วย (1) หมกมุ่นในกิจกรรมออนไลน์มากเกินไปจนก่อให้เกิดความเสียหายหรือเกิดความทุกข์ใจ (2) ไม่สามารถควบคุมระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตของตนเองได้ (3) ขาดความสนใจในกิจกรรมอื่น (4) ต้องการใช้เวลาในกิจกรรมเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (5) ไม่สามารถหยุดหรือเลิกใช้อินเทอร์เน็ตได้ (6) โกหกคนอื่น ๆ เพื่อจะได้มีเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตหรือเล่นเกม (7) ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหลีกหนีจากเงื่อนไขบางอย่าง เช่น ความเครียด ความไม่สบายใจ ความกังวล และ (8) มีอาการหงุดหงิดกระวนกระวายเมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต[1, 6]

จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่มีอายุระหว่าง 29-34 ปี จำนวน 496 คน ได้กำหนดเกณฑ์พิจารณาการติดอินเทอร์เน็ตจากการติดการพนัน เพราะทั้งสองอย่างเกี่ยวข้องกับความล้มเหลวในการควบคุมความต้องการของตนเอง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยว่าจะต้องมีลักษณะเข้าข่ายดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป จึงถือได้ว่าติดอินเทอร์เน็ต ได้แก่ (1) รู้สึกหมกมุ่นกับอินเทอร์เน็ตแม้ในเวลาที่ไม่ได้เชื่อมต่อหรือใช้อินเทอร์เน็ต (2) มีความต้องการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานานมากขึ้นเรื่อย ๆ (3) ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้อินเทอร์เน็ตของตนเองได้ (4) รู้สึกกระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือซึมเศร้า เมื่อต้องเลิกใช้อินเทอร์เน็ตหรือใช้อินเทอร์เน็ตน้อยลง (5) ใช้เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตัวเองได้ตั้งใจไว้ (6) การใช้อินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เสี่ยงต่อการสูญเสียการงาน การเรียน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ยอมเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากเพื่อใช้อินเทอร์เน็ต (7) โกหกคนในครอบครัวหรือเพื่อนเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตของตัวเอง และ (8) ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการหลีกหนีจากปัญหาหรืออารมณ์บางอย่าง เช่น ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกผิด เป็นต้น สำหรับผู้ใช้ที่ไม่เข้าข่ายถือว่ายังเป็นปกติ [2]

ปัญหาที่เกิดจากการติดอินเทอร์เน็ต มีปัญหาหลัก ๆ คือ (1) ปัญหาทางการเรียน การที่เล่นอินเทอร์เน็ตเป็นเวลานานทำให้เสียเวลาในการทำการบ้าน ไม่มีเวลาหรือใส่ใจศึกษาหาความรู้ ขณะที่ใช้อินเทอร์เน็ต ผู้ใช้มักจะจดจ่ออยู่กับกิจกรรมออนไลน์ ทำให้ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจการเรียน (2) ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ผู้ใช้หมกมุ่นอยู่กับอินเทอร์เน็ตและใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำกิจกรรมออนไลน์ ทำให้มีเวลาน้อยลงในการพูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว โดยมีเพื่อนในโลกออนไลน์แต่ขาดการปฏิสัมพันธ์ในโลกความเป็นจริงส่งผลต่อการปรับตัวเข้ากับสังคมคนจริง (3) ปัญหาด้านการเงิน ผู้ใช้สูญเสียเงินจำนวนมากเพื่อจะได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านอินเทอร์เน็ต เช่น ค่าบริการอินเทอร์เน็ต ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น ทำให้การเงินมีปัญหา อาจเกิดการลักขโมยเงินภายในครอบครัวได้ (4) ปัญหาด้านอาชีพการงาน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ใช้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ และ (5) ปัญหาด้านร่างกาย การใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปทำให้เกิดการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เกิดปัญหาทางด้านสายตาที่เกิดจากการมองจอโทรศัพท์สมาร์ทโฟน หรือคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงเพราะนั่งในท่าเดิมเป็นระยะเวลานาน เกิดอาการเมื่อยล้า และเสียความสมดุลทางอารมณ์ เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว เป็นต้น[7]

นอกจากนี้ การเล่นอินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปจะทำให้เด็กถูกแยกออกจากสังคมกระทบต่อพัฒนาการด้านสังคม เด็กจะขาดทักษะการติดต่อสื่อสารกับคนในชีวิตจริง ขาดความมั่นใจและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า[8] ศึกษากลุ่มตัวอย่างเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ตพบว่ามีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งด้านภาษาและความสามารถ และมีผลการวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนว่า เด็กที่ติดอินเทอร์เน็ตมีผลการเรียนที่ไม่ดี และพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก[9] และวัยรุ่นที่มีปัญหาติดอินเทอร์เน็ต[10] โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าซึ่งพบในเด็กและวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูง[11, 12]

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการที่เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ โดยทำให้เกิดรูปแบบความคิดที่หมกมุ่นคิดลบในตัวเอง ซึมเศร้าผิดปกติ หดหู่ ไม่มีความสุข มองตัวเองในแง่ลบ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และความวิตกกังวลทางสังคม[13] จนส่งผลกับความรู้สึกนึกคิด จนเกิดปัญหาในการ

ใช้ชีวิตประจำวันได้ไม่ปกติ เช่น การนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่อร่อย ทำงานไม่ได้ ไม่มีสมาธิ เป็นต้น โดยมักมีอาการเป็นระยะเวลามานานอย่างน้อย 2 สัปดาห์[14] อาจเปรียบได้ว่า จิตใจของมนุษย์มีการแบ่งออกเป็นหลายชั้น มีความซับซ้อน โดยชั้นบนสุด คือการกระทำหรือสิ่งที่แสดงออก ความรู้สึก ความคิด ความคาดหวัง ความต้องการ และชั้นใต้สุดคือ คุณค่า ของความเป็นตัวเรา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญเปรียบเหมือนหัวใจ หากคน ๆ นั้น รู้สึกถึงความไม่มีคุณค่าของตนเองเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[15]

อาการของภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและ/หรือพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์เศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และสูญเสียแรงขับทางเพศ ผู้ติดอินเทอร์เน็ตจะมีความคิดไม่เหมาะสมเกี่ยวกับตนเอง มีมุมมองต่อตนเองในด้านลบ และประเมินตนเองในด้านลบ จึงส่งผลถึงความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ[13]

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต

โดยมีหลายทฤษฎีที่พยายามจะอธิบายสาเหตุการติดอินเทอร์เน็ต แม้จะยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุหรือปัจจัยใดเป็นผล หากมองการติดอินเทอร์เน็ตในแง่ของการเกิดโรคทางจิตเวช การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ชีวเคมีของร่างกายและสมอง สรีรวิทยา และอื่น ๆ ผลการวิจัยที่ผ่านมาหลายฉบับพบสอดคล้องกันว่า มีความแตกต่างของระบบสมองเส้นใยประสาทและสารสื่อประสาทในสมองของผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตกับผู้ที่ไม่ติดอินเทอร์เน็ต ทดสอบโดยใช้เครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ตรวจสมองของกลุ่มตัวอย่างที่ติดอินเทอร์เน็ต (อายุ 14-24 ปี) จำนวน 18 คน โดยเปรียบเทียบกับสมองของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ติดอินเทอร์เน็ต พบว่า สมองส่วนที่เป็นเส้นใยประสาทของผู้ติดอินเทอร์เน็ตมีลักษณะเช่นเดียวกับผู้เสพติดสุราหรือยาเสพติด และพบการหลุดตามตัวเชื่อมของเส้นใยประสาทที่เชื่อมสมองส่วนที่เกี่ยวกับอารมณ์ การตัดสินใจและการควบคุมตนเองไว้ด้วยกัน[16] เช่นเดียวกับที่มีการศึกษาพบว่าสมองส่วนต่าง ๆ ของคนที่เล่นเกมออนไลน์ มีการทำงานที่คล้ายกับสมองของคนที่ติดยาเสพติด[17] นอกจากนี้ การวิจัยโดยการวิเคราะห์ระดับสารสื่อประสาท (neurotransmitter) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นวัยรุ่นในประเทศจีน 1,895 คน โดยในจำนวนนี้มีวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต 199 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดอินเทอร์เน็ต มีระดับสารสารสื่อประสาทแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ติดอินเทอร์เน็ต โดยมีระดับ Dopamine, Acetylcholine, γ-aminobutyric acid และ 5-hydroxy tryptamine สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดอินเทอร์เน็ต[18] ซึ่ง มีการกล่าวถึงการติดอินเทอร์เน็ตว่าเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของเลือดในสมอง และการเปลี่ยนแปลงของ Dopamine สำหรับเรื่องความชุกของอายุ[19] พบสอดคล้องกันในงานวิจัยที่ผ่านมาว่าช่วงอายุของผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตจะอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (16-24 ปี) และพบการติดอินเทอร์เน็ตในกลุ่มนักศึกษามากกว่าในวัยอื่น[20]

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) มีผลงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องกับการติดอินเทอร์เน็ต เช่น ผู้ที่มีการปรับตัวไม่เหมาะสม เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ความเครียด[21] วิตกกังวลจนเกิดความก้าวร้าว[11] มีความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ จึงพยายามหาเพื่อนในโลกออนไลน์ เนื่องจากง่ายกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในโลกแห่งความจริง[22] และมีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ต[10, 11]

3. ปัจจัยด้านสังคม (Social factor) ครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตและเกมมักมีทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรที่ไม่เหมาะสม โดยมีความสัมพันธ์กับรายได้ของพ่อแม่ สุขภาพจิตของพ่อแม่ พ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า ครอบครัวมีความขัดแย้งกัน มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวไม่เหมาะสม มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากหรือน้อยจนเกินไป[8, 23] และพบว่าครอบครัวที่ลูกติดเกมมีความเกี่ยวข้องกับการที่พ่อแม่ไม่ค่อยร่วมทำกิจกรรมกับลูก[24] ในด้านของสัมพันธภาพต่อเพื่อนและครูพบว่าเด็กที่ไม่รู้สึกผูกพันธ์กับโรงเรียนไม่สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครูและเพื่อนนักเรียน มีเพื่อนที่มีพฤติกรรมผิดระเบียบมีความเกี่ยวข้องกับการติดอินเทอร์เน็ต[25]

เหตุปัจจัยของพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตสามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเกิดจากกระบวนการทางปัญญาหรือความคิดของบุคคลที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล การไม่มั่นใจในตนเอง การไม่ได้รับการยอมรับทั้งจากคนในครอบครัว และสังคม เมื่อได้ใช้อินเทอร์เน็ต บุคคลเหล่านั้นพบว่า มันเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยที่จะติดต่อเชื่อมสัมพันธ์ และสามารถสื่อสารได้อย่างสบายใจ สร้างความรู้สึกดีทางใจเพราะคนอื่นไม่สามารถล่วงรู้ตัวตนที่แท้จริงของตนได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่เน้นย้ำให้เห็นถึงกระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสมของบุคคล จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ตลอดเวลา และกลายเป็นการเสพติดอินเทอร์เน็ตขึ้นมาได้ และเมื่อไม่ได้ใช้งานจะเกิดความรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายใจ ไม่มีความสุข หรือเมื่อไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคมอินเทอร์เน็ตก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดเป็นพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ พฤติกรรมในที่สุด[1]

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมากพบว่า ผู้ติดอินเทอร์เน็ตจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่มีรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับตนเองในด้านลบจะส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมกลายเป็นพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตในที่สุด จากการศึกษาที่ผ่านมา ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตวัยรุ่นตอนปลาย พบกลุ่มอาการร่วม คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อย ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ติดอินเทอร์เน็ตมีความสอดคล้องกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง การประเมินตนเองด้านลบ และการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ[25, 26] ซึ่งผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีความสัมพันธ์ระหว่างการติดอินเทอร์เน็ตกับค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมในปัจจัยด้านลบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้านสังคม ความทะนงตนและหลงตนเอง และความเหงาและวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก[27] แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ตก่อนจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เพราะอาการต่าง ๆ เหล่านี้ มีความสอดคล้องกับลักษณะอาการที่พบได้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

สาเหตุการติดอินเทอร์เน็ตสามารถอธิบายเป็นลักษณะของ 4P เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ร่วมกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากติดเทอร์เน็ต[28] ดังนี้

1. ปัจจัยที่นำมาก่อน (Predisposing factor) ในแง่ของด้านพันธุกรรม ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตมี Polymorphism ที่ตำแหน่ง promoter region ของยีน (gene) Serotonin transporter แบบ SS-5HTTLPR มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ติดอินเทอร์เน็ต[29] หรือ ยีนในกลุ่มคนที่เกิดปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่ายีน CHRNA4 เป็นยีนที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากจนเกิดปัญหา โดยยีนตัวนี้ก็พบในผู้ที่มีปัญหาติดนิโคตินในบุหรี่เช่นกัน ยีนตัวนี้จึงอาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติดด้วย[30] เป็นต้น (1.2) ในแง่ของการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวกับ Reward system ศึกษาการทำงานของสมองระหว่างการเล่นเกมคอมพิวเตอร์โดยใช้ fMRI พบว่า มีการกระตุ้นสมองบริเวณ Nucleus accumbens (NAc or NAcc), Amygdala, และ Orbitofrontal cortex เพิ่มขึ้น และยังพบอีกว่าการติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมคล้ายการติดสารเสพติด จึงมีการอธิบายเรื่อง Autonomic reward system ไว้ว่า ในช่วงแรกของเล่นอินเทอร์เน็ต Frontal cortex จะเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมการเล่น เมื่อมีเล่นก็จะมีกระตุ้นหลั่ง Dopamine และเมื่อเล่นมากขึ้นก็จะกระตุ้นการหลั่ง Dopamine มากขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับเริ่มขาดการควบคุมพฤติกรรมจาก Prefrontal cortex โดย Glutamatergic projection ซึ่งเป็นตัวยับยั้งจาก Prefrontal cortex ไปยัง Nucleus accumbens จึงเกิดการเปลี่ยนแปลง neuroplasticity ทำให้มีการหลั่ง Dopamine ที่ Nucleus accumbens ลดลง และ Prefrontal cortex จะทำงานลดลงและเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการทำเป็นประจำมาเป็นทำต่อเนื่องและขาดความยับยั้งชั่งใจ[31]

2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factor) ประกอบด้วย (2.1) ด้านพัฒนาการตามวัย ในช่วงวัยรุ่นปกติทั่วไปจะเป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาทักษะทางด้านสังคม และนำทักษะนั้นไปใช้ตลอดชีวิต เมื่อเริ่มมีการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นเรื่อย ๆ วัยรุ่นจะหลีกเลี่ยงปฏิสัมพันธ์ต่อหน้า และไม่สนใจการพัฒนาทักษะด้านสังคม อินเทอร์เน็ตยังทำให้วัยรุ่นสามารถสร้างอีกตัวตนที่ต้องการ สามารถที่จะเลือกแสดงได้ เป็นรูปแบบที่ทำได้ง่ายกว่าการปฏิสัมพันธ์ต่อหน้า บางความเห็นบอกว่า พฤติกรรม

ที่ลองเป็นหลาย ๆ ตัวตนใน Internet อาจทำให้ใช้เวลามากขึ้นในการหาตัวตนจริง หรือ อาจหาอัตลักษณ์ที่เป็นตนเองไม่เจอ และบางครั้งอาจแยกไม่ออกระหว่างบุคลิกจริงกับในอินเทอร์เน็ต (2.2) ด้านความเครียดจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ปัญหาในครอบครัวอาจทำให้วัยรุ่นติดอินเทอร์เน็ตได้ เช่น ครอบครัวที่มีปัญหาและไม่สื่อสารกัน วัยรุ่นจะใช้อินเทอร์เน็ตหรือเกมเป็นทางเลี่ยงปัญหา นอกจากนั้นยังพบว่าวัยรุ่นที่มีพ่อแม่หรือพี่น้องใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะเข้าหาอินเทอร์เน็ตมากขึ้นเพื่อลดปัญหาและแก้ไขปัญหาความเครียดในครอบครัว บางครั้งการที่พ่อแม่มองเฉพาะด้านบวกของอินเทอร์เน็ตด้านเดียว หรือพ่อแม่ที่ติดอินเทอร์เน็ตก็จะเป็นแบบอย่างสำหรับการเล่นที่มากเกินไปต่อเด็ก และในครอบครัวที่เลี้ยงแบบปล่อยปละละเลยก็เป็นอีกเหตุที่ทำให้เด็กติดอินเทอร์เน็ต นอกจากครอบครัวแล้ว วัยรุ่นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) จะปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ยากจึงหันมาสนใจอินเทอร์เน็ต และเมื่อใช้มากขึ้นก็ได้รับความรู้สึกของการช่วยเหลือ มีทางออกของปัญหา หรือการเลียนแบบกลุ่มเพื่อนที่มีการใช้เกมอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ตนเองได้รับการยอมรับ และ (2.3) การเข้าถึงสื่อ หรือเทคโนโลยี การเข้าถึงสื่อ หรือเทคโนโลยีในปัจจุบันทำได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น จึงทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ง่าย[31]

3. ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factor) เมื่อใช้อินเทอร์เน็ตหรือเกมมากขึ้น ผู้ใช้จะได้รับการตอบสนองความต้องการ ได้รับความพึงพอใจ ความสนุกสนาน ได้ระบายความรุนแรงที่มีอยู่ ได้ความรู้สึกของการประสบความสำเร็จ ทำให้เป็นแรงด้านบวกในการเพิ่มพฤติกรรมการเล่น ในเด็กที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เมื่อเล่นอินเทอร์เน็ตหรือเกมแล้วได้รับการยอมรับ ได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความช่วยเหลือ ทำให้ความภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น[31]

4. ปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ๆ คือ (1) ด้านจากตัวเด็ก ที่เด็กมีภูมิคุ้มกันภายในจิตใจทั้งจากตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง การตัดสินใจที่จะเลือกตอบรับหรือปฏิเสธการใช้อินเทอร์เน็ต (2) ด้านความภูมิใจในตนเอง วินัยในตนเอง การปรับตัวของเด็กเมื่อเจอปัญหามีส่วนอย่างมาก (3) ด้านครอบครัว การดูแลเด็กด้วยการฝึกวินัยที่เหมาะสม ความอบอุ่น ความรู้สึกมีส่วนร่วมในครอบครัว การยอมรับและความเข้าใจในครอบครัว สามารถป้องกันการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปได้ (4) ด้านโรงเรียนและสังคม การส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสรรค์ให้เด็กได้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมที่เขาสนใจ เช่น กีฬา ดนตรี เป็นต้น ส่งเสริมทักษะในกิจกรรมเหล่านั้น จะได้เพิ่มทักษะการปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีความชอบคล้าย ๆ กัน[31]

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดอินเทอร์เน็ต ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการควบคุมตัวเองและการสนับสนุนจากสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลกระทบของการติดเกมและการติดอินเทอร์เน็ตต่อปัจจัยทางจิตวิทยาข้างต้น[32] ซึ่งสาเหตุของการติดอินเทอร์เน็ตที่แท้จริงนั้นอาจเป็นปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัยในจำนวนที่ กล่าวมานี้ ไม่ว่าจะเป็น 1) ตัวแปรที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร เช่น เพศ อายุ และฐานะทางเศรษฐกิจ 2) ตัวแปรที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต เช่น ระยะเวลาที่ใช้งาน กิจกรรมที่ใช้งาน 3) ตัวแปรทางจิตวิทยา เช่น การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ การมองตนเองในแง่ลบ ความเหงา การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง และ 4) ปัจจัยสภาพแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การควบคุมสื่ออินเทอร์เน็ตในครอบครัว สัมพันธภาพของคนในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน การควบคุมสื่ออินเทอร์เน็ตในโรงเรียน[33,34]

แนวทางการป้องกันแก้ไขพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

แนวทางการรักษาผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ต สามารถแบ่งเป็น 2 แบบ คือ การรักษาโดยการใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา[28] ดังนี้

1. การรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological treatment) การติดอินเทอร์เน็ตนั้นมีความคล้ายคลึงกับการเสพสารเสพติดค่อนข้างมากทั้งในแง่ของโรคร่วม และลักษณะ brain activation จากการศึกษาทาง neuroimaging ทำให้มีแนวทางในการรักษาและแนวทางในการรักษาและวิจัยมากขึ้น ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ กลุ่มยาต้านเศร้า กลุ่มยา Opioid Receptor Antagonists กลุ่มยา Antipsychotics และยาอื่นๆ ได้แก่ Psychostimulants, α -2 agonist และglutamatergic drugs

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) ปัจจุบันมีวิธีการรักษาผู้รับบริการติดเกมอินเทอร์เน็ต

โดยไม่ใช้ยาหลากหลายวิธี เช่น Family therapy, Group therapy, Cognitive behavioral Therapy, Motivational Interviewing และ Multimodal therapy แต่วิธีการรักษาที่มีการศึกษาอย่างมากในปัจจุบันคือ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และ Motivational Interviewing (MI) [35,36]

2.1 การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive behavioral Therapy; CBT) เป้าหมายคือการทำให้ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตมีความสามารถในการควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสม หลักการคือ 1) ทำให้รับรู้ รูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง 2) ปรับโครงสร้างรูปแบบความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล และ 3) กลับสู่โลกแห่งความเป็นจริง โดยอาจมีการสอนเทคนิคต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น วิธีการบริหารเวลา หาปัจจัยกระตุ้น ทำให้ตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น ฝึกการควบคุมอารมณ์และการผ่อนคลาย ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ฝึกทักษะทางสังคม โดยใช้การบำบัดแบบ CBT กับผู้ติดอินเทอร์เน็ต จำนวน 114 คน หลังเข้าร่วมการบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต และสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้นตั้งแต่การบำบัดครั้งที่ 8 และพฤติกรรมเหล่านี้ยังคงอยู่แม้ระยะเวลาจะผ่านไปถึง 6 เดือน[37]

2.2 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยประยุกต์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ เริ่มแรก MI ใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งใช้ได้ผลเป็นอย่างดี ต่อมาได้นำ MI ไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและได้พัฒนาไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต หลักการของ MI คือ Patient-centered approach โดยถือว่า อำนาจการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองนั้นอยู่ที่ตัวของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง โดยผู้บำบัดจะช่วย Explore / Resolve Ambivalence เพื่อช่วยเสริมแรงจูงใจให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง[38,39]

2.3 การให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling) เป็นกลุ่มการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่สมาชิกซึ่งมีปัญหาหรือมีวัตถุประสงค์ที่คล้ายกันบางอย่างมารวมตัวกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเพื่อแก้ไขปัญหาบางอย่าง จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ กับสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่ม ได้ระบายความรู้สึกส่วนตน เล่าสิ่งที่กังวลใจ ผ่อนคลายความทุกข์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวความทุกข์ใจต่าง ๆ ภายในกลุ่ม[40,41] โดยผลการใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงจิตวิทยาแบบบูรณาการเชิงทฤษฎีต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเสพอินเทอร์เน็ต ในระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงจิตวิทยาแบบบูรณาการเชิงทฤษฎีมีคะแนนพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงจิตวิทยาแบบบูรณาการเชิงทฤษฎี ในระยะทดลองและระยะติดตามผลลดลงกว่าระยะเส้นฐาน[42]

3. การผสมผสานการบำบัดหลายวิธีเข้าด้วยกัน (Multimodal Psychotherapy) คือ การนำการบำบัดหลายวิธีมารวมกัน โดยอาจทำในรูปแบบตัวต่อตัว แบบกลุ่ม หรือแบบครอบครัว หรืออาจเป็นการจัดกิจกรรมที่โรงเรียน ได้ทดลองรูปแบบ Randomized controlled trial ของ Du และคณะ แยกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง = CBT ผู้ป่วย+ CBT พ่อแม่ + Psychoeducation workshop ให้ครูในโรงเรียน กลุ่มควบคุม = ไม่ได้รับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะการบริหารจัดการเวลาดีขึ้น และมีการพัฒนาเรื่องการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมมากขึ้น แต่การใช้อินเทอร์เน็ตลดลงเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม[43] Orzack และคณะได้ทำการบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้ CBT MI และ Ready to change Approaches (RtC) ร่วมกันพบว่า หลังจากทำผ่านไป 16 ครั้ง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ไม่สามารถลดปริมาณการใช้อินเทอร์เน็ตได้[41]

สรุป

การติดอินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ สมาธิ และพฤติกรรม รวมทั้งยังส่งผลกระทบถึงครอบครัว และสังคม จนสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย ดังนั้นการหามาตรการในการดูแลหรือป้องกันการติดอินเทอร์เน็ตจึงอาจช่วยป้องกันผลกระทบที่

จะเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้จากแนวคิดและงานวิจัยที่ผ่านมาดังที่นำเสนอมาข้างต้น กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้จึงคาดว่ารูปแบบของความคิดที่ไม่เหมาะสมในแบบต่าง ๆ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ปัญหาจากพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตก่อให้เกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือ การพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล ส่งผลถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่ผิดปกติ แนวคิดนี้มีนักจิตวิทยาจำนวนมากที่เห็นพ้องกัน โดยแนวทางในการปรับพฤติกรรมขึ้นมาใหม่โดยอาศัยแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคลหรือตัวแปรทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก การปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตเป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่มีปัญหาควบคู่ไปกับการตอบสนองหรือพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากต้องการการตอบสนองจากบุคคลในสังคมอินเทอร์เน็ตที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า โดยมีความคิดว่าเมื่ออยู่ในสังคมอินเทอร์เน็ตตนเป็นคนสำคัญ มีคุณค่า เป็นที่รัก โดยสิ่งเหล่านี้จะได้รับจากสังคมอินเทอร์เน็ตเท่านั้นในโลกแห่งความเป็นจริงไม่ได้รับความรักและไม่มีตัวตน ความคิดที่บิดเบือนนี้ยังรวมไปถึง ความคิดที่ว่าอินเทอร์เน็ตเป็นสถานที่เดียวที่ทำให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย ความคิดที่บิดเบือนนี้เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต ใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นและเป็นเวลานานขึ้น ทำให้เห็นการเชื่อมโยงระหว่างรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตได้ ดังนั้นแนวทางในการป้องกันแก้ไขพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าจะช่วยบรรเทาหรือแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

References

1. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. Comput Hum Behav 2001;17(2):187-95.
2. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association; 1996 August 15; Toronto, Canada.
3. Angres DH, Bettinardi-Angres K. The disease of addiction: origins, treatment, and recovery. Dis Mon 2008;54(10):696–721.
4. Salicetia F. Internet addiction disorder (IAD). Procedia Soc Behav Sci 2015;191:1372-6.
5. Yellowlees PM, Marks S. Problematic Internet use or Internet addiction?. Comput Human Behav 2007;23(3):1447-53.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Virginia: American Psychiatric; 2013.
7. Wongkeawpotong A. 2553. Social Media: tool for the business management performance. Executive J 2010;30(4):63-9. (in Thai).
8. Park MH, Park EJ, Choi J, Chai S, Lee JH, Lee C, et al. Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests. Psychiatry Res 2011;190(2-3):275-81.
9. Kim SH, Baik SH, Park CS, Kim SJ, Choi SW, Kim SE. Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. Neuroreport 2011;22(8):407-11.

10. Ko CH, Yen JY, Liu SC, Huang CF, Yen CF. The associations between aggressive behaviors and Internet addiction and online activities in adolescents. J Adolesc Health 2009;44(6):598-605.
11. Lai CM, Mak KK, Watanabe H, Jeong J, Kim D, Bahar N, et al. The mediating role of Internet addiction in depression, social anxiety, and psychosocial well-being among adolescents in six Asian countries: a structural equation modelling approach. Public Health 2015;129(9):1224-36.
12. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Coskun KS, Ugurlu H, Yildirim FG. Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. Cyberpsychol Behav Soc Netw 2013;16(4):272-8.
13. Beck AT, Steer RA, Brown, GK. BDI-II. Beck depression inventory: Manual. 2nd ed. San Antonio (TX): Psychologic; 1996.
14. National Institute of Mental, Health Information Resource Center. Depression: Overview [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml
15. Kamkliang K. 2563. Will be depressed: recognize depression and cope with understanding. Bangkok: Nation Books; 2020. (in Thai).
16. Lin F, Zhou Y, Du Y, Qin L, Zhao Z, Xu J, et al. Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: a tract-based spatial statistics study. PloS one 2012;7(1):e30253.
17. Han DH, Bolo N, Daniels MA, Arenella L, Lyoo IK, Renshaw PF. Brain activity and desire for Internet video game play. Compr Psychiatry 2011;52(1):88-95.
18. Yin G, Liu J. Psychometric analysis on neurotransmitter deficiency of internet addicted urban left-behind children. Drug Alcohol Depend 2015;3:1-6.
19. Hofmann SG. Clinical psychology: a global perspective. Hoboken, NJ: Wiley; 2018.
20. Niemz K, Griffiths M, Banyard P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. Cyberpsychol Behav 2005;8(6):562-70.
21. Xiuqin H, Huimin Z, Mengchen L, Jinan W, Ying Z, Ran T. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. Cyberpsychol Behav Soc Netw 2010;13(4):401-6.
22. Lewis B, Porter L. In-game advertising effects: Examining player perceptions of advertising schema congruity in a massively multiplayer online role-playing game. J Interact Advert 2010;10(2):46-60.
23. Li W, O'Brien JE, Snyder SM, Howard MO. Characteristics of internet addiction/pathological internet use in US university students: a qualitative-method investigation. PloS one 2015;10(2):e0117372.
24. Phonnopphadon C, Hongsanguansi S, Tantasuti B, Kiatrungrit K, Sinrattanan A, Phawasutthiphaisi C. Naeo Thawedr4t5ngkan Bambat Raksa Phawa Tit Inthoenet Lae Kem [Internet]. Bangkok: Child and Adolescent Psychiatry and National Health Commission; 2016 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://drive.google.com/file/d/0B5L_N4G_4NHRLURQT3pnN0hWVlk/view. (in Thai).

25. Yen JY, Yen CF, Chen CC, Chen SH, Ko CH. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. Cyberpsychol Behav 2007 Jun 26;10(3):323-9.
26. Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. World J Psychiatry 2016;6(1):143-76.
27. Daengkhrueang S, Wanruemon T. Relationships between behavior of Internet addiction with loneliness and social skills of teenagers : a case study of Mathayom Suksa students in the Upper Northern Region. Journal of Mass Communication 2014;2(1):100-11. (in Thai).
28. Kiatrungrit K, Theprak K, Ho P, Sawatdisutha P. Interesting Topic: Internet Gaming Disorder. [Internet]. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2014 [cited 2019 Jun 19]. Available from: https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/ default/files/public/pdf/Internet%20gaming%20addiction.pdf. (in Thai).
29. Lee YS, Han DH, Yang KC, Daniels MA, Na C, Kee, BS, et al. Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. J Affect Disord 2008;109 (1-2):165-9.
30. Montag C, Kirsch P, Sauer C, Markett S, Reuter M. The role of the CHRNA4 gene in Internet addiction: a case-control study. J Addict Med 2012;6(3):191-5.
31. Hoeft F, Watson CL, Kesler SR, Bettinger KE, Reiss AL. Gender differences in the mesocorticolimbic system during computer game-play. J Psychiatr Res 2008;42(4):253-8.
32. Wama P, Ciatsakun U. The Influence of Game Addiction and Internet Addiction among University Students on Depression Stress and Anxiety Mediated by Self-regulation and Social Support. Journal of Business Administration The Association of Private 2017;5(2):45-57.
33. Wu XS, Zhang ZH, Zhao F, Wang WJ, Li YF, Bi L, et al. Prevalence of internet addiction and its association with social support and other related factors among adolescents in China. J Adolesc 2016;52:103-11.
34. Weinstein A, Dorani D, Elhadif R, Bukovza Y, Yarmulnik A, Dannon P. Internet addiction is associated with social anxiety in young adults. Ann Clin Psychiatry 2015;27(1):2-7.
35. Beard KW. Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. Cyberpsychol Behav 2005;8(1):7-14.
36. Young KS. Clinical assessment of Internet-addicted clients. In: Young KS, Nabuco de Abreu C, editors. Internet addiction: A handbook and guide for evaluation and treatment. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010. p. 19-34.
37. Young KS. Cognitive behavior therapy with internet addicts: treatment outcomes and implications. Cyberpsychol Behav 2007;10(5):671-9.
38. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51(3):390-5.

39. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. Guilford Press; 2007.
40. Yalom ID, Molyn L. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books; 2005.
41. Orzack MH, Voluse AC, Wolf D, Hennen J. An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. Cyberpsychol Behav 2006;9(3):348-60.
42. Thungkaeo P, Chaiwimon R, Sicannin P. The theoretical integrative group counselling for internet addiction among upper secondary school students. Rommayasan 2018;16(2):329-47. (in Thai)
43. Hofstra JM, Branten AJ, Wirtz JJ, Noordzij TC, du Buf-Vereijken PW, Wetzels JF. Early versus late start of immunosuppressive therapy in idiopathic membranous nephropathy: a randomized controlled trial. Nephrol Dial Transplant 2010;25(1):129-36.

บทความวิชาการ

การวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

A Concept Analysis of HIV-Related Stigma

Received: Jun 6, 2020
Revised: Aug 18, 2020
Accepted: Aug 24, 2020

ณัฏฐวรรณ คำแสน Ph.D. (Natawan Khumsaen, Ph.D.)[1]
สุพรรณี เปี้ยวนาลาว พย.ม. (Supannee Peawnalaw, M.N.S.)[2]
จินตนา เพชรมณี วท.ม. (Jintana Pechmanee, MSc.)[3]
จิตติมา ดวงแก้ว พย.ม. (Jittima Duangkaew, M.N.S.)[4]

บทคัดย่อ

มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) มีความสำคัญในการดูแลและการวิจัยทางการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี มโนทัศน์นี้เป็นมโนทัศน์ที่น่าสนใจ แต่ยังขาดความชัดเจนในวรรณกรรม โดยเฉพาะปรากฏการณ์ทางการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัตถุประสงค์ของบทความฉบับนี้ต้องการวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้คำจำกัดความที่ชัดเจน คุณลักษณะของมโนทัศน์ คำศัพท์และขอบเขตของมโนทัศน์ที่ชัดเจน โดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์มโนทัศน์ของ Walker และ Avant ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ การเลือกมโนทัศน์ การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์มโนทัศน์ การระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ การกำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์ การระบุกรณีตัวอย่าง การระบุกรณีศึกษา การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น และการกำหนดสิ่งที่จะวัด ตามลำดับ

ผลจากการวิเคราะห์มโนทัศน์ได้คำจำกัดความของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อและทัศนคติด้านลบของบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยอาจจะเป็นอคติที่เกิดขึ้นพร้อมกับการประทับตราบุคคลว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่เชื่อได้ว่าสังคมไม่ยอมรับ โดยมีคุณลักษณะที่กำหนดของมโนทัศน์ คือ 1) ทัศนคติที่ไม่ดีจากผู้อื่น 2) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง 3) ประสบการณ์ส่วนตัวที่ไม่น่าพึงพอใจ 4) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมด้านลบ และ 5) การเลือกปฏิบัติ

สรุป การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นมโนทัศน์ที่เป็นผลลัพธ์ทางลบของการพยาบาล ควรมีการนำไปใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและใช้ในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวัดผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาทฤษฎีต่อไป

คำสำคัญ: เอชไอวี, การตีตรา, การวิเคราะห์มโนทัศน์

[1] *Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*
Email: natawan@snc.ac.th
[2,3] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*
[2]*Email: suphanee@snc.ac.th* [3] *Email: Jintana@snc.ac.th*
[4] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี Email: jittimar@snc.ac.th*
Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

HIV-Related Stigma has been important in nursing care and nursing research in people living with HIV (PLWH) and it is interesting concept, however, it is ambiguous in the phenomenon of HIV nursing. This paper aimed to analyze the concept of a HIV-related stigma and to clarify the meaning, define the attributes, and explain a term and the scope of the concept. The method used in the analysis was based on Walker and Avant's concept analysis which consisted of 8 important steps including selection of a concept of interest, determine the aims or purposes of analysis, identify all uses of the concept, determine the defining attributes, identify a model case, identify borderline, related, and contrary cases, identify antecedents and consequences, and define empirical referents, respectively.

Results of the concept analysis of HIV-related stigma are the following. HIV-related stigma was defined as negative feelings, beliefs, and attitudes towards people living with HIV. It is the prejudice that comes with labeling an individual as part of a group that is believed to be socially unacceptable. The defining attributes were 1) Unfavorable attitude from an individual or group; 2) Feeling devalued; 3) Unpleasant personal experience; 4) Perceived negative social norms; and 5) Discrimination.

In conclusion, HIV-related stigma is a concept related to negative nursing outcomes. Hence, it should be utilized as a guide of assessing quality of nursing care and to develop measurements for the nursing research and nursing theory in the future.

Keywords: HIV, stigma, concept analysis

บทนำ

การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-related stigma) เป็นประเด็นที่สำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตีตราที่เกี่ยวกับเอชไอวีมักจะเกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายรักชาย สาวประเภทสองหรือหญิงข้ามเพศ และพนักงานบริการทางเพศ การตีตราจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอื่นปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างไปจากเดิม ซึ่งการตีตราจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความเครียด หรือแม้กระทั่งรู้สึกกลัวและแปลกแยกจากสังคม[1] การตีตราอาจจะเกิดจากบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง (externalized stigma) หรือเกิดจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง (internalized or self-stigma) ก็เป็นได้ ส่วนใหญ่การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากบุคคลรอบข้างมักเกิดจากการที่บุคคลรอบข้างนั้นกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ และการอยู่ห่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะทำให้ตนเองปลอดภัย ในทางกลับกัน การถูกตีตราจากบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเกิดความกลัว ส่งผลให้ตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติตัวแตกต่างและแยกตัวจากคนอื่นได้เช่นกัน[2] การตีตราที่เกิดจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองนั้นเป็นการตีตราตนเอง ต้องการแยกตัวจากสังคมโดยไม่ต้องการพบปะผู้คน เนื่องจากรู้สึกกลัวว่าจะโดนตีตรา รวมทั้งเกิดจากความรู้สึกผิดบาปหรือละอายจากการมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัส[3] ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถปรับตัวได้แม้ว่าจะเกิดการตีตราจากบุคคลอื่นรอบข้าง หากมีความเชื่อมั่นในตนเองและเชื่อมั่นในสิ่งที่อยู่รอบข้างที่ตนเองเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตราจากสังคมจะทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติหรือถูกกีดกันจากสังคมรอบข้าง และอาจถูกละเมิดสิทธิ

มนุษยชนด้วย ในหลายประเทศมีการรายงานถึงกรณีที่ผู้ติดเชื้อถูกปฏิเสธสิทธิในการรักษาพยาบาลและการทำงาน[4] ส่งผลให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีประสิทธิภาพและไม่บรรลุเป้าหมายในการรักษา และหนึ่งในผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่ดีซึ่งคาดหวังได้จากการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Health-related quality of life: HRQOL)[5] หากไม่มีการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจะปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยได้ดี มีการดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติและให้ความร่วมมือในการรักษาดีย่อมส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพแข็งแรง สามารถชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลงและลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสลงได้เช่นกัน[6]

ในปัจจุบันการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นมโนทัศน์ (concept) ที่ถูกนำมาใช้บ่อยและเป็นประเด็นที่สำคัญเรื่องหนึ่งในการวิจัยที่เกี่ยวกับเอชไอวีและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการนำไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประเด็นปัญหาในการถูกเลือกปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพและเกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ในปัจจุบันพบว่ายังมีการใช้คำว่า การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี สลับกับคำว่า การประทับตรา (Label) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อพฤติกรรมของคนหนึ่งถูกประทับตราว่า “ติดเชื้อเอชไอวี” (HIV infection) จะนำไปสู่การถูกเหมารวม (Stereotype) ในแง่ลบ เช่น น่ากลัว ดูน่าอันตราย นำไปสู่การถูกปฏิเสธทางสังคม[7] ส่วนคำว่า อคติ (Prejudice) เป็นคำที่ใช้เพื่อบ่งชี้ว่าผู้อื่นมีความรู้สึกไม่ดีที่มีอยู่ก่อนและเป็นความรู้สึกด้านลบที่ไม่มีเหตุผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี[8]

การวิเคราะห์มโนทัศน์ (Concept analysis) เป็นกระบวนการที่นักวิจัยและนักทฤษฎีทางการพยาบาลนำมาใช้เพื่อระบุและแยกแยะคุณลักษณะ (Characteristics or attributes) ที่เฉพาะของมโนทัศน์อันมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและถูกต้องมากขึ้นในคุณลักษณะที่สำคัญของมโนทัศน์ และยังช่วยในการตรวจสอบโครงสร้างและหน้าที่ของมโนทัศน์ อันจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารเกี่ยวกับมโนทัศน์นั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์มโนทัศน์ จะทำให้ได้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ของมโนทัศน์ที่มีความชัดเจนและแม่นยำมากขึ้น การวิเคราะห์มโนทัศน์เป็นสิ่งที่ท้าทายและช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งอย่างมากในปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่อยู่ในความสนใจ นอกจากนี้ Rodgers และคณะได้กล่าวถึงการวิเคราะห์มโนทัศน์ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนามโนทัศน์ (Concept development) ทำให้สามารถนำมโนทัศน์ไปใช้ในงานวิจัยหรือการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกได้อย่างถูกต้อง รวมถึงใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยและทดสอบทฤษฎีอย่างเหมาะสม[9]

Walker และ Avant[10] ได้เสนอกรอบแนวคิดเพื่อเป็นแนวทางที่สำคัญในการวิเคราะห์มโนทัศน์ไว้ 8 ขั้นตอนที่มีความเป็นรูปธรรม ชัดเจนเพียงพอ เหมาะสมกับการนำมาใช้และง่ายต่อการนำไปใช้วิเคราะห์มโนทัศน์ทางการพยาบาล ได้แก่ 1) เลือกมโนทัศน์ (Select a concept); 2) กำหนดจุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ (Determine the aims or purposes of analysis); 3) ระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ (Identify all uses of the concept that you can discover); 4) กำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์ (Determine the defining attributes); 5) ระบุกรณีตัวอย่าง (Identify a model case); 6) ระบุกรณีศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ กรณีศึกษาที่มีความก้ำกึ่ง (Borderline case) กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case); 7) ระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น (Identify antecedents and consequences); และ 8) กำหนดสิ่งที่จะวัด (Define empirical referents) ซึ่งทั้ง 8 ขั้นตอนดังกล่าวจะช่วยในการวิเคราะห์มโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา และช่วยในการแยกแยะตัวแปรในกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจึงยังคงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้องค์ความรู้และมุมมองเกี่ยวกับมโนทัศน์นี้อย่างถูกต้องและชัดเจน ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์มโนทัศน์ตามวิธีการของ Walker และ Avant[10] 8 ขั้นตอน เพื่อให้เกิดความชัดเจนของคำจำกัดความ คุณลักษณะ และขอบเขตของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี อันเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุขต่อไป

วิธีการวิเคราะห์มโนทัศน์

ในการวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีนี้ ผู้วิเคราะห์มีการนำเสนอตามแนวคิดการวิเคราะห์มโนทัศน์ของ Walker และ Avant[10] ใน 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกมโนทัศน์ (Select a concept)

ผู้วิเคราะห์เลือกมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากโรคเอสด์ยังคงถูกตีตราจากสังคมว่าเกิดจากพฤติกรรมส่ำสอนทางเพศ[11] จนเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อ การตีตราหรือตราบาป (Stigma) คือ มุมมองของสังคมที่อ้างอิงจากบรรทัดฐานทางสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการต่อต้าน โดยผู้ที่ถูกตีตราบาปจะถูกมองจากคนในสังคมว่าเป็นผู้ที่มี “ลักษณะเด่นที่ทำให้เกิดการเสื่อมเสีย” (spoiled identity) เป็นเหตุให้สังคมมองบุคคลว่าเป็นทาสหรือเป็นผู้ที่มีความผิดทางอาญา[12] เป็นความรู้สึกที่ฝังแน่นภายในจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้[13] การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นความรู้สึกด้านลบที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกลดคุณค่าจากสังคม เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เกิดการต่อต้านจากครอบครัว ชุมชนและสังคมที่ผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ ความรู้สึกมีตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลัวต่อการถูกเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนต่อบุคคลอื่น กลัวการเข้ารับยาต้านไวรัส กลัวได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ[14] จึงเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการรักษา[15] เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคของระบบบริการสุขภาพ

ในปัจจุบันพบว่า มีการศึกษาและวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น อินเดีย[16] แต่การวิเคราะห์และแปลความหมายอาจขึ้นกับบริบทที่ต่างกัน และมีการศึกษาวิจัยใหม่ ๆ เกี่ยวกับมโนทัศน์นี้ในหลากหลายประเด็น ดังนั้น การวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจากมุมมองและบริบทของวัฒนธรรมไทยจึงยังมีความสำคัญเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับคุณลักษณะสำคัญของมโนทัศน์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการลดตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดจุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ (Determine the aims or purposes of analysis)

ในการวิเคราะห์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิเคราะห์ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่สะท้อนถึงเป้าหมายและมีความชัดเจน ได้แก่ 1) เพื่อตรวจสอบการพัฒนาและขอบเขตของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี 2) เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในความหมายของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี 3) เพื่อการตัดสินใจในการให้คำจำกัดความของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี วิพากษ์คุณลักษณะ และการให้กรณีตัวอย่างของต้นแบบกรณีศึกษา กรณีศึกษาที่กำกึ่ง กรณีศึกษาที่สัมพันธ์และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม 4) เพื่อระบุแยกสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น และ 5) เพื่อนิยามการวัดหรือสิ่งที่จะวัดเชิงประจักษ์ของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 3 ระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ (Identify all uses of the concept)

การสืบค้นและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยใช้วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการสืบค้นและการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมทุกวัย เชื้อชาติและลักษณะที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี การสืบค้นพบคำจำกัดความในวรรณกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ ผู้วิเคราะห์ยังพบว่า มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีถูกนำไปใช้ในการวิจัยโดยนักวิจัยในหลายประเทศทั้งในทวีปอเมริกาเหนือ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ทวีปแอฟริกา เช่น สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ ทวีปยุโรป เช่น ราชอาณาจักรสวีเดน ทวีปเอเชียตะวันออก เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ทวีปเอเชีย เช่น ประเทศอินเดีย รวมทั้งประเทศไทย โดยประเทศสหรัฐ-อเมริกาได้มีการนำมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีไปใช้ในการทบทวนเกี่ยวกับการระบุและการประเมินค่าของแบบวัดในเชิงปริมาณในการประเมินความละอายของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีในหมู่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้แบบประเมินมุ่งเน้นเรื่องการรับรู้หรือตราบาปในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี[17] ส่วนในประเทศไทยได้มีการนำมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีมาศึกษาการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[18] นอกจากนี้ได้มีการนำมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับตราบาป ผลกระทบของตราบาป กลยุทธ์ในการจัดการกับตราบาป และการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความรู้สึกตราบาปจากการติดเชื้อเอชไอวี[13] การนำเสนอมโนทัศน์เกี่ยวกับตราบาปจากโรคเอดส์ ซึ่งเป็นตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงการรับบริการยาต้านไวรัส ซึ่งการนำเสนอนี้เป็นแนวทางในการค้นหาและควบคุมปัจจัยการเพิ่มหรือลดระดับการรับรู้ตราบาป เพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับคำแนะนำและการรักษาตามระบบ[14] จากการศึกษาพบว่ามีหลายการศึกษาที่ได้ศึกษาผลกระทบของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนต่าง ๆ ที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายรักชาย ชายสู่หญิง แม่สู่ลูก เป็นต้น แต่แนวคิดของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวียังไม่ชัดเจน[19] โดย Goffman[12] กล่าวว่า การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นคุณลักษณะที่ทำให้เสียชื่อเสียงอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นการศึกษาในศาสตร์สาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกันออกไป อาทิ[20] ให้ความหมายของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การลดคุณค่าของบุคคลหรือรู้สึกว่าบุคคลไม่ดีเท่ากับคนอื่น ๆ ความรู้สึกนี้จะมีความสัมพันธ์กับความกลัวในการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น นอกจากนี้ [17] ให้ความหมายของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณและฝังแน่นภายในจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นจึงสามารถสรุปคำจำกัดความของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (Definition of HIV-related stigma) ได้ดังนี้

การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-related stigma) หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และทัศนคติด้านลบของบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี[5] โดยอาจจะเป็นอคติที่เกิดขึ้นพร้อมกับการประทับตราบุคคลว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่เชื่อได้ว่าสังคมไม่ยอมรับ โดยบุคคลในสังคมมีความเชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมทางลบ เช่น การมีคู่นอนหลายคน การขายบริการทางเพศ หรือการใช้สารเสพติดแบบใช้เข็มฉีดยา ทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกแบ่งแยกหรือกีดกันออกไปจากสังคมหรือได้รับโอกาสที่ไม่เท่าเทียมในการได้รับบริการด้านสุขภาพ การศึกษา หรือต้องอาศัยในชุมชนที่ไม่น่าอยู่

ในบทความนี้ผู้เขียนต้องการวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเทียบกับมโนทัศน์อคติ (Prejudice) ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านลบที่ไม่มีเหตุผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์[8]

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์ (Determine the defining attributes)

การกำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการจัดกลุ่มคุณลักษณะที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับมโนทัศน์ เขียนบันทึกคุณลักษณะที่ปรากฏซ้ำ ๆ สำหรับการวินิจฉัยความแตกต่างจากมโนทัศน์อื่น โดยพบว่ามีคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้

1) ทัศนคติที่ไม่ดีจากผู้อื่น (Unfavorable attitude from an individual or group) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อในลักษณะคัดค้านของบุคคลที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นความอัปยศ มีมลทิน[21] จนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ โดยทัศนคตินี้ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถคาดเดาได้จากพฤติกรรมและปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงออกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี อันเป็นผลมาจากทัศนคติ เช่น การหลีกเลี่ยงการพบปะ การพูดคุย การนินทา[22]

2) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (Feeling devalued) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาพในการให้คุณค่าต่อตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่ดีเท่ากับบุคคลอื่น โดยดูจากพฤติกรรมและประสบการณ์จริงของชีวิต[23]

3) ประสบการณ์ส่วนตัวที่ไม่น่าพึงพอใจ (Unpleasant personal experience) เป็นภาพลักษณ์ของโรคเอดส์ที่ได้รับจากการถูกตีตรา เนื่องจากมีลักษณะอย่างน้อยหนึ่งอย่าง คือ เป็นโรคติดเชื้อที่มีอันตรายรุนแรงถึงชีวิต ทำร้ายสังคม รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานทางสังคม[24]

4) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมด้านลบ (Perceived negative social norms) เป็นความหมายทางสังคมของโรคเอดส์ ที่ถูกให้ความหมายในเชิงลบโดยนำมาเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ตอบสนองที่สังคมมีต่อโรคเอดส์ในลักษณะกลัวและหวาดผวาต่อโรคตลอดจนความรังเกียจ รวมทั้งต่อต้าน ไม่อยากให้เข้าใกล้ ไม่อยากให้อยู่ร่วมสังคมด้วย รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวก็ยังถูกรังเกียจด้วย การถูกไล่ออกจากงาน หรือกรณีที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการปฏิเสธรวมทั้งการดูแลด้วยความรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขณะเข้ารับการรักษา และการถูกครอบครัวทอดทิ้ง[25]

5) การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) การตีตรามีผลต่อบุคคลโดยมีการแบ่งแยก การถูกปฏิเสธในการเข้าไปมีส่วนร่วมหรือการมีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและชุมชน สถานที่ทำงาน สถานศึกษา การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในรูปแบบที่ชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็เป็นได้[26]

ขั้นตอนที่ 5 ระบุกรณีตัวอย่าง (Identify a model case)

การระบุกรณีศึกษาตัวอย่างของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นตัวอย่างของการใช้มโนทัศน์ที่แสดงให้เห็นนิยามคุณลักษณะของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นกรณีสมมติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังข้อความด้านล่างนี้

นายปวีณ (นามสมมุติ) ชายไทยวัย 25 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา อาชีพพนักงานโรงแรม นายปวีณเป็นชายรักร่วมเพศที่เพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อแรกเริ่มที่มีอาการป่วย นายปวีณมีอาการเครียดมากเนื่องจากกังวลว่าเพื่อนร่วมงานจะทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี อาการทางกายของนายปวีณเริ่มปรากฏ เช่น น้ำหนักลดลงมากจนผอมกว่าปกติ ผิวหนังมีสีคล้ำลง ทำให้เพื่อนร่วมงานเริ่มสงสัย ซุบซิบนินทา และพูดจาว่าร้าย กระทบเปรียบเปรย ไม่อยากเข้าใกล้เขา ทำให้นายปวีณรู้สึกน้อยใจ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า กอปรกับนายปวีณถูกเพื่อนร่วมงานบางคนล้อเลียนและเหยียดหยามว่าเป็นเกย์เป็นคนผิดเพศ บ่อยครั้งที่เพื่อนร่วมงานไม่ต้องการให้นายปวีณร่วมโต๊ะอาหารด้วยเพราะกลัวว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการรับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนตัวนายปวีณเช่าห้องพักเล็ก ๆ ใกล้ที่ทำงาน และเมื่อเขาเริ่มมีอาการป่วย เจ้าของห้องเช่าก็บอกเลิกการเช่าด้วยเหตุผลว่าผู้เช่าคนอื่น ๆ จะรังเกียจที่นายปวีณป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้นายปวีณต้องหาห้องเช่าใหม่และใช้ชีวิตด้วยความกังวลเป็นอย่างมาก

สำหรับกรณีศึกษาตัวอย่างของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี นายปวีณมีคุณลักษณะของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ 1) ทัศนคติที่ไม่ดีจากผู้อื่น 2) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง 3) ประสบการณ์ส่วนตัวที่ไม่น่าพึงพอใจ 4) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมด้านลบ และ 5) การเลือกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 6 ระบุกรณีศึกษาอื่น ๆ (Identify other cases)

ประกอบด้วย การระบุกรณีศึกษาที่มีความก้ำกึ่ง (Borderline case) กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case) สำหรับกรณีศึกษาที่มีความก้ำกึ่ง (Borderline case) ของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นตัวอย่างที่มีคุณลักษณะของมโนทัศน์บางส่วนแต่ไม่ใช่สมบูรณ์ทั้งหมด ดังข้อความด้านล่างนี้

นายเดชชาติ (นามสมมุติ) ชายไทยวัย 30 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี นายเดชชาติเป็นชายรักร่วมเพศที่มีอาชีพเป็นโปรแกรมเมอร์ ทำงานบริษัทในกรุงเทพและนโยบายของบริษัทนี้ยอมรับเพศทางเลือกเข้าทำงาน โดยไม่มีการตีตราหรือกีดกัน นายเดชชาติเพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 7 เดือนที่ผ่านมา เมื่อแรกเริ่มที่มีอาการป่วย นายเดชชาติมีอาการเครียดมากเนื่องจากกังวลว่าเพื่อนร่วมงานจะทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี นายเดชชาติเป็นคนเงียบ ๆ ไม่ช่างพูดคุย เขาทราบดีว่าผลเลือดของตนเองที่เป็นบวกอาจจะทำให้เพื่อนร่วมงานรังเกียจ และเขารู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า มีเพื่อนร่วมงานบางคนที่สงสัยว่าเขาติดเชื้อเอชไอวีและแสดงท่าทีรังเกียจเขา แต่ส่วนใหญ่ก็ยังปฏิบัติดี พูดคุยดีสม่ำเสมอ มองเขาในแง่ดี และไม่ได้เลือกปฏิบัติกับเขาแตกต่างจากคนอื่น ๆ นายเดชชาติมีประสบการณ์ชีวิตและประสบการณ์การทำงานที่ดีทำให้เขาพึงพอใจกับชีวิตปัจจุบันของตนพอสมควร

สำหรับกรณีศึกษาที่มีความก้ำกึ่งของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี นายเดชชาติมี คุณลักษณะของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีบางส่วน แต่ไม่

สมบูรณ์ทุกคุณลักษณะ คือมีทั้งทัศนคติที่ดีและไม่ดีจากผู้อื่น ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง แต่ยังมีประสบการณ์ส่วนตัวที่ดีและน่าพึงพอใจ ไม่มีบรรทัดฐานทางสังคมด้านลบเกิดขึ้น และไม่มีการเลือกปฏิบัติ

กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) เป็นกรณีตัวอย่างที่แสดงถึงมโนทัศน์อื่นที่มีความคล้ายคลึงกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ได้มีคุณลักษณะทั้งหมดของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิเคราะห์ขอนำเสนอตัวอย่างของมโนทัศน์อคติ (Prejudice) ดังข้อความด้านล่างนี้

นายวันชาติ (นามสมมุติ) ชายไทยวัย 25 ปี จบการศึกษาชั้นอนุปริญญา อาชีพช่างแต่งหน้าทำผม สถานภาพโสด อาศัยอยู่ในตัวเมืองใหญ่ นายวันชาติเป็นชายรักร่วมเพศ นายวันชาติเพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา แต่เขาไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อเอชไอวี นายวันชาติรับจ้างแต่งหน้าทำผมให้คนทั่วไป ลูกค้ามีทุกเพศทุกวัย บางคนเมื่อทราบว่าเขาเป็นเพศที่สามก็แสดงท่าทางรังเกียจ บางคนสงสัยว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่จ้างนายวันชาติไปแต่งหน้าให้ด้วยเหตุผลว่ากลัวจะติดเชื้อเอชไอวีจากนายวันชาติ แต่นายวันชาติก็ไม่ได้สนใจและทำงานอาชีพตนเองตามปกติ

จากกรณีศึกษาของนายวันชาตินี้แสดงให้เห็นคุณลักษณะของมโนทัศน์อคติ (Prejudice) ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมาคล้ายคลึงกับการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษานี้คล้ายกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่ใช่มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

กรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case) สำหรับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวอย่างที่มีความชัดเจนของการไม่ใช่มโนทัศน์ (Not the concept) ดังข้อความด้านล่างนี้

นายรินรดา (นามสมมุติ) หญิงข้ามเพศวัย 28 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา อาชีพนักแสดง คาบาเร่ต์ นายรินรดาเพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อแรกเริ่มที่มีอาการป่วยนายรินรดา มีอาการเครียดมากเนื่องจากกังวลว่าจะทำงานไม่ได้และกลัวว่าเพื่อนร่วมงานจะรังเกียจถ้าหากทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี นายรินรดาดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้ความผิดปกติที่เป็นอาการทางกายเกิดขึ้นน้อยมาก แม้ว่าเพื่อนสนิทที่ร่วมงานกันบางคนจะทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่ได้พูดจาว่าร้ายหรือดูแคลน แต่ให้กำลังใจเขาเสมอมา นายรินรดาไม่ได้รู้สึกว่าชีวิตตนเองไร้คุณค่า เขาภูมิใจที่ได้ให้ความสุขและความบันเทิงกับลูกค้าที่ไปชมคาบาเร่ต์ และในสังคมที่เขาอยู่เพื่อนร่วมงานก็ต่างยอมรับความเป็นเพศที่สาม นายรินรดาสามารถทำงานกับทุกคนได้ ไม่มีผู้ใดปฏิเสธเขาเนื่องจากเขาเป็นนักแสดงที่เต้นและร้องเพลงเก่งมาก เขาจึงใช้ชีวิตด้วยความสุขและดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี

สำหรับกรณีศึกษาแบบตรงกันข้ามนี้ นายรินรดา ไม่มีคุณลักษณะใด ๆ ของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเลยจึงจัดว่าเป็นกรณีที่ตรงกันข้ามกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 7 การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น (Identify antecedents and consequences)

สิ่งที่มาก่อนของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นประเด็นหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน ๆ ที่จะมีการเกิดขึ้นของประเด็นมโนทัศน์ คือ การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสิ่งที่มาก่อน ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง การขาดความตระหนัก ความไม่ร่วมมือในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิต การรับรู้ความเท่าเทียมและความไม่เท่าเทียมทางสังคม คำนึงถึงภาพลักษณ์ของตนเอง ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น ส่วนผลที่เกิดขึ้นจากการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ด้านอารมณ์ ได้แก่ การถูกทอดทิ้ง การถูกดูหมิ่น และการขาดความเคารพนับถือ ด้านสังคม ได้แก่ การถูกเลือกปฏิบัติ การสูญเสียการจ้างงานหรือที่อยู่อาศัย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางสังคม การปิดบังความลับของตนเองต่อครอบครัว ด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการรักษา การดูแลล่าช้า และด้านความรุนแรง ได้แก่ ความรุนแรงด้านร่างกายและคำพูด สามารถแสดงความสัมพันธ์การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้นตามแผนภูมิที่ 1

สิ่งที่มาก่อน (Antecedents)

- การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness)[12]
- การรับรู้ความเท่าเทียมและความไม่เท่าเทียมทางสังคม (Perception of equality & social inequality)[35,36]
- คำนึงถึงภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image)[33]
- ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล[37] (Individual with health problems)
- ความรู้สึกของการถูกปฏิเสธ[37] (Feelings of rejection)
- ความรู้สึกละอายและถูกตำหนิ[37] (Shame and blame)
- อคติ (Prejudice)[35,36]
- ความรู้สึกกลัวว่าผู้อื่นจะล่วงรู้สถานภาพการติดเชื้อ

การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-Related Stigma)

ผลที่เกิดขึ้น (Consequences)

ด้านอารมณ์[38]
- การถูกทอดทิ้ง การถูกดูหมิ่น และการขาดความเคารพนับถือ (Disregard and disrespect)
- ความกลัว (Fear)
- ความวิตกกังวล (Anxiety)
- ความรู้สึกสิ้นหวัง (A sense of desperation)
- ความรู้สึกผิด (Guilt)

ด้านสังคม[38]
- การสูญเสียการจ้างงานหรือที่อยู่อาศัย (Losing their employment or housing)
- การเสื่อมเสียชื่อเสียง (Having a poor reputation)
- ภาระครอบครัว (Family burden)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล[38]
- การหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางสังคม (Avoid social relationships)
- การปิดบังความลับของตนเองต่อครอบครัว (Spend energy in hiding the secret to family)
- การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย (Move to another area)
- การแยกตัวออกจากสังคม (Social

ด้านบริการสุขภาพ
- ไม่เข้ารับบริการการรักษา[37] (Accession of healthcare services)
- การดูแลล่าช้า (Delaying care)[15]
- การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Poor treatment adherence)[15]

ด้านความรุนแรง
- ความรุนแรงด้านร่างกาย[13]และคำพูด[15] (Risk for physical violence and/or verbal abuse)

แผนภูมิที่ 1 ระบุสิ่งที่มาก่อน และผลที่เกิดขึ้นของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจากขั้นตอนที่ 7

ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดสิ่งที่จะวัด (Define empirical referents)

การกำหนดสิ่งที่จะวัดของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการกำหนดการวัดสำหรับคุณลักษณะที่ให้ไว้ เพื่อแสดงการเกิดขึ้นของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาในต่างประเทศ พบแบบวัดดังนี้ 1) The Stigma Scale ฉบับย่อ 12 ข้อ โดยพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ประเมินการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่[27] ซึ่งแบบวัดฉบับย่อนี้ทดลองใช้กับกลุ่มวัยรุ่นไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 16-25 ปีแล้วพบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้จริง 2) แบบวัดตราบาปภายในของผู้ป่วยเอดส์ 6 ข้อ (the HIV-Internalized Stigma Scale) พัฒนาโดย Hernansaiz-Garrido และ Alonso-Tapia[28] เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินตราบาปภายในของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาให้มีความกระชับและมีการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือเป็นอย่างดีแล้วก่อนการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3) The Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) เป็นแบบวัดจำนวน 30 ข้อ ที่ใช้ในการประเมินการตีตราจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์[29] แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการทำสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงความรู้สึกของพวกเขาต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดนี้ได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา 4) แบบวัดตราบาปสำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Stigma Scale for Children-8: HSSC-8) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการตีตราสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Reinius และคณะ[27] สามารถใช้ประเมินในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยด้านการเปิดเผยความรู้สึก การมองตนเองในด้านลบ และทัศนคติของบุคคลอื่นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีการทดลองใช้ในกลุ่มเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 8-18 ปี[30] 5) Stigmatizing Attitude Towards PLWH[31] แบบประเมินนี้มีจำนวน 6 ข้อ สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ดี และเป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับว่าได้มาตรฐานและนำไปใช้ได้จริง 6) HIV Stigma and Discrimination Scale เป็นแบบประเมินทัศนคติต่อการตีตรา นโยบายการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ในสถานบริการทางสุขภาพ[32] แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดลองใช้เพื่อหาค่าความตรงและความเที่ยงกับกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และได้รับการยอมรับว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีแบบวัด HIV Stigma and Stigma Scale[33] ซึ่งมีข้อคำถาม 12 ข้อ และแบบวัดการตีตราสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวไทย[34] โดยแบบวัดทั้งสองชุดนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล

การวิเคราะห์มโนทัศน์ครั้งนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนในความหมาย คุณลักษณะสำคัญและคุณลักษณะย่อยของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาลและช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยการให้คำปรึกษาเพื่อลดการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หากผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้องให้ความเข้าใจ และร่วมมือกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการใช้ชีวิตในสังคมที่อาศัยร่วมกัน การส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถจัดการและรับมือกับการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีได้นั้นจะมีผลดีต่อสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มที่ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ก็นับว่ามีบทบาทที่สำคัญในการช่วยลดการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติของเจ้าหน้าที่และการเลือกปฏิบัติในสถานบริการทางสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ล้วนส่งผลทำให้การไปใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ ล่าช้า ไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การเข้ารับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือการคงอยู่ในกระบวนการรักษาและการรับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจจะลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงและส่งผลให้เกิดการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นได้ด้วย

สรุป

การวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดของ Walker และ Avant[10] เป็นกระบวนการตรวจสอบองค์ประกอบพื้นฐานของมโนทัศน์ ช่วยทำให้มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีความคลุมเครือ สับสน เกิดความชัดเจนขึ้น ผลจากการวิเคราะห์ตามแนวคิดดังกล่าวได้คำจำกัดความของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี และได้คุณลักษณะของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจน ซึ่งจะมีประโยชน์ในการวัดผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลต่อไป

References

1. Yang JP, Simoni JM, Dorsey S, Lin Z, Sun M, Bao M, et al. Reducing distress and promoting resilience: a preliminary trial of a CBT skills intervention among recently HIV-diagnosed MSM in China. AIDS Care 2018;30(sup5):S39-S48.
2. Ajong AB, Njotang PN, Nghoniji NE, Essi MJ, Yakum MN, Agbor VN, et al. Quantification and factors associated with HIV-related stigma among persons living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy at the HIV-day care unit of the Bamenda Regional Hospital, North West Region of Cameroon. Global Health 2018;14(1)56:1-7.
3. Rice WS, Crockett KB, Mugavero MJ, Raper JL, Atkins GC, Turan B. Association between internalized HIV-related stigma and HIV care visit adherence. J Acquir Immune Defic Syndr 2017;76(5):482-7.
4. Smit PJ, Brady M, Carter M, Fernandes R, Lamore L, Meulbroek M, et al. HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. AIDS Care 2012;24(4):405-12.
5. Khumsaen N, Aoup-Por W, Thammachak P. Factors influencing quality of life among people living with HIV (PLWH) in Suphanburi province, Thailand. J Assoc Nurses AIDS Care 2012;23(1):63-72.
6. Holtz C, Sowell R, VanBrackle L, Velasquez G, Hernandez-Alonso V. A quantitative study of factors influencing quality of life in rural Mexican women diagnosed with HIV. J Assoc Nurses AIDS Care 2014;25(6):555-67.
7. Dubov A, Galbo P, Altice FL, Fraenkel L. Stigma and shame experiences by MSM who take PrEP for HIV prevention: a qualitative study. Am J Mens Health 2018;12(6):1843-54.
8. Scambler G. Health-related stigma. Social Health Illn 2009;31(3):441-55.
9. Rodgers BL, Jacelon CS, Knafl KA. Concept analysis and the advance of nursing knowledge: state of the science. J Nurs Scholarsh 2018;50(4):451-9.
10. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 6. Pearson Prentice Hall; Upper Saddle River, NJ: 2019.
11. Wu F, Zhang A, Babbitt A, Ma Q, Eyal N, Pan X, et al. Overcoming HIV stigma? A qualitative analysis of HIV cure research and stigma among men who have sex with men living with HIV. Arch Sex Behav 2018;47(7):2061-9.

12. Goffman, Erving. Stigma: note on the management of spoiled identity. New York: Simon and Schuster; 1963.
13. Chaiyasit Y, Piboonrungroj P. Stigmatization: nursing application to reduce effects for HIV/AIDS patients. Journal of Nursing Division 2013;40(3):114-25. (in Thai)
14. Chaichan M, Kampraw P. Stigma of HIV: social illness. Journal of the royal Thai Army Nurses. 2014;15(3):170-3. (in Thai).
15. Alexandra Marshall S, Brewington KM, Kathryn Allison M, Haynes TF, Zaller ND. Measuring HIV-related stigma among healthcare providers: a systematic review. AIDS Care. 2017;29(11): 1337-45.
16. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. SAHARA J 2011;8(3):138-49.
17. Sengupta S, Banks B, Jonas D, Miles MS, Smith GC. HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: a systematic review. AIDS Behav. 2011;15(6):1075-87.
18. Churcher S. Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: a review of recent literature. WHO South East Asia J Public Health 2013;2(1):12-22.
19. Florom-Smith AL, De Santis JP. Exploring the concept of HIV-related stigma. Nurs Forum 2012;47(3):153-65.
20. Stuenkel DL, Wong VK. Stigma. In: Lubkin IM, Larsen PD, editors. Chronic illness impact and intervention. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2012. p. 47-74.
21. Scambler G. Epilepsy. London: Tavistock Press; 1989.
22. Zarei N, Joulaei H, Darabi E, Fararouei M. Stigmatized attitude of healthcare providers: a barrier for delivering health services to HIV positive patients. Int J Community Based Nurs Midwifery 2015;3(4):292-300.
23. Thapa S, Hannes K, Cargo M, Buve A, Peters S, Dauphin S, et al. Stigma reduction in relation to HIV test uptake in low-and middle-income countries: a realist review. BMC Public Health. 2018 Nov 20;18(1):1277.
24. Kimera E, Vindevogel S, Reynaert D, Justice KM, Rubaihayo J, De Maeyer J, et al. Experiences and effects of HIV-related stigma among youth living with HIV/AIDS in Western Uganda: A photovoice study. PLoS ONE 2020;15(4):1-21.
25. Yeo TED, Chu TH. Social-cultural factors of HIV-related stigma among the Chinese general population in Hong Kong. AIDS Care. 2017;29(10):1255-9.
26. Fatoki B. Understanding the causes and effects of stigma and discrimination in the lives of HIV people living with HIV/AIDS: qualitative study. J AIDS Clin Res. 2016;7(12): 1-6.
27. Reinius M, Wettergren L, Wiklander M, Svedhem V, Ekström AM, Eriksson LE. Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):115

28. Hernansaiz-Garrido H, Alonso-Tapia J. Internalized HIV stigma and disclosure concerns: development and validation of two scales in Spanish-speaking populations. AIDS Behav. 2017 Jan;21(1):93-105.
29. Wagner AC, Hart TA, McShane KE, Margolese S, Girard TA. Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). AIDS Behav. 2014;18(12):2397-408.
30. Wiklander M, Rydström LL, Ygge BM, Navér L, Wettergren L, Eriksson LE. Psychometric properties of a short version of the HIV stigma scale, adapted for children with HIV infection. Health Qual Life Outcomes 2013;14(11):195.
31. Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. J Int AIDS Soc 2013;16 (3 Suppl 2): 18718.
32. Stringer KL, Turan B, McCormick L, Durojaiye M, Nyblade L, Kempf MC, et al. HIV-related stigma among healthcare providers in the Deep South. AIDS Behav 2016; 20(1):115-25.
33. Rongkavilit C, Wright K, Chen X, Naar-King S, Chuenyam T, Phanuphak P. HIV stigma, disclosure and psychosocial distress among Thai youth living with HIV. Int J STD AIDS 2010;21(2):126-32.
34. Fongkaew W, Viseskul N, Suksatit B, Settheekul S, Chontawan R, Grimes RM, et al. Verifying quantitative stigma and medication adherence scales using qualitative methods among Thai youth living with HIV/AIDS. J Int Assoc Provid AIDS Care 2014;13(1):69-77.
35. Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS-related stigma, discrimination and human rights. Health and Human Rights 2002;6:1-18.
36. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med 2003;57(1):13-24.
37. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Public Health 2013;103(5):813-21.
38. Park S, Park KD. Family stigma: a concept analysis. Asian Nursing Research 2014;8(3): 165-171.

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

Role of Nurse Practitioner in Caring for Patients with Non-Communicable Disease in Community

Received: Jun 13, 2020
Revised: Aug 25, 2020
Accepted: Aug 30, 2020

ฐิตารัตน์ สารกองแดง พย.ม. (Thitarat Sarkongdang, M.N.S.)[1]
กลีบแก้ว จันทร์หงษ์ ปร.ด. (Kleebkaew Janhong, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ความก้าวหน้าและนวัตกรรมทางการแพทย์รวมทั้งการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอายุที่ยืนยาวขึ้น มีความต้องการการดูแล การรักษา การติดตามภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว พยาบาลเวชปฏิบัติได้รับการยอมรับอย่างยิ่งในการมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากมีบทบาทและสมรรถนะด้านความรู้ การประเมิน การตรวจรักษา การประเมินผลลัพธ์ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัตถุประสงค์ในการเขียนบทความวิชาการครั้งนี้ เพื่อนำเสนอการบูรณาการ สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ และบทบาทตามกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายในการจัดการโรคเรื้อรัง 2) บทบาทในการจัดการระบบโรคเรื้อรัง 3) บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง 4) บทบาทการสนับสนุนการจัดการตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง 5) บทบาทการใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรัง 6) บทบาทการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: พยาบาลเวชปฏิบัติ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง

[1]*Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: thitarat.s@bcn.ac.th*
[2] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: kleebkaew.j@bcn.ac.th*
Boromarajonani College of nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

Incidents of chronic non-communicable disease have increased continuously as medical advancement, innovation, and developmental healthcare system to increased patients' life expectancy. These required long term services, treatment, follow up, and health restoration. Roles of nurse practitioners as primary care providers of patients with non-communicable disease emphasized on managing health using advanced knowledge and skills to treat and to use clinical information evaluate health outcomes, and to monitor quality of continuity care. The objectives of this article were to present competency and roles of Nurse Practitioner in working with the Chronic Care Model; specifically for each of the model's elements. The roles of the nurse are presented in six elements: 1) Health care organization 2) Delivery system design 3) Decision support 4) Self-management support 5) Clinical information systems and 6) Community Nurse's activities in chronic disease management can improve quality outcomes. And high quality care and experience in working at community hospital

Keywords: nurse practitioner, NCDs, The Chronic Care Model

บทนำ

การดำรงชีวิตในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาระบบสุขภาพประกอบกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์สาธารณสุข การนำนวัตกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ในการรักษาโรค ทำให้ประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น คนไทยอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น จากเหตุการณ์ดังกล่าวประกอบกับการจัดกำลังคนด้านสุขภาพที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพได้ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาในการจัดการ รวมทั้งระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยยังไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพ กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติและระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน[1] การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ "ประเทศไทย 4.0" กรอบเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่า คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ข้อ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573[2] พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่สนับสนุนเพื่อให้บรรลุกรอบเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน จากการเป็นผู้มีเอกสิทธิและมีอิสระในการปฏิบัติตามกฎหมาย เพราะเป็นผู้ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถที่สูงขึ้นในวิชาชีพ ให้มีทักษะความสามารถในการตัดสินใจ สามารถปฏิบัติทางคลินิกที่ซับซ้อนและขอบเขตที่กว้างขวางมากกว่าพยาบาลวิชาชีพทั่วไป จากการทำงานตามบทบาทหน้าที่ ที่เป็นด่านแรกในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดความเข้าถึง เข้าใจ พัฒนา ตามแนวพระราชดำริ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

เป็นหลักการสำหรับการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ที่สามารถประยุกต์นำมาใช้ในวิชาชีพพยาบาล ด้วยการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ประสบการณ์และการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วยเพื่อประเมินวินิจฉัย ให้การบำบัด และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวม โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง อีกทั้งจัดทำหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการโดยบูรณาการ การบำบัดทางการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติยังเป็นโซ่ข้อกลางในการประสานกับวิชาชีพอื่น ๆ ทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่า เป็นทั้งผู้นำ ที่ปรึกษา พี่เลี้ยง และผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากสุด เชื่อมโยงระบบการดูแลและพัฒนานวัตกรรมให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายในระดับปฐมภูมิด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน เป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนให้ดูแลและพึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรในโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุปัจจัยหลายๆอย่าง ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม การศึกษา การสื่อสารเทคโนโลยี ลักษณะภูมิอากาศมลพิษ ธรรมชาติสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป การเกิดโรคระบาดที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ และการเจ็บป่วยของประชากร โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[3] และสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก วิถีชีวิตและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีคนไทยป่วยเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) มีจำนวนมากถึง 14 ล้านคน และ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย มากถึงร้อยละ 75.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี โดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย และคาดว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี[4] ในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55.00 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี[4] ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้วนับว่าสูงมากถึงร้อยละ 40.00 ของมูลค่างบประมาณภาครัฐไทยทั้งหมด[5] และเมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 5 โรคสำคัญ ของปี พ.ศ. 2562 คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง อัตราตายเท่ากับ 125.0, 53.0, 43.7, 25.3, 14.0 ตามลำดับ[6] ซึ่งในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) มีเป้าหมายลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดลงร้อยละ 25.00 จากปี พ.ศ. 2559[7]

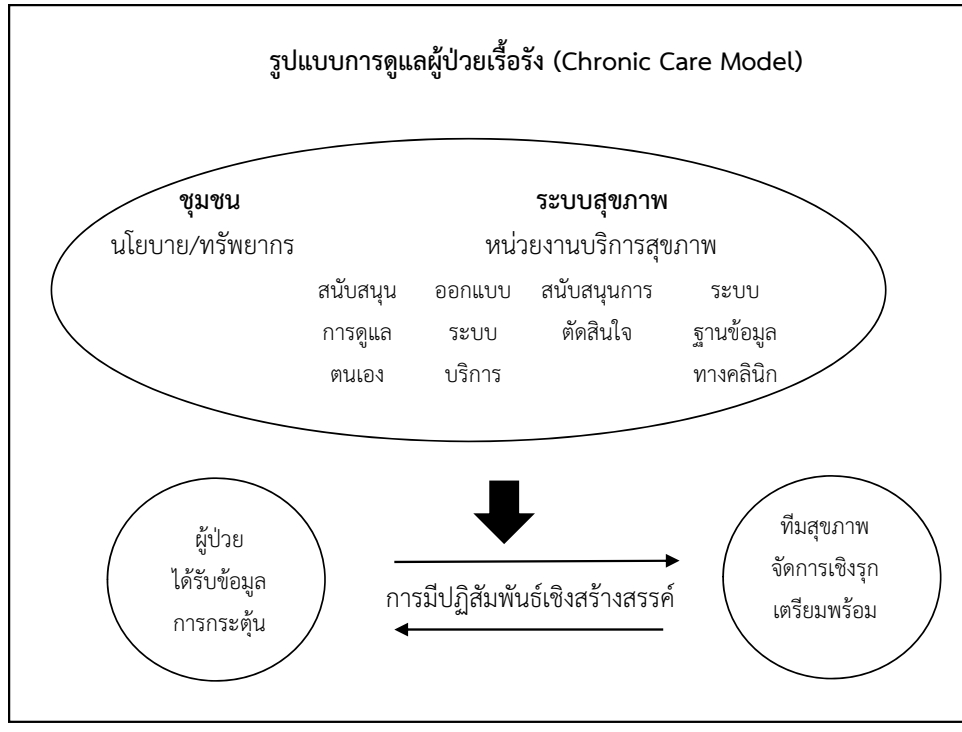
ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลเวชปฏิบัติ มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถลงไปตรวจรักษาได้เป็นประจำทุกวันและครบทุกพื้นที่ แต่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะได้รับการดูแลจากพยาบาลเวชปฏิบัติที่ประจำอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) สามารถให้การรักษาภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ได้ในผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมและดูแลอาการของโรคได้ และไม่มีอาการที่ยุ่งยากซับซ้อน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากการเดินทาง การเสียเวลา รวมทั้งลดภาระของครอบครัวในการนำผู้ป่วยไปรักษาที่อื่น เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเดินทางมาตรวจรักษาด้วยตัวเองได้จากการรับบริการใกล้บ้าน ไม่ต้องพึ่งพาญาติและครอบครัว อีกทั้งเป็นการลดความแออัดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรอการรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานได้ ในมุมมองของนักการศึกษาทางพยาบาลในประเทศไทย มีความเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่เหมาะสมที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ[8] เนื่องจาก 1) ค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลต่ำกว่าการผลิตแพทย์มาก 2) พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ถ้าได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ ก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี 3) พยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี เนื่องจากการศึกษาในระดับปริญญา เน้นการเอื้ออาทร การเห็นอกเห็นใจและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

กับผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน 4) จำนวนพยาบาลมีมากกว่าเจ้าหน้าที่อื่นในระบบสุขภาพ 5) การดูแลสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิ เน้นการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและชุมชนมากกว่าการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง 6) เนื่องจากการใช้พยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ผลดีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและลดค่าใช้จ่าย[9] ซึ่งในหลายประเทศทั้งสหรัฐอเมริกา อังกฤษ[10] รวมถึงประเทศไทยที่ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติให้บริการในระดับปฐมภูมิ พบว่าประชาชนยอมรับและให้ความเชื่อมั่นทั้งการรักษาภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การดูแลทางด้านจิตสังคม และการสร้างสุขภาพอีกด้วย[11] นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติมิได้ทำงานเพียงลำพัง แต่ทำงานเป็นเครือข่ายกับแพทย์ที่สามารถปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง ด้วยการทำงานเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบทำให้ประชาชนผู้เจ็บป่วยเชื่อมั่นและยอมรับการบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นอย่างดี ทั้งเป็นการเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพของการบริการในระดับปฐมภูมิในประเทศไทยด้วย[12] นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติยังมีความรู้ความสามารถในทางระบาดวิทยา สังคมและพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งสามารถบูรณาการความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และทักษะการดูแลอย่างองค์รวมครบทั้ง 4 มิติ ในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู[12] ซึ่งความรู้ที่กว้างขวางเหล่านี้ จะมีประโยชน์มากในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พยาบาลจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจน รวมถึงเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด และเอกลักษณ์ที่เป็นไปตามบริบทกฎหมายและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย[13] การดูแลแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนับเป็นบทบาทสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ให้การรักษาเบื้องต้น มักพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีความพึงพอใจและชื่นชอบการตรวจรักษาของพยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากพยาบาลให้เวลาในการตรวจ ไม่เร่งตรวจ พูดคุยซักถามปัญหา ในบางครั้งก็ต้องคัดกรอง ประเมิน และตรวจรักษาด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้ผู้รับบริการได้มีเวลาพูดคุยอาการปัญหาสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นจึงมีความพึงพอใจในการบริการตรวจรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตามปกติพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้ประเมินและคัดกรองให้ก่อนเข้าพบแพทย์

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะเวลายาวนานส่งผลทำให้บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องสังเคราะห์ความรู้ใหม่ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ให้มีประสิทธิภาพตามระบบบริการสุขภาพให้มีความคุ้มค่าเกิดประโยชน์สูงสุด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แนวทางที่มักใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่เดิมได้แก่ วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (case management) เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี และลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ เป็นต้น ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการที่ได้รับการรับรองถึงความมีประสิทธิภาพในระดับสากล ได้แก่ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง[14] (Chronic Care Model, CCM) พัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยของ MacColl Center for Health Care Innovation นำโดย Edward Wagner ในปี ค.ศ. 1997 โดยเสนอรูปแบบการจัดระบบดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับ บุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการ เน้นการป้องกันมากขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับกระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการโรคเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ เป็นการให้บริการในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย อันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็น ระบบการดูแลที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่



ภาพประกอบ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พัฒนาโดย Wagner[14]

1. ระบบสุขภาพ (Health system) หมายถึง การมีหน่วยงานหรือองค์กรทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการวางกลยุทธ์แนวปฏิบัติและการตัดสินใจในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่งเสริม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงระบบที่มีประสิทธิภาพ การอำนวยความสะดวกในประสานงานทั้งภายในและระหว่างองค์กร ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมและทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร กระบวนการทำงาน ผู้นำขององค์กรจะต้องกำหนดนโยบาย เป้าหมายแนวทางการพัฒนา และสร้างแรงจูงใจภายในองค์กรเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบการทำงาน การสื่อสารระบบสารสนเทศ

2. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) หมายถึง การมีกลไกส่งมอบการดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และภาระงานในทีมให้บริการ มีการวางแผนการดูแล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดบริการ การจัดการรายกรณีในคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีระบบติดตามตรวจเยี่ยมดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้การดูแลผู้รับบริการบนพื้นฐานความเข้าใจและเหมาะสมกับพื้นฐานทางวัฒนธรรม การพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเปลี่ยนจากระบบเดิมที่มีการรักษาเมื่อบุคคลมีอาการป่วยเป็นการให้บริการเชิงรุกโดยมุ่งเน้นไปที่การรักษาคนที่มีสุขภาพดีไม่ให้เจ็บป่วย มีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) หมายถึง การให้บริการโดยใช้หลักฐานทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ แนวทางการจัดการโรคเรื้อรัง คู่มือการให้บริการ คู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย การตัดสินใจการรักษาพยาบาลจะต้องอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง ชัดเจน และได้รับการพิสูจน์การวิจัยทางคลินิกว่ามีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ให้บริการต้องพัฒนาตัวเองอยู่เสมอ เช่น มีการฝึกอบรมการ

ใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง การทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง

4. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information systems) หมายถึงการจัดระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชากร เช่น ข้อมูลของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่ป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ ระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ที่สามารถเรียกใช้งานได้สะดวก มีความเป็นปัจจุบัน สามารถใช้เป็นระบบข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล มีระบบข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน มีระบบการแจ้งเตือนสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การแจ้งเตือนกำหนดวันนัด การแจ้งเตือนการเยี่ยมบ้าน ระบบข้อมูลการดูแลผู้รับบริการเชิงรุก และเอื้อต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการด้วยกัน รวมถึงการมีระบบการตรวจสอบประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

5. ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) หมายถึง การจัดระบบบริการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินการ กำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหา เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น และการติดตามผล รวมถึงการประสานความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกับทีมผู้ให้บริการ และครอบครัว

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community empowerment) หมายถึง การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชนเพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคเรื้อรัง การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีความสำคัญมากสำหรับหน่วยบริการสุขภาพซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดโปรแกรมต่าง ๆ ได้เองทั้งหมด รวมทั้งการทำงานสนับสนุนให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะร่วมกับหน่วยงานรัฐ ในการป้องกัน ควบคุม ส่งเสริมการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนและครอบครัว การนำศักยภาพของชุมชนและระบบบริการทางสาธารณสุขเข้ามาดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

การบูรณาการบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมทุกมิติและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้ระบบการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติควรมีบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ทั้ง 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการกำหนดทิศทางและนโยบายในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพก็ควรจะต้องอยู่บนพื้นฐานของสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ให้บริการอย่างใกล้ชิด รับรู้สภาพปัญหาผู้ป่วยเป็นอย่างดี จึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหน่วยงาน ตามสภาพปัญหาและความต้องการให้สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมาย ตัวชี้วัดของจังหวัดและในประเทศ และสามารถชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้

2. บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการจัด

ระบบการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ และเครือข่ายการดูแลรักษา รวมทั้งการประเมิน การตรวจรักษา การติดตามผลการรักษาให้บริการป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้การรักษาโดยการใช้ยาและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ เป็นผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง case manager/coordinator จัดระบบส่งต่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการได้ง่าย สร้างเครือข่ายการดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เช่น PCU, PCA. ทีมอสม. องค์กรในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพสุขภาพ

3. บทบาทการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ โปรแกรมการตรวจรักษา การประมวลผลข้อมูลด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินผลลัพธ์การรักษาโดยเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศกับ data center ของจังหวัดในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนำข้อมูลการวิเคราะห์และนำเสนอแก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการโรคเรื้อรัง การใช้ application ของการสื่อสารออนไลน์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การติดตามการเยี่ยมดูแลที่บ้าน การใช้บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว นับได้ว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างมากในการจัดการกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการ

4. บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพร่วมกัน วางแผนและส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกัน รักษา ฟื้นฟูกับผู้รับบริการและครอบครัว สร้างและใช้เครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น สมุดบันทึกสุขภาพโรคเรื้อรัง เอกสารคำแนะนำการดูแลตนเอง จัดกิจกรรมเสริมทักษะการจัดการตนเอง เช่น การจัดชมรมโรคเรื้อรัง การรวมกลุ่มสร้างแกนนำ หรือต้นแบบ หรือนวัตกรรมต่าง ๆ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การทบทวนวรรณกรรม หรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบว่าการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

5. บทบาทในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (Clinical practice guideline for diabetes) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคความดันโลหิตสูง (Clinical practice guideline for hypertension) แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for assessment of cardiovascular risk) แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Exercise in patients with diabetes and hypertension) เป็นต้น การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย สามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

6. บทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีแผนงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่นการให้ข้อมูลต่างๆของผู้รับบริการ เพื่อให้ชุมชนรับรู้และเป็นข้อมูลในการตัดสินใจช่วยเหลือเช่นการจัดสรรทรัพยากร การจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพ การจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน สนับสนุนและประสานงานให้ผู้นำชุมชน อสม. มีส่วนร่วมในการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และสนับสนุนชุมชนให้ความตระหนักมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มแข็ง

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลชุมชน

จากการที่ได้มีโอกาสปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด อีกส่วนหนึ่งจะมารับการรักษาที่รพ.สต ที่เป็นเครือข่าย (Primary Care Cluster, PCC) ในโรงพยาบาลจะมีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดการตรวจรักษาโรคเรื้อรังในแต่ละวัน

เช่น วันจันทร์ อังคาร พุธ ตรวจเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง วันอังคาร พุธ พฤหัสบดี ตรวจเฉพาะโรคเบาหวาน เป็นต้น ในคลินิกจะมีแพทย์ และพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ตรวจรักษา มักจะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาตรวจจำนวนมาก โดยที่พยาบาลเวชปฏิบัติจะตรวจรักษาและประเมินผู้ป่วย ตามแผนการรักษาทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) พร้อมกับแพทย์ มีการสั่งยาตามขอบเขตที่สภาการพยาบาลกำหนดให้ และมีการปรึกษาร่วมกับแพทย์ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ระดับความดันโลหิตสูงมาก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต ทางหลอดเลือดสมอง และหัวใจ หรือในกรณีที่มีปัญหาโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นต้น

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคเรื้อรังที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมักไม่แสดงปรากฏอาการให้เห็นในระยะแรก ๆ นับเป็นความโชคดีของผู้ป่วยจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 จึงทำให้พบผู้ป่วยรายใหม่เข้ามารับการรักษาอย่างทันท่วงทีก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนที่ยุ่งยากแก่การดูแลรักษา การรักษาโรคความดันโลหิตสูงตาม แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562[17] ที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิต diastolic ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20.00 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15.00 ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ 35.00 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20.00 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40.00 นอกจากนี้การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วย จะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการได้แก่ 1) ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล 2) ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล 3) โรคร่วมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และ 4) คือ สภาพของการเกิด target organ damage (TOD) การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides) การเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งจาก5กลุ่มนี้ จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ใกล้เคียงกัน แม้จะมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น beta-blockers อาจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่ายากลุ่มอื่น ๆ และ CCBs อาจป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้ไม่ดีเท่ายากลุ่มอื่น เป็นต้น แต่ผลในการป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมถือว่าไม่แตกต่าง และการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม ควรพิจารณาจากโรคร่วมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง การพิจารณาจากข้อห้ามต่าง ๆ และระวังผลข้างเคียงของกลุ่ม ACEIs เช่น enalapril ทำให้ผู้ป่วยไอมาก กลุ่ม CCBs เช่น amlodipine ทำให้เกิดการคั่งของน้ำทำให้บวมได้ และกลุ่ม beta-blocker ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระวังในผู้ป่วยโรคหอบหืด จากประสบการณ์การทำงาน พบผลข้างเคียงของยา 3 ตัวนี้ ได้บ่อยมาก การรับประทานยาของผู้ป่วยก็มีความสำคัญมาก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนอันตรายจาก stroke ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ฯลฯ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ ความตระหนักแก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้งและทุกราย ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์การป้องกันและการรักษา ให้ความรู้ สังเกตสัญญาณอันตราย 3 อย่าง (FAST) คือ ปากเบี้ยว มุมปากตก แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัดหรือพูดไม่รู้เรื่อง และเมื่อเกิดอาการแล้วต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา[17]

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวานคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการควบคุมอาหารไม่ได้ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน ส่วนการดูแลกลุ่มเสี่ยง (ระดับ FPG 100-125 mg%) จะมีการเฝ้าระวังโดยการเจาะเลือด ทุก 6 เดือนถึง 1 ปี แล้วแต่มีปัจจัยร่วมในการเสริมความเสี่ยง ที่สำคัญของการตรวจรักษาทุกครั้ง คือ การให้เวลาคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น ความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรักษาโรคเบาหวานจะใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ในเรื่องการให้ยา การนัดหมาย การให้คำแนะนำปฏิบัติตน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยการเจาะเลือดปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการทำงานของไต (ระดับ Bun, Cr, e-GFR) lipid profile, electrolyte (รายที่ได้ enalapril, losartan, thiazide, lasix), CBC (ในรายซีด) uric acid (ในราย gout) การประเมินตรวจเท้า10 จุดหรืออย่างน้อย 4 จุดเพื่อเฝ้าระวัง ภาวะการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย ตรวจตาเพื่อประเมินภาวะ diabetic retinopathy ตรวจฟันและสุขภาพฟันและช่องปาก ตรวจปัสสาวะและ albuminuria, urine albumin, creatinine ratio ปีละ1ครั้ง และควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี การให้ยารับประทานและยาฉีดอินสุลิน ในผู้ป่วยรายใหม่ที่ระดับ FPG ไม่สูงมาก (ไม่เกิน 140 mg%) และมีรูปร่างอ้วน มักเป็นเบาหวานจากการออกฤทธิ์ของอินสุลินไม่ดี (DM, type 2) จะเริ่มด้วยยากลุ่ม metformin ก่อน เนื่องจากยากลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงระดับน้ำตาลเลือดต่ำ (hypoglycemia) น้อย แต่จะทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ได้ ทำให้น้ำหนักลดเป็นการลดความอ้วนร่วมด้วย แต่ต้องระวังในผู้ป่วยเริ่มมีไตเสื่อม ในรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีรูปร่างผอมจะเริ่มด้วยยากลุ่ม sulfonylurea เนื่องจากมักจะมีสาเหตุจากตับอ่อนไม่หลั่งอินสุลิน แต่ต้องระวังอาการข้างเคียง hypoglycemia เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน 1) HbA1c<7% 2) prepandrial capillary plasma glucose 70-130 mg/dl 3) postpandrial capillary PG<180 mg/dl 4) ระดับน้ำตาลก่อนนอน 100-140 mg/dl 5) BP<130/80 mmHg 6) triglyceride <150 mg/dl 7) LDL-C <100 mg/dl 8) HDL-c M> 40 mg/dl, F>50 mg/dl[18] ในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติจะตรวจประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อน ในกรณีระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลง จะต้องค้นหาสาเหตุปัจจัย เช่น การควบคุมอาหารไม่ดี ความเครียด ลืมรับประทานยา การเจ็บป่วยฯลฯ ต้องวางแผนแก้ไขก่อนโดยการให้คำแนะนำสำหรับการแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุนั้น ครั้งต่อไปถ้าระดับน้ำตาลยังสูงอยู่ ต้องปรึกษาแพทย์พิจารณาปรับยา ในบางครั้งผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ก่อนมาตรวจ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะตั้งใจอดอาหารอย่างเข้มงวดมาก เมื่อมาตรวจรักษาผลการเจาะเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จะสูงมาก มีผู้ป่วยรายหนึ่ง ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (ประมาณ 95-110 mg%)เกือบทุกครั้ง แต่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงมาก (HbA1c) 9.6 mg% (ค่าปกติน้อยกว่า 6.5 mg%) ซึ่งแปลกใจมาก คิดว่าแปลผลเลือดผิด จึงเจาะเลือดใหม่ผลออกมาก็ยังสูง ตอนแรกผู้ป่วยก็ยืนยันการปฏิบัติตัวเหมือนเดิม แต่เมื่อบอกผลเสียของผลเลือดที่เป็นแบบนี้ ผู้ป่วยจึงยอมรับสารภาพว่า มีการควบคุมอาหารเข้มงวดช่วงวันใกล้มาตรวจ เมื่อตรวจเสร็จแล้วก็รับประทานอาหารอย่างเต็มที่ จึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในผู้ป่วยบางรายรับประทานสมุนไพรบางอย่างเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น มะระขี้นก มะรุม หยวกและไส้กล้วย แก่นตะวัน น้ำเห็ดหลินจือ ฯลฯ ทำให้มีความเสี่ยงจะเกิดอาการ Hypoglycemia ได้ นอกจากนี้สมุนไพรบางอย่างมีผลต่อการทำงานของไต เช่น ใบหนานเฉาเหว่ย อาจทำให้ไตวายได้

ผู้ป่วยมักจะเรียกพยาบาลเวชปฏิบัติที่ทำการตรวจรักษาในโรงพยาบาลชุมชนว่า *“หมอน้อย”* วันหนึ่งขณะที่ทำการตรวจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคนหนึ่งด้วยการซักถาม การปฏิบัติตน อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้น เช่น การบวม ดูภาวะซีด ฟังเสียงปอดและหัวใจผู้ป่วยรายนั้นบอกว่า *“ตั้งแต่ผมมาตรวจรักษาประมาณ 3 ปีกว่าไม่เคยได้ตรวจละเอียดขนาดนี้เลย”* หลังจากให้การรักษาเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยประสงค์ที่จะขอนัดหมายตรวจกับพยาบาลเวชปฏิบัติในครั้งต่อไป จากประสบการณ์ตรงที่เป็นที่ประจักษ์แล้วนั้น ยิ่งทำให้ตระหนักว่า การที่พยาบาลเวชปฏิบัติให้เวลาการตรวจร่างกายกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญจะมีประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่าการสอบถามอาการและสั่งยาเดิม (Re-medicine) และทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและจากประสบการณ์สอนนักศึกษาพยาบาลด้วยนั้น ในการฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการเวชบริบาลรักษาโรคเบื้องต้น ก็จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะชื่นชอบและชมนักศึกษาว่า

"อยากให้ตรวจละเอียดอย่างนี้ทุกครั้ง ถึงแม้ว่าจะใช้เวลานานกว่าปกติก็ตาม" และจากรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ก็ได้ใช้บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติสอนนักศึกษาในการเยี่ยมบ้าน การตรวจร่างกายประเมินอาการ การแนะนำเรื่องการใช้ยาต่าง ๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติจะบอกว่า *"ไม่เคยมีใครเคยตรวจให้อย่างนี้เลย"* ฟังแล้วก็รู้สึกหายเหนื่อย และภูมิใจในการใช้บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติผสมผสานกับบทบาทอาจารย์ในการสอนนักศึกษา อีกตัวอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจากการเยี่ยมครอบครัวหนึ่ง หญิงไทยรูปร่างผอม ๆ มีอาการ อ่อนเพลีย มีใจสั่นบางครั้ง เคยไปตรวจแล้ว แพทย์บอกว่าไม่เป็นอะไร ลองจับชีพจรดูพบว่า ค่อนข้างเร็ว ประเมินจากอาการ ช่วงวัย เพศ และความเครียดของผู้ป่วย ก็เลยบอกว่าอาจเป็นไทรอยด์ได้ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้ลองไปตรวจที่โรงพยาบาลใหม่นะ หลังจากนั้นอีก 1 ปี ได้มีโอกาสไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้นพร้อมนักศึกษาอีก พบผู้ป่วยรายเดิมที่เปลี่ยนแปลงไปจนจำไม่ได้ เพราะดูอ้วนขึ้นหน้าตาแจ่มใส แต่ผู้ป่วยจำผู้เขียนได้ รีบเข้ามาสวัสดีและขอบคุณ บอกว่า *"อาจารย์เก่งจังเลย ที่ให้คำแนะนำครั้งนั้น ซึ่งเขาก็ได้ไปตรวจและพบว่าเป็นไทรอยด์จริง ๆ ทำให้ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น"* ทำให้เกิดความรู้สึกดีใจและภาคภูมิใจที่ได้ใช้ความรู้ช่วยผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ นอกจากการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้ว การทำงานร่วมกันแบบมีหุ้นส่วนและเครือข่ายต่าง ๆ ของพยาบาลเวชปฏิบัติก็เป็นกลไกสำคัญหนึ่งในการสนับสนุนศักยภาพ (empowerment) ทั้งครอบครัวและผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมวางแผน การตัดสินใจในการรักษา และการดูแลตัวเองของผู้ป่วย ด้วยประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ ชุมชนและท้องถิ่นในการช่วยดูแลและสนับสนุนทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน และการติดตามประเมินผลการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบ กระบวนการบริการ เป้าหมาย เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูล และการติดต่อสื่อสาร อีกทั้งบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญ คือการจัดการรายกรณี (case management) เป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีการประสานความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในทีมสุขภาพ

การปรับบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ การระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ในปัจจุบัน ทำให้โรงพยาบาลและหน่วยงานบริการด้านสุขภาพต้องมีการปรับกระบวนการรักษาพยาบาลผู้รับบริการ ในช่วงต้นของการระบาดที่อยู่ในช่วงวิกฤติ (เดือนมีนาคม- เมษายน พ.ศ. 2563) โรงพยาบาลต้องปิดคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมยาและประสานส่งยาที่ใช้ในการรักษาให้ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเวลา 3 เดือน มีการติดตามเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเหมาะสมในระดับที่ควบคุมตนเองได้ โดยที่ไม่ได้รับการตรวจประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อพ้นช่วงระยะวิกฤติของการระบาดเข้าสู่ระยะความปกติในวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) ในคลินิกโรคเรื้อรัง มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มตามนโยบายของโรงพยาบาล โดย กลุ่มสีเขียวเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ ไม่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกโรคเรื้อรังจะส่งยารักษาให้ที่บ้านทุก 3 เดือน กลุ่มสีเหลือง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1C >7<8 โรคความดันลิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90-160/100 mmHg และมีความเสี่ยงที่อาจต้องการการติดตามประเมินในบางช่วง จะให้การส่งยารักษาที่บ้าน และมีการประเมินความเสี่ยงร่วมด้วย กลุ่มสีแดง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ Insulin ทุกราย HbA1C>8, CKD ระดับ 4 ขึ้นไป โรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง >160/100 mmHg และผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้มาตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยนัดหมายผู้ป่วยวันละ 30-40 คน โดยใช้มาตรการคัดกรองเว้นระยะห่างทางกายภาพ ป้องกันการระบาดของโควิดอย่างเคร่งครัด ซึ่งผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังแห่งนี้ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัส Covid-19 ดังนั้นจะเห็นว่า พยาบาลเวชปฏิบัติมีศักยภาพในการใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะต่าง ๆ ในการปรับบทบาทในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถร่วมทีมสหวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

สรุป

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ทั้ง 6 องค์ประกอบ และบทบาททั่วไป เช่น การบริหารจัดการ ให้คำปรึกษา ประสานงาน ให้ความร่วมมือ มีคุณธรรมทั้งในการรักษาและการทำงาน เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง จัดการกับปัญหาสุขภาพด้วยความรู้และทักษะขั้นสูง เป็นนักประสานและเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพกับผู้ร่วมวิชาชีพ สหวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือรับการดูแลต่อเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง มีความสามารถในการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศ สามารถประเมินผลและปรับปรุงการทำงานของตนให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

บทความนี้มีประเด็นความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์ แนวคิดและรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษา บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ศักยภาพ และทักษะหลายด้าน ในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ และมีข้อปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานอย่างไรบ้าง เนื้อหาและประเด็นต่างๆเหล่านี้ คงจะเป็นประโยชน์ และเป็นกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อไป

References

1. The Millennium Development Goals. Sustainable Development Goals (SDGs) Full text. Available from http://e-plan.dla.go.th/activityImage/422.pdf (in Thai)
2. The Executive Committee for the preparation of the 12th National Health Development Plan. The 12th National Health Development Plan (2017-2021). Ministry of Public Health. October 2016. Available from http://wops.moph.go.th/ops/oic/ data/20180914162453_1.pdf (in Thai)
3. Aekplakorn, W. Thai National Health Examination Survey, NHES V-2559. (internet). 2016 (cited 2020 April 13). Available from file:///C:/Users/User/Downloads/ NHES%20V%20(1).pdf (in Thai)
4. Ministry of Public Health. MPH. Worried 37 Thai people die per hour from chronic non-communicable diseases, accelerate prevention. (cited 2020 Oct 13). Available from http://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_1421769 (in Thai)
5. Worathanarat, Thira. Be aware - Adjust behavior - Enhance well-being Prevention of non-communicable diseases. NCDs. (2018). (cited 2020 Oct 13). Available from http://thairath.co.th/content/1374824 (in Thai)
6. Division of Strategy and Planning Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2019. (cited 2020 Oct 10). Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai)
7. The 12th National Economic and Social Development Plan. (cited 2020 Sep 20). Available from http://www.elnurse.ssru.ac.th/araya_ti/pluginfile.php/55/block _html/content/ (in Thai)

8. Hanucharurnkul S. Nurse practitioners: primary care. The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine 2012;39:39-42. (in Thai)
9. Hanucharurnkul S, Leucha Y, Chanprasert S. Effectiveness of primary care provided at private nursing clinic in Thailand. Contemporary Nurse 2002;13: 259-70. (in Thai)
10. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Outcome evaluation and performance improvement Advanced nursing practice: An integrative approach. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
11. National Health Security Office (NHSO). Annual report 2008. (cited 2020 May 4), Available from www.hisro.or.th. (in Thai).
12. Hanucharurnkul S, Keratiyutawong P, Archananuparp S. Self-care promotion program for diabetes. Thai Journal of Nursing Research 1999;1(1):115-37. (in Thai).
13. Chanprasert S. Nurse practitioners: unity, identity, privilege. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2007;15(4):1-5. (in Thai).
14. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. [Internet]. 1998 (cited 2020 June 11);1(1):2–4. Available from: https://access.portico.org/Portico/auView?auId=vark%253A% 252F27927%252Fphwwtrq 3nv&auViewType1=PDF
15. Suktawee S. Boonkerd S. Java health center information system: JHCIS. Disease Control Journal 2017;43(1):96-110. (in Thai)
16. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Global Report. [Internet]. 2002 [cited 12 June 2020]. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_ch3.pdf?ua=1
17. Thai Hypertension Society. Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2019. (in Thai).
18. Puntasee P, Rasamejam P. Update in Nurse Practitioners: Primary disease treatment & Urgent management; 2016 May 23-27, Ambassador Hotel, Bangkok. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2018. (in Thai).