



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 Vol.38 No.1 January - April 2022

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต
นุชพร คมใหม่ จันทิรา เจริญชัย

การดูแลข้ามวัฒนธรรมโดยศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
ในเครือมูลนิธิคณะนักบุญคาทอลิกแห่งประเทศไทย
ผกาพรรณ บุญเต็ม จารุวรรณ ไผ่ตระกูล บาทหลวงปรีดา เวียงชัย

กลไกการวิจัยและนวัตกรรม: กรณีศึกษาการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ
สมใจ ศิริภมมิล วิชาดา คุณาวิทิตกุล

บทความวิจัย

ผลของการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ต่อความสามารถในการดูดนมแม่
ของทารกเกิดก่อนกำหนด
กรรณิกา หงษ์ศิริ จริญญา วิทย์สุคร ทิพย์วัลย์ ดารามาต

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่น
ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ
กุลธิดา ทรัพย์สมบูรณ์ วรรณภา พาวุฒินกร
ทิวาภรณ์ เกลิมพิชัย ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริธร

การศึกษาปัจจัยจัดสรรที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานี
ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์ สุภาพรณ์ ตีระพรวงศ์ วีระกาญจน์ สุนธานุรักษ์กุล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหลั่งของผู้สูงอายุ
อำเภอท่งหิน จังหวัดอุทัยธานี
ณัฐชา พวงทอง อรพรรณ กิ่งศิริโรจน์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุม
ระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ทรงกรกฎ ศฤงคาร มยุรี นิธิตราคร ปรีภมมิล รัชกุล

คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020
ทินกร บัวชู ประภาพร เมืองแก้ว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
ธัญญลักษณ์ นาครินทร์ มลิณี สมภาพเจริญ

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา: อะไรที่พระสงฆ์ต้องการ
ผกาทิพย์ สิงห์คำ พรฤดี นิธิรัตน์

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
พรพิมล โพเมือง บุญทิพย์ สิริรังสรรค์ รัชณี นามจันทรา จอนผะจ พึ่งจาก

ประสิทธิภาพการใช้หุ่นตรวจหาโรคในครรภ์ ต่อความรู้ ทักษะการตรวจครรภ์
ของนักศึกษาพยาบาลตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก
วรัญญา แสงพิทักษ์ รสจันทร์ ตนสุนทร เกษร สุวิยะศิริ สุภัสสร่า ภูเมฆ

ผลของโปรแกรมพรศจวิทยาต่อจิตปัญญาของพยาบาล
วริทธิ์ตา จารุจินดา ธนวันต์ ศรีอมรรตกุล อำพันรุ้ พรหมศรี
ระวี แซ่มชื่น สมพร จิตรัตน์พร พิมพ์ประภา ไตสงคราม

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ในโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี
ไวยพร พรหมวงศ์ จริญญา มีหนองหว้า แสงเดือน กิ่งแก้ว รุ่งทิพย์ เจริญศรี

ผลของกายบริหารแบบเน้นเวทต่อคุณภาพชีวิตและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ
ศรีนทร์รัตน์ จิตจำ กัญหะ ยินเจริญ วสันต์ ทะยียะห์ยา จินตสินี วรรณพงศ์

การพัฒนากระบวนการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด
สิริวิทย์ ศรีคำมา สุทธิพร มูลศาสตร์ ฤทธนาพร ทิพย์กาญจน์เรชา

การบอกความจริงของความเป็นผู้ป่วย: มุมมองของผู้สูงอายุ
ที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย
สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ กลยา ฝัเกาะ มารยาท สุจิตตวรกุล

อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
สุกัญญา แก่นงูเลียม ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ จินห์จ๋า ชัยเสนา ดาลาส

ผลของโปรแกรมแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ
และการพัฒนาทักษะ ร่วมกับการกำกับการรับประทานอาหารผ่านวิดีโอ
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดนนทบุรี
สุชาววิษร สมสอน ปาหนัน พิชัยภิญโญ สุนัย ละกะปิ่น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
นงค์คราย ซูอินทร์ สุนัย ละกะปิ่น ชวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวชุมชนเมือง
สุสารี ประคินกิจ นุญล้อม ลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุลย์
นฤมล อังศิริศักดิ์ ศุภารัญญา ผาสุก รสยา ยุวพรพานิชย์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี
อรพรรณ วังสีก พัทธพร เกิดมงคล อาภาพร เผ่าวัฒนา
ชวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ ปารณนา สติยวิภาวี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย
อัญมณี มณีนิล ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์

ผลของการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ
ของตนเองและทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2

อุบล สุทธิเนียม เสมอจันทร์ อีระวัฒน์สกุล จินตนา รัชชา



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

Vol. 38 No. 1 January – April 2022

บรรณาธิการ ดร.ขวัญตา บุญวาศ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.กุลธิดา พานิชกุล
อ.ศศิวิมล บุรณะเรช

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

Prof. Dr. Henrik Eriksson

Prof. Dr. Hsing-Mei Chen

ผศ. ดร.ละเอียต แจ่มจันทร์

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

ผศ. ดร.นันทกา สวัสดิพานิช

ผศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์

ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

ดร.ศุภรีใจ เจริญสุข

ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

ดร.พนารัตน์ วิเศษเทพนมิตร

ดร.ปฐมภรณ์ ทองเต็ม

ดร.ปัญญาดี ทองแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

นายกลสมาศพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ประเทศไทย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ประเทศไทย

Department of Health Sciences, University West, Sweden

Department of Nursing, College of Medicine National Cheng Kung University, Taiwan

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย

กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

สภาการพยาบาล ประเทศไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400
โทรศัพท์ 0-2354-8241 ต่อ 3405 โทรสาร 0-2354-8251
E-mail: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรช

นางสาวสุนันท์ อินทวิเศษ

นางสาวรุ่งกานดา ภูมรา

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

พิมพ์ที่: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612

www.cupress.chula.ac.th

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ
Journal of Health and Nursing Research
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 Vol. 38 No. 1 January - April 2022

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

1. รศ. ดร.จิณพิชญ์ชา มะมม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. รศ. ดร.จินตนา อาจสันต์เหี้ยะ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
4. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รศ. ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
6. รศ. ดร.อาภาพร เพ้ววัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ. ดร.ณิชนันต์ ทรงไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
8. ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
9. ผศ. ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. ผศ. ดร.วรรณวดี ณัฏ	นักวิชาการอิสระ
12. ผศ. ดร.วรรณภา พาหุพัฒนกร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
13. ผศ. ดร.วาริ กังใจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
14. ผศ. ดร.วิรัตน์ กิตติพิชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15. ผศ. ดร.วิไล นาป่า	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
16. ผศ. ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมัน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17. ผศ. ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
18. ผศ. ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
19. ผศ. ดร.อนันท์ วิสุทธิ์ธนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
20. ผศ. ดร.อรนุช ชูศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
21. ดร.กรวรรณ ยอดไม้	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
22. ดร.กليبแก้ว จันทร์หงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
23. ดร.จันทร์จิรา สีสว่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
24. ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
25. ดร.ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
26. ดร.ธนวันต์ ศรีอมรรัตน์กุล	นักวิชาการอิสระ
27. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
28. ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
29. ดร.ปริยลักษณ์ ศิริสุภลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
30. ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
31. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
32. ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
33. ดร.วิราวรรณ คำหวาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
34. ดร.สุดคณิง ฤทธิ์ฤชัย	วิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข
35. ดร.แสงดาว จันทร์ดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
36. ดร.อรวรรณ แผนคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
37. ดร.อัญชนา จุลศิริ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สารบัญ
ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต	1
นุชพร ดุมใหม่	
จันทร์ทิรา เจียรณัย	
การดูแลข้ามวัฒนธรรมโดยศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในเครือมูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทย	13
ผกาพรรณ บุญเต็ม จารุวรรณ ไผ่ตระกูล บาทหลวงปรีดา เวียงชัย	
กลไกการวิจัยและนวัตกรรม: กรณีศึกษาการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ	24
สมใจ ศิระกมล วิภาดา คุณาวิทิกุล	

บทความวิจัย

ผลของการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ต่อความสามารถในการดูดนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนด	38
กรรณิกา หงษ์ศิริ จริญญา วิทย์สุภากร ทิพวัลย์ ดารามาศ	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่น ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ	49
กุลธิดา ทรัพย์สมบูรณ์ วรธนา พาหุพัฒนกร ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร	
การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานี	61
ชัยญาวิรุฬห์ ไซวงค์ ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์ วีระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลั้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี	73
ณัฐชา พวงทอง อรรพรรณ กิรติสิโรจน์	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล	86
และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	
ทรงกรกฎ ศฤงคาร มยุรี นิรัตธราดร ปรียกมล รัชกุล	
คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020	97
ทินกร บัวชู ประภาพร เมืองแก้ว	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร	109
ธัญญาลักษณ์ นาครินทร์ มลินี สมภาพเจริญ	
การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา: อะไรที่พระสงฆ์ต้องการ	122
ผกาทิพย์ สิงห์คำ พรฤดี นิธิรัตน์	
รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู	136
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	
พรพิมล โพเมือง บุญทิพย์ สิริธรรังศรี รัชนี นามจันทรา จอนพะจง เพ็งจาด	
ประสิทธิภาพการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ ต่อความรู้ ทักษะการตรวจครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล	147
ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก	
วรัญญา แสงพิทักษ์ รสจรินทร์ ตนสุนทร เกษร สุวิทยะศิริ สุภัสสร่า ภูเมฆ	
ผลของโปรแกรมพุทธจิตวิทยาต่อจิตปัญญาของพยาบาล	158
วริทธิ์ดา จารุจินดา ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล อำพันธุ์ พรหมศิริ ระวี แซ่มชื่น	
สมพร จิตรัตน์พร พิมพ์ประภา โตสงคราม	

สารบัญ
ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาล 50 พรรษา	172
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดอุบลราชธานี	
ไวพร พรหมวงศ์ จริญญา มีหนองหว้า แสงเดือน กิ่งแก้ว รุ่งทิพย์ เจริญศรี	
ผลของกายบริหารแบบฉวีเวชต่อคุณภาพชีวิตและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ	186
ศรินทร์รัตน์ จิตจำ กัญธร ยินเจริญ วสันต์ หะยียะห์ยา จินต์สินี วรรณพงศ์	
การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	197
สิริวิทย์ ศรีคำภา สุทธิพร มูลศาสตร์ ฤทธินาพร ทิพย์กาญจน์เรขา	
การบอกความจริงของความเจ็บป่วย: มุมมองของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย	213
สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ กัลยา ฝ้ายเกาะ มารยาท สุจริตรวกุล	
อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน	227
สุกัญญา แก่นงูเหลื่อม ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	
ผลของโปรแกรมแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ	241
ร่วมกับการกำกับกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดนนทบุรี	
สุชาววัชร สมสอน ปาหนัน พิชยภิญโญ สุนีย์ ละกะปิ่น	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	254
นงศศิราญ ชูอินทร์ สุนีย์ ละกะปิ่น ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง	268
สุสารี ประคินกิจ นฐมน บุญล้อม ลัญชนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ	
นฤมล อังศิริศักดิ์ ศุภารัญ ภาสขุ รสยา ยุวพรพาณิชย์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี	280
อรรธรณ วังลึก พชรพร เกิดมงคล อาภาพร เผ่าวัฒนา ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ ปรรธนา สติยวิภาวิ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย	293
อัญมณี มณีนิล ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	
ผลของการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง	308
และทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2	
อุบล สุทธิเนียม เสมอจันทร์ ธีระวัฒน์สกุล จินตนา รังษ	

Content

Volume 38 Number 1 January – April 2022

Articles

Nursing Care of Patients with Chronic Kidney Disease Infected with COVID-19 in Critically ill Condition	1
Nudchaporn Doommai	
Chantira Chiaranai	
Transcultural Care by Aging Center in Camillo Foundation of Thailand	13
Phagapun Boontem Jaruwat Phaitrakul Preeda Wiengchai	
Research and Innovation Mechanisms: The Case Study for Moving Health Promotion	24
Toward Nursing Profession in Northern Thailand	
Somjai Sirakamon Wipada Kunaviktikul	

Research Articles

Effect of Breast Milk Oral Care on Breast-Feeding Performance in Preterm Infants	38
Kannika Hongsiri Jariya Wittayasooorn Tipawan Daramas	
Predicting Factors of Sexual Communication between Parents and Adolescent Mothers	49
Regarding Repeat Pregnancy Prevention	
Kultida Subsomboon Wanna Phahuwatanakorn	
Thiwarphorn Chalermphichai Dittakarn Boriboonhirunsarn	
Selected Factors Related to Stroke in Ban Dung District, Udonthani Province	61
Chanyawee Chaiwong Yupaporn Tirapaiwong Wirakan Sumethanurakkhakun	
Factors Influencing Falls Prevention Behavior Among the Elderly in Thapthan District Uthathani Province	73
Nutchaya Pongthong Orawan Keeratisiroj	
The Effects of Promoting an Individual and Family Self-Management Program on the Control of	86
Sugar level Behavior and Accumulated Blood Sugar Levels among Type 2 Diabetic Patients	
Songkrot Saringkarn Mayuree Nirattharadorn Pregamol Rutchanagul	
Desirable Characteristics among Graduate Nurses of Rajabhat University in the A.D. 2020s	97
Thinnakorn Buachu Prapaporn Muangkaew	
Factors Related to Skin Whitening Product Consumption Behavior among	109
Undergraduate Students in Bangkok Metropolis	
Thanyalak Nakharin Malinee Sompopcharoen	
Health Care for Monks in a Muang District Nakon Ratchasima: What are the Health Needs of Monks?	122
Pakatip Singkham Pornruedee Nitirat	
Model Development for Health-Care Services in Response to the Needs of the Patient Family	136
Members in the ICU of Surat Thani Hospital.	
Pornpimon Paimuang Bunthip Siritharangsri Ratchani Namchanthra Johnphajong Phengjard	
The Effective of Knowledge Pregnancy Examination Skills of Student Nurse by Using	147
Simulation Pregnancy Model According to the Objective-Structured Clinical Examination: OSCE	
Waralya Sangpithak Rodjarin Rattanasoontron Kesorn Suvithayasiri Soopussara Pumek	

Content

Volume 38 Number 1 January – April 2022

The Effects of Buddhist Psychology Program on Contemplative of Nurses	158
Variththa Charuchinda Tanavan Sriamonruttanakul Ampun Pornmesri	
Rawee Chaemchuen Somporn Jitruttanaporn Pimprapa Tosongkram	
Knowledge and Self-Care Behavior among Patients with Heart Failure in The 50th Anniversary	172
Mahavajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province	
Waiyaporn Promwong Jaroonsree Meenongwah Sangduan Ginggeaw Rungthip Charoensri	
The Effects of Maneevej Exercise on Quality of Life and Blood Pressure in Older Persons	186
Sarinrat Jitjum Kanyatorn Yincharoen Wasan Hayeeyahya Jinsinee Wannapong	
The Development of Management Model in Community at Tha Hat Yao Sub-District	197
Phon Sai District Roi-Et Province	
Sirawit Sriksampha Sutteepon Moolsart Kitsanaporn Tipkanjanaraykha	
Telling the Truth of the Illness: Perspectives of Older Adults Persons who Experienced	213
with Caring the End-of-Life Person	
Sirilak Somanusorn Kanlaya Paikoh Marayart Sujaritwarakul	
The Influence of Protective Factors on Mental Health Among Community-Dwelling Older Adults	227
Sukanya Kanngooluem Pornpat Hengudomsub Jinjutha Chaisena Dallas	
Effects of Information, Motivation and Behavioral Skills Model with Video-Observed	241
Therapy program among new pulmonary tuberculosis patients in Nonthaburi Province	
Suchanwat Somsorn Panan Pichayapinyo Sunee Lagampan	
Factors Related to Health Literacy in Diabetes Mellitus among Health Volunteers in Bangkok	254
Nongkran Chooiin Sunee Lagampan Kwanjai Amnatsatsue	
Factors relating Stress and Stress Coping Caregivers of People with Schizophrenia in Urban Family	268
Susaree Prakhinkit Nutamon Boonlom Lunchana Phimphanchaiyaboon	
Naruemol Angsirisak Suparun Phasuk Rosaya Yuwapornpanit	
Factors Related to HIV Prevention Behaviors among	280
Men Who Have Sex with Men, Ratchaburi Province	
Orawan Wangluk Patcharaporn Kerdmongkol Arpaporn Powwattana	
Kwanjai Amnatsatsue Pratana Satitvipawee	
Factors Influencing Depression among Late Adolescents	293
Anyamanee Maneenil Duangjai Vatanasin Pornpat Hengudomsub	
Effect of Simulation-Based Learning on Knowledge, Perceived Self-Efficacy	308
and Nursing Skills for Patients with Diabetes Mellitus Nursing	
Care among the 2 nd Year Nursing Students	
Ubol Suttineam Samerchan Teerawatskul Jintana Rungsa	

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาลได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 38 โดยเริ่มฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-เมษายน 2565 ซึ่งวารสารได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 มาเป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563-31 ธันวาคม 2567 และในปี พ.ศ. 2564 วารสารได้ก้าวข้ามสู่ฐาน ASEAN Citation Index (ACI) ซึ่งส่งผลให้ผลงานวิชาการที่เผยแพร่ได้รับการยอมรับในวงกว้างมากขึ้น เกิดประโยชน์ทาง วิชาการและวิชาชีพการพยาบาลอย่างมากขึ้นมาโดยลำดับ

วารสารฉบับนี้ประกอบด้วยผลงานวิชาการที่เป็นบทความวิจัย จำนวน 22 เรื่อง และบทความวิชาการจำนวน 3 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 25 เรื่อง โดยมีประเด็นที่น่าสนใจหลากหลายมิติ ทั้งในมิติของการพยาบาลเฉพาะโรค มิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละช่วงวัย ตั้งแต่ทารกแรกเกิด วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มิติของการดูแลสุขภาพจิต มิติของปัจจัยทำนายพฤติกรรม หรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีผลงานทางการศึกษาพยาบาลและผลงานที่น่าสนใจ จากการศึกษา กลไกการวิจัยและนวัตกรรมผ่านกรณีศึกษาการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สนใจ สามารถเข้าถึงเพื่อการสืบค้น นำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์และสามารถอ้างอิงทางวิชาการจากวารสารบนฐานข้อมูล TCI ใน website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> จึงขอเชิญชวนท่านได้ส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่และนำผลงานจากบทความในวารสารไปใช้เพื่อต่อยอดขยายผล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทางวิชาการและ วิชาชีพอย่างต่อเนื่องสืบไป

ขอขอบคุณผู้สนใจที่ส่งผลงานบทความวิจัยและบทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มาเป็นจำนวนมาก เรามีความยินดีพิจารณาผลงานของท่านด้วยมาตรฐานของวารสารและจะแจ้งผลให้ท่านทราบโดยเร็ว ตามกระบวนการและขั้นตอนการพิจารณา โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารของเราจะตอบสนองการพัฒนาของบุคลากรสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ นักวิชาการทางด้านการพยาบาลการศึกษาและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณ ผู้นิพนธ์ ผู้ร่วมนิพนธ์ และ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่นำเสนอผลงานวิชาการที่มีคุณค่า ผ่านการประเมินคัดกรองพร้อมด้วยข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ วารสารทุกฉบับมีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวง สาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เพื่อให้รอดปลอดภัยและลดการแพร่ระบาดของเชื้อที่มีผลกระทบต่อนุภาพของประชาชนและ สังคมไทยมาอย่างยาวนาน พบกันใหม่ในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาลฉบับต่อไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ
บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต

Nursing Care of Patients with Chronic Kidney Disease Infected with COVID-19 in Critically ill Condition

Received: Oct 18, 2021

Revised: Oct 29, 2021

Accepted: Nov 23, 2021

นุชพร ดุมใหม่ พย.บ. (Nudchaporn Doommmai, B.N.S.)¹จันทร์ทิรา เจียรณีย์ Ph.D. (Chantira Chiaranai, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากการแพร่ระบาดทั่วโลกอย่างรวดเร็วและก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย โดยเฉพาะผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ติดเชื้อโควิด-19 ร่วมด้วยอาจส่งผลให้เกิดปัญหาซับซ้อนและภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต ทั้งหมด 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1) พยาธิสภาพของโรคโควิด-19 2) ผลของการติดเชื้อโควิด-19 ต่อการทำงานของไตและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต และ 4) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต

ประเด็นสำคัญ: โรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้ออย่างรุนแรงทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องก็อาจเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น โดยหลักการดูแลรักษาต้องอาศัยการรักษาแบบประคับประคองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของไตและการบำบัดทดแทนไตในรายที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

สรุป: พยาบาลมีหน้าที่ติดตามประเมินอาการ ดูแลรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม รวมทั้งป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนผลกระทบต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ: องค์ความรู้ที่บทความนำเสนอสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแล และ/หรือศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้องค์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ยังมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรติดตามข้อมูลเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง โควิด-19 ผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาล

¹นิสิตพยาบาลปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: nudchaporn18@gmail.com

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี E-mail: chantira@sut.ac.th

¹Master student, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

²Associate Professor, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima, Thailand

Abstract

Introduction: The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic situation is an international public health emergency because it rapidly spreads and causes many consequences to patients, especially, its impact on health conditions of patients with chronic kidney disease (CKD). When these patients are infected with COVID-19, it leads to complex health problems and life-threatening critical illnesses.

Objectives: This article aimed to present nursing care for patients with CKD infected with COVID-19 regarding 4 issues as follows: 1) pathology of COVID-19, 2) COVID-19 induced kidney function and CKD, 3) treatment for patients with CKD infected with COVID-19 in a critical phase, and 4) role of nurses in the care of patients with CKD infected with COVID-19 in a critical phase.

Key issues: CKD is a major risk factor that results in people being infected with COVID-19 suffering from severe illness due to inflammation which causes severe infection leading to acute kidney injury. If CKD patients who are infected with COVID-19 do not receive the proper treatments, the severe complication can be a leading cause of death in a short period of time. Caring principle for these patients requires conservative treatments to maintain their kidney function as well as renal replacement therapy, particularly in patients whose kidneys can no longer function. Nurses therefore play an important role in holistically care of this patient group.

Conclusion: Nurses are responsible for assessing, monitoring symptoms, maintaining physical and psychosocial aspects, as well as, preventing and controlling infection to decrease the mortality rate and to ensure that patients with CKD infected with COVID-19 are safe and free from adverse effects.

Implication: The proposed knowledge can be used to develop clinical practice guidelines and/or conduct studies related to patients with CKD infected with COVID-19. Since knowledge of COVID-19 is constantly changing, healthcare providers should therefore keep up-to-date knowledge continually.

Keywords: chronic kidney disease, COVID-19, critically ill patients; nursing

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และนับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ภายในระยะเวลาเพียง 2 ปี นับตั้งแต่ที่มีการแพร่ระบาดครั้งแรกพบรายงานผู้ติดเชื้อมากกว่า 259 ล้านราย และเสียชีวิตสูงถึง 5 ล้านรายทั่วโลก ประเทศที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ สหรัฐอเมริกา อินเดีย และบราซิล ตามลำดับ¹ สำหรับสถานการณ์โรคโควิด-19 ของประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสมประมาณ 2 ล้านราย ยอดผู้เสียชีวิตสะสมราว 20,000 ราย และยังคงพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกวันอย่างต่อเนื่อง²

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสร้างความเสียหายในวงกว้างเสมือนการล้มของโดมิโน ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ ผลกระทบด้านอุตสาหกรรม การท่องเที่ยว การขนส่ง รวมทั้งระบบเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC) เพื่อส่งสัญญาณให้นานาประเทศร่วมมือกันจัดการกับปัญหานี้³

นอกเหนือจากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ร้ายแรงแล้ว ความรุนแรงของโรคโควิด-19 เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีความรุนแรงของอาการหลายระดับ ทั้งกลุ่มที่ไม่มีอาการเลย มีอาการเล็กน้อย ไปจนถึงมีอาการขั้นรุนแรง จากการศึกษาก่อนของ Wu และ McGoogan ในปี 2020⁴ ในผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 72,314 ราย ในประเทศจีน พบว่า ร้อยละ 14 ของผู้ติดเชื้อมีอาการขั้นรุนแรง และร้อยละ 5 ต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคไตเรื้อรัง⁴ ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 รุนแรงยิ่งขึ้น

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับอาการที่รุนแรงมากขึ้นและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19^{5,6} จากการศึกษาแบบ systematic review and meta-

analysis ของ Lin และคณะ⁷ จากรายงานการวิจัย 27 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไตทำงานปกติ 4.29 เท่า และ 2.25 เท่า ตามลำดับ⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคไตเรื้อรังเป็นโรคร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 เสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ⁸ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูงถึง 697.5 ล้านคน⁹ หากผู้ป่วยเหล่านี้ ติดเชื้อโควิด-19 จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลานาน ต้องอาศัยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาและช่วยชีวิต ตลอดจนสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคโควิด-19 ผลของการติดเชื้อโควิด-19 ต่อการทำงานของไตและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต ดังต่อไปนี้

พยาธิสภาพของโรคโควิด-19

พบรายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 ครั้งแรก ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ช่วงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 ซึ่งคาดการณ์ว่าเป็นการติดเชื้อจากสัตว์สู่คนโดยมีค้างคาวเป็นพาหะนำโรค ทว่าขณะนี้ยังไม่มีการใดที่สามารถระบุแหล่งกำเนิดของโรคได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานที่ชัดเจนว่าโรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่มีชื่อว่า “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)” องค์การอนามัยโลกจึงนำมาตั้งชื่อโรคนี้ว่า “COVID-19” ที่ย่อมาจาก “Coronavirus Disease 2019”¹⁰

เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีส่วนของไกลโคโปรตีนชื่อว่า “Spike (S)” ที่มีหน้าที่จับกับโปรตีนบนผิวเซลล์ของร่างกายมนุษย์ นั่นคือ Angiotensin Converting Enzyme 2 (ACE2) Receptor ซึ่งเป็นตัวรับที่พบมากในเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจ หัวใจ ก้านสมอง ทางเดินอาหาร และไต จากนั้นเชื้อไวรัสจะแบ่งตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ร่างกายกระตุ้น

ระบบภูมิคุ้มกัน เกิดกระบวนการอักเสบและหลั่งสารสื่อกลางการอักเสบ (Inflammatory mediator) ต่าง ๆ¹¹ ผลของการอักเสบที่รุนแรงนี้ทำให้เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome: ARDS) และภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction: MI) และกลุ่มอาการของอวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลว (Multiple organ dysfunction syndrome: MODS) ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำมาสู่การเสียชีวิต^{11,12}

เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะมีระยะฟักตัว 3-14 วัน สามารถติดต่อกันได้ 2 ทาง คือ การสูดดมฝอยละอองขนาดใหญ่เข้าสู่ร่างกาย (Droplet transmission) เช่น การไอ การจาม เป็นต้น ซึ่งเชื้อสามารถแพร่กระจายได้ 1-2 เมตร หรือประมาณ 6 ฟุต อีกทางหนึ่งคือการสัมผัสกับสิ่งของที่เป็นเปื้อนเชื้อหรือสารคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อโดยตรง^{10,13} ผู้ติดเชื้อจะมีการแสดงอาการหลายรูปแบบแตกต่างกันตามสายพันธุ์ของเชื้อไวรัส แต่จะพบอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเป็นหลัก สำหรับอาการของโรคโควิด-19 ที่พบบ่อย ได้แก่ มีไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ปวดศีรษะ มีผื่น ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น และลิ้นไม่รับรส^{14,15}

ผลของการติดเชื้อโควิด-19 ต่อการทำงานของไตและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แม้ว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อที่มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจโดยตรง อย่างไรก็ตาม เมื่อไวรัส SARS-CoV-2 เข้าสู่เซลล์ของร่างกายสามารถทำลายเนื้อเยื่อที่ไตได้ด้วยเช่นเดียวกัน เนื่องจาก ACE2 Receptor ซึ่งเป็นตัวรับในร่างกายที่จับกับเชื้อไวรัส พบอยู่ในเซลล์เยื่อบุท่อไตจำนวนมาก เมื่อไวรัสจับกับเซลล์ร่างกายจะมีการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบภายในเซลล์เยื่อบุท่อไตอย่างรุนแรง เกิดภาวะที่มีการหลั่ง Cytokine มากผิดปกติ (Cytokine storm syndrome) เช่น Interleukin-1 (IL-1), Interleukin-6 (IL-6), TNF-alpha เป็นต้น เป็นผลให้ไตได้รับบาดเจ็บและเสียหายที่อย่างเฉียบพลัน (AKI)¹⁶⁻¹⁸

ผลของกระบวนการอักเสบดังกล่าวยังเป็นสาเหตุให้ปริมาณของ Nitrous oxide (NO) ลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว ทำให้การกำจัดของเสียของไตไม่เพียงพอ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง นอกจากนี้ อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ ไข้สูง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมให้การบาดเจ็บของไตรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย เลือดในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง ส่งผลให้การทำงานของไตลดลง ยิ่งไปกว่านั้น ยาต้านไวรัสและยาที่ใช้รักษาภาวะแทรกซ้อนบางตัวมีผลกระทบต่อการทำงานของไตด้วยเช่นกัน เช่น Remdesivir เป็นต้น^{18,19}

เนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่ทำงานเกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (AKI) จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งเดิมที่ไตทำงานบกพร่องติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน²⁰ เมื่อไตบาดเจ็บอย่างเฉียบพลันร่วมด้วยยิ่งส่งผลให้การดำเนินของโรคไตเรื้อรังเลวลง ซึ่งผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะออกน้อยลงหรือไม่ออกเลย เมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าครีตินินในเลือด (Serum creatinine) สูงกว่าปกติและค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลง²¹ อีกทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ (Electrolyte imbalance) ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis) ภาวะของเสียคั่ง (Uremia) และอาจนำมาสู่การเสียชีวิตในที่สุด

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะวิกฤต

จะเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ติดเชื้อโควิด-19 จะมีอาการวิกฤตและการพยากรณ์ของโรคแย่กว่าผู้ป่วยอื่น อันเป็นผลจากพยาธิสภาพเดิมและภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (AKI) เป็นสาเหตุให้หน้าที่ของไตเสียไป การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงอาศัยการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) เพื่อป้องกันไม่ให้งานของไตแย่ลงและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น^{17,22} ดังนี้

1) การควบคุมระบบไหลเวียนโลหิตให้อยู่ในภาวะสมดุล เนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน ในกรณีที่มีภาวะขาดน้ำรักษาด้วยการให้สารน้ำทดแทนและยาตีบหลอดเลือด (Vasopressors) อย่างเหมาะสม โดยติดตามให้ค่าความดันเฉลี่ยหลอดเลือดแดง (Mean arterial pressure: MAP) มากกว่า 65 mmHg ซึ่งเป็นระดับที่เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้เพียงพอ²³ นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตพบว่า สารน้ำกลุ่ม Balanced crystalloids เช่น Ringer lactate solution ให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม Isotonic crystalloids เช่น Normal saline solution ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลัน^{24,25} สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ร่วมกับการจำกัดปริมาณน้ำทั้งทางการรับประทานและทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการจำกัดโซเดียม เนื่องจากโซเดียมจะเพิ่มการดูดกลับของน้ำมีผลให้ภาวะน้ำเกินรุนแรงยิ่งขึ้น^{21,26}

2) การป้องกันและแก้ไขความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง โดยเฉพาะภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) ให้การรักษาด้วยยาที่เพิ่มการขับโพแทสเซียมออกจากร่างกายผ่านทางอุจจาระ ได้แก่ Sodium polystyrene sulfonate (Kayexalate) และ Calcium polystyrene sulfonate (Kalimate) หรือรักษาด้วยยาอินซูลินชนิด Regular Insulin ร่วมกับสารละลาย 50% glucose ในรายที่โพแทสเซียมในเลือดสูงอย่างรุนแรง (Severe hyperkalemia) อีกกรณีหนึ่งคือภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบบ่อยและเป็นอันตรายภายหลังเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นสาเหตุให้ระบบหายใจและหัวใจล้มเหลว โดยให้การรักษาด้วยสารละลาย Sodium bicarbonate^{27,28}

3) การรักษาภาวะติดเชื้อในร่างกาย จากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคโควิด-19 ของประเทศไทย (ฉบับปรับปรุงล่าสุดวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2564) แนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัส (Antiviral drugs) ได้แก่ Favipiravir, Lopinavir/ritonavir (LPV/r) และ Remdesivir เนื่องจากกลไกของยาจะรบกวนกระบวนการสังเคราะห์พันธุกรรมสำหรับการเพิ่มจำนวนของไวรัส อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้ใช้ยา

Remdesivir ในผู้ป่วยที่อัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m² นอกจากนี้ควรให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic drugs) ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนเท่านั้น¹⁴ โดยหลีกเลี่ยงยาปฏิชีวนะที่เป็นพิษต่อไต ตลอดจนปรับขนาดยาให้สอดคล้องกับค่าอัตราการกรองของไตเพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

4) การรักษาด้วยยาด้านอาการอักเสบ (Anti-inflammatory agents) ในรายที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ ยากลุ่ม Glucocorticoids (Dexamethasone) จากการศึกษาของ Chappell และคณะ²⁹ ในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4,321 ราย ที่มีอาการรุนแรงระหว่างได้รับการรักษาทั่วไปกับผู้ป่วยที่ได้รับยา Dexamethasone จำนวน 2,104 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา Dexamethasone มีอัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน ต่ำกว่ากลุ่มที่รักษาทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁹ สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคโควิด-19 ขององค์การอนามัยโลกและประเทศไทย ที่แนะนำให้ใช้ยา Dexamethasone ขนาด 6 mg/วัน เป็นระยะเวลา 7-10 วัน ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง^{14,30}

นอกจากนี้ยังมียาด้านอาการอักเสบอีกกลุ่มหนึ่ง ที่นำมาใช้รักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง คือ ยา Tocilizumab เดิมทีเป็นยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของตัวรับ Interleukin-6 (IL-6 receptor antagonist) ซึ่งเป็นสารที่หลั่งออกมาจากภาวะ Cytokine storm syndrome และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19³¹ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tocilizumab มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าการรักษาแบบทั่วไป และการรักษาด้วยยา Tocilizumab ควบคู่กับ Glucocorticoids มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าการรักษาด้วย Glucocorticoids เพียงอย่างเดียว³²

อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาด้านอาการอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง อาทิเช่น กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome : ARDS) เป็นต้น^{17,30} และควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากอายุรแพทย์โรคไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ

สุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อติดตามผลข้างเคียงของยาและเฝ้าระวังการติดเชื้อแทรกซ้อน

การบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อกำจัดของเสียในร่างกาย อันจะส่งผลให้อวัยวะอื่นทำงานล้มเหลวตามมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย³³ ได้กำหนดข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยวิกฤต ไว้ดังนี้ 1) ภาวะน้ำเกินที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ (Refractory volume overload) 2) ภาวะเลือดเป็นกรดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา (Refractory acidosis) 3) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา (Refractory hyperkalemia) และ 4) ภาวะของเสียคั่ง (Uremia)

สำหรับทางเลือกการบำบัดทดแทนไตในระยะวิกฤต มีหลายวิธี การฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง (Continuous renal replacement therapy: CRRT) ถือเป็นวิธีมาตรฐานที่แนะนำสำหรับการรักษาภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคโควิด-19³⁴ เนื่องจากวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตระดับสูงหรือต้องการสารน้ำทางหลอดเลือดดำปริมาณมากอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถกำจัด Cytokine ต่าง ๆ ซึ่งเป็นสารในกระบวนการอักเสบที่นำมาสู่การทำงานล้มเหลวของอวัยวะในร่างกาย^{17,33} ในกรณีมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือ สถานที่ ผู้เชี่ยวชาญ หรือเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่เดิม การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบช่วง (Intermittent hemodialysis: IHD) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) นับเป็นทางเลือกอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำได้เช่นเดียวกัน^{17,34} การเลือกใช้วิธีการใดนั้นควรพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ความเสี่ยงของการบำบัดทดแทนไต ความพร้อมของทีมสุขภาพ ความเพียงพอของทรัพยากร รวมทั้งกระบวนการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต มีวิธีการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วไปที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

นั่นคือ การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค¹⁶ โดยขณะปฏิบัติงานบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลจะต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment: PPE) ซึ่งประกอบด้วย กระบังป้องกันใบหน้า หมวกคลุมผม หน้ากากอนามัยชนิด N95 ถุงมือ เสื้อคลุม และถุงคลุมเท้า มีการทำความสะอาดเครื่องไตเทียมและเตียงผู้ป่วยด้วย 70% alcohol หลังการฟอกเลือดผู้ป่วยแต่ละรายทันที ไม่นำตัวกรองมาใช้ซ้ำตลอดจนไม่เคลื่อนย้ายเครื่องไตเทียม³⁵

สำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบช่วง (IHD) หรือล้างไตทางช่องท้อง (IPD) ให้ทำการฟอกเลือดภายในหน่วยไตเทียมสนามชั่วคราวหรือจัดอยู่ในห้องแยกโรคสำหรับฟอกเลือดโดยเฉพาะที่เรียกว่า “Cohort hemodialysis units” หากเป็นไปได้พยาบาลควรติดตามอาการของผู้ป่วยผ่านทางกล้องวิดีโอที่ติดตั้งไว้ภายในหอผู้ป่วยและการล้างไตทางช่องท้องควรปรับเป็นการใช้เครื่องอัตโนมัติ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรค^{16,35} แต่กรณีผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ได้รับการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง (CRRT) ให้การดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตความดันลบ (Intensive care unit with airborne infection isolation room: ICU AIIR) เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระยะวิกฤต

การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากความรุนแรงของการติดเชื้อจะส่งผลถึงความผิดปกติในภาวะสมดุลของสารเคมี อิเล็กโทรไลต์ และสารน้ำ ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตสังคม ดังต่อไปนี้

การพยาบาลด้านร่างกาย

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หากค่า MAP ต่ำกว่า 65 mmHg อาจแสดงถึงปริมาณเลือดที่ไหลเวียนมาเลี้ยงไตไม่เพียงพอ²³

2. ประเมินความไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนัง อาการบวมกดบวม การฟังเสียงปอด การตรวจความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous pressure: CVP) ตลอดจนสังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู

3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเสียสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว อาการคัน แขนหน้าออก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนรูปแบบต่าง ๆ ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยโควิด-19 ระยะวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator)^{36,37} เนื่องจากการติดเชื้อโควิด-19 มีผลให้ปอดอักเสบอย่างรุนแรงและเกิด ARDS¹¹ นอกจากนี้ยังมีการใช้ออกซิเจนชนิดอัตรการไหลสูง (High-flow nasal cannula: HFNC) ในผู้ป่วยโควิด-19 ระยะวิกฤต เพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่กระจายเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจและแก้ไขปัญหาขาดแคลนเครื่องช่วยหายใจ³⁷ อย่างไรก็ตามการให้ออกซิเจนชนิด HFNC จะต้องให้ภายในหอผู้ป่วยวิกฤตความดันลบ พร้อมทั้งมีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการใช้เครื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ³⁶

5. ดูแลให้ได้รับยาต้านไวรัส ยาปฏิชีวนะ หรือยาต้านอาการอักเสบ ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียงของยา อาทิเช่น ยา Favipiravir และยา Lopinavir/ritonavir ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวน ค่าการทำงานของตับและกรดยูริกในเลือดสูงขึ้น^{14,38} เป็นต้น

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำหรือยาตีบหลอดเลือดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยบริหารสารน้ำและยาอย่างระมัดระวังผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหล (Infusion pump) พร้อมทั้งประเมินผลข้างเคียงของยาและการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดอย่างสม่ำเสมอทุก 1-2 ชั่วโมง

7. กรณีที่มีภาวะน้ำเกิน เช่น บวมตามร่างกาย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยาขับ

ปัสสาวะ จำกัดน้ำ ตลอดจนการควบคุมปริมาณเกลือโซเดียมตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะน้ำเกิน

8. กรณีที่มีภาวะเสียสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง อาทิเช่น

8.1 ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง:

- ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง (EKG monitor) หากตรวจพบ Prolong PR interval, Wide QRS complex และ Tall peak T wave แสดงถึงภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงระดับรุนแรง²⁷ ต้องรายงานแพทย์รับทราบทันที

- ประสานงานกับนักโภชนาการในการงดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น แอปเปิ้ล มะละกอกล้วย เป็นต้น จนกว่าระดับโพแทสเซียมในเลือดเข้าสู่ระดับปกติ

- ดูแลให้ได้รับยาลดระดับโพแทสเซียมในเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ Sodium polystyrene sulfonate หรือ Calcium polystyrene sulfonate โดยการรับประทาน/สวนทางทวารหนัก หรือ Regular Insulin ร่วมกับสารละลาย 50% glucose เข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น²⁸

8.2 ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ: ดูแลให้ได้รับสารละลาย Sodium bicarbonate รูปแบบรับประทานหรือทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียงของยา²⁸

9. ประสานงานกับทีมแพทย์และนักโภชนาการในการวางแผนดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย²⁶ กำหนดให้ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันควรได้รับพลังงานจากสารอาหาร 25-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักอุดมคติ/วัน รวมทั้งจำกัดปริมาณโปรตีนอยู่ที่ 0.8-1 กรัม/น้ำหนักอุดมคติ/วัน ในรายที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต หรือ 1-2.5 กรัม/น้ำหนักอุดมคติ/วัน ในรายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากการย่อยสลายโปรตีนส่งผลให้ของเสียในเลือดเพิ่มขึ้น

10. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินสมดุลของสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย

11. ติดตามน้ำหนักตัวทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวจากภาวะน้ำเกิน โดยการชั่งน้ำหนักควรทำในช่วงเวลาเดียวกัน ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเดียวกัน และสวมเสื้อผ้าลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงในการเปรียบเทียบน้ำหนัก หากผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน ควรรายงานแพทย์รับทราบทันที

12. ติดตามผลตรวจทางรังสีทรวงอก (Chest x-rays) และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไต ได้แก่ Serum creatinine, Blood urea nitrogen (BUN), eGFR, Serum electrolyte และ Arterial blood gas (ABG) เพื่อประเมินอาการผิดปกติที่เป็นผลจากการดำเนินของโรคโควิด-19 และโรคไตเรื้อรัง

13. กรณีที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณรอบตำแหน่งที่ผ่าตัดทำเส้นเลือดหรือใส่สายสวนด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความสมบูรณ์เส้นเลือดหรือสายสวน เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ ดูแลให้ผู้ป่วยเข้ารับบำบัดทดแทนไตภายในห้องแยกโรคความดันลบ (AIIR) หรือห้องแยกโรคสำหรับฟอกเลือดตามแผนการรักษา พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไต เช่น กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

การพยาบาลด้านจิตใจและจิตสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ในห้องแยกโรค งดเยี่ยมจากญาติและบุคคลอื่นเป็นที่รัก ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกแยกจาก อีกทั้งความรุนแรงของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล สิ้นหวัง ซึมเศร้า และอาจรุนแรงถึงขั้นไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การพยาบาลด้านจิตใจและจิตสังคมจึงประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ แสดงท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมทั้งเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ในปฏิบัติการพยาบาลและการทำหัตถการ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและคลายความวิตกกังวล ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเงียบสงบ เนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นเต็มไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก อาจกระตุ้นให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว หรือรบกวนการนอนหลับพักผ่อน

การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตควรจัดอยู่ในห้องแยกโรคสำหรับฟอกเลือดโดยเฉพาะ³⁵ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย บริเวณดังกล่าวจึงต้องเป็นพื้นที่สะอาด ปลอดเชื้อ และมีการติดตั้งระบบน้ำบริสุทธิ์สำหรับฟอกเลือด

2. ให้การพยาบาลตามหลัก Contact precaution และ Droplet precaution ในกรณีต้องทำหัตถการที่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของฝอยละออง จัดผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรคความดันลบ (AIIR) ควบคุมกับการปฏิบัติตามหลัก Airborne precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ³⁹

3. ทำความสะอาดมือด้วยน้ำสบู่อย่างถูกวิธี

4. สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ได้แก่ กระบังป้องกันใบหน้า หมวกคลุมผม หน้ากากอนามัย เสื้อคลุม ถุงมือ และถุงคลุมเท้า โดยการเลือกประเภทของอุปกรณ์ป้องกันให้พิจารณาจากโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการใช้งานและลดการขาดแคลนทรัพยากร³⁹

5. เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจ ถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างถูกวิธีและทิ้งลงภาชนะให้ถูกต้อง เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค

6. ให้คำแนะนำเรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันหมู่และลดอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากวัคซีนจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อไกลโคโปรตีนของไวรัสที่เป็นส่วนสำคัญทำให้เกิดการติดเชื้อและเจ็บป่วย ซึ่งวัคซีนที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง^{40,41} มีรายงานจากกรมควบคุมโรคติดต่อ (Center for disease control and prevention: CDC) พบว่าผู้รอดชีวิตจากโควิด-19 (COVID-19 survivors) ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีอัตราการติดเชื้อซ้ำเป็น 2.34 เท่าของผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน⁴² ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าในผู้ที่รอดชีวิตจากโควิด-19 ควรได้รับการฉีดวัคซีนทันทีที่อาการดีขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อและกลับเป็นซ้ำอีก ปัจจุบันวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีทั้งหมด 4 ชนิด โดยแบ่งตามเทคโนโลยีการผลิต ได้แก่ 1) วัคซีนชนิดสาร

พันธุกรรม (mRNA vaccine) เช่น Pfizer/BioNtech, Moderna เป็นต้น 2) วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Viral vector vaccine) เช่น AztraZeneca, Johnson & Johnson's Janssen, Spuniv V เป็นต้น 3) วัคซีนชนิดใช้โปรตีนบางส่วนของเชื้อไวรัส (Protein subunit vaccine) เช่น Novavax เป็นต้น และ 4) วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) เช่น Sinovac, Sinopham เป็นต้น⁴¹

บทสรุป

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นอันตรายต่อผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากเมื่อติดเชื้อโควิด-19 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน การทำงานของไตที่ไม่มีประสิทธิภาพอยู่เดิมนั้นยิ่งแย่ลง เป็นสาเหตุให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น การดูแลรักษามีทั้งการรักษาแบบโหลเวียนโลหิต สมดุลกรด-ด่าง สมดุลเกลือแร่ ตลอดจนการรักษาภาวะติดเชื้อในร่างกาย แต่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาดังกล่าวมีความจำเป็นต้องอาศัยการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นหัตถการขั้นสูง เพื่อช่วยขจัดของเสียและควบคุมสมดุลของร่างกาย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการติดตามประเมินอาการ การดูแลรักษาทั้งด้านร่างกาย

จิตใจ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นหายจากโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต และลดผลกระทบต่างๆ ที่อาจตามมา

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

เนื่องด้วยโรคโควิด-19 เป็นโรคที่อุบัติใหม่ องค์ความรู้ต่าง ๆ ยังอยู่จำกัดและเปลี่ยนแปลงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบใหม่ องค์ความรู้ที่นำเสนอในบทความนี้สามารถนำไปประยุกต์สู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 ระยะวิกฤต สำหรับหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ใน การดูแล เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ล้างไตทางหน้าท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในปัจจุบันเป็นลักษณะโดยทั่วไป ยังไม่ชัดเจนและไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีวิธีการดูแลรักษาที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทั่วไป นอกจากนี้ยังสามารถนำไปพัฒนาสู่งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นต้น

References

1. World Health Organization. WHO coronavirus 2019 (COVID-19) dashboard [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov 27] Available from: <https://covid19.who.int>
2. Department of Disease Control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Thailand interactive dashboard [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov 27] Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/> (in Thai).
3. World Health Organization. COVID-19 public health emergency of international concern global research and innovation forum [Internet]. 2020 [cited in 2021 Oct 10] Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
4. Wu Z, & McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. JAMA 2020;323(13):93-8.

5. Clark A, Jit M, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HH, Mercer SW, et al. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *The Lancet Glob Health* 2020; 8(8):1003-17.
6. Ortiz A, Cozzolino M, Duivenvoorden R, Fliser D, Fouque D, Franssen C, et al. Chronic kidney disease is a key risk factor for severe COVID-19: a call to action by the ERA-EDTA. *Nephrol Dial Transplant* 2021;36(1):87-94.
7. Lin YC, Lai TS, Lin SL, Chen YM, Chu TS, Tu YK. Outcomes of coronavirus 2019 infection in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Chronic Dis* 2021; 12:1-13.
8. Lee AC, Li WT, Apostol L, Ma J, Taub PR, Chang EY, et al. Cardiovascular, cerebrovascular, and renal co-morbidities in COVID-19 patients: a systematic-review and meta-analysis. *Comput Struct Biotechnol J* 2021;19:3755-63.
9. Carney EF. The impact of chronic kidney disease on global health. *Nat Rev Nephrol* 2020;16(5):251.
10. World Health Organization. Naming the coronavirus disease 2019 (COVID-19) and the virus that cause it [Internet]. 2020 [cited in 2021 Oct 10] Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
11. Mahmoud IS, Jarrar YB, Alshaer W, Ismail S. SARS-CoV-2 entry in host cells-multiple targets for treatment and prevention. *Biochim Open* 2020;175: 93-8.
12. Sutherasan Y. The basics of COVID-19: the severe covid patients. In: Staworn S, Piyavechvirat K, Morakul S, editors. *COVID and crisis in critical care*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2020. P.37-41. (in Thai).
13. Chilamakuri R, Agarwal S. COVID-19: characteristics and Therapeutics. *Cells Dev* 2021; 10(2):1-29.
14. Department of Disease Control. Guidelines on clinical practice, diagnosis, treatment, and prevention of healthcare-associated infection for COVID-19 updated 4 Aug 2021 for medical professionals and public health personal [Internet]. 2020 [cited in 2021 Oct 10] Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/guidelines/g_CPG_04Aug21.pdf (in Thai).
15. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 2021;395: 497-506.
16. Adapa S, Chenna A, Balla M, Merugu GP, Koduri NM, Daggubati SR, et al. COVID-19 pandemic causing acute kidney injury and impact on patients with chronic kidney disease and renal transplantation. *J Clin Med Res* 2020;12(6):352-61.
17. Armaly Z, Kinaneh S, Skorecki K. Renal manifestations of Covid-19: physiology and pathophysiology. *J Clin Med* 2021;10(6):1-21.
18. Kaye AD, Okeagu CN, Tortorich G, Pham AD, Ly EI, Brondeel KC, et al. COVID-19 impact on the renal system: pathophysiology and clinical outcomes. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2021;35(3): 449-59.

19. Prasad N, Agrawal SK. COVID 19 and acute kidney injury. *Indian J Nephrol* 2020;30(3):161-5.
20. De Boer IH, Caramori ML, Chan JC, Heerspink HJ, Hurst C, Khunti K, et al. KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney Int* 2020;98(4): S1-S115.
21. Ostermann M, Bellomo R, Burdmann EA, Doi K, Endre ZH, Goldstein SL, et al. Controversies in acute kidney injury: conclusions from a kidney disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Conference. *Kidney Int* 2020;98(2):294-309.
22. Thongngam S, Pumool S, Ratanarat R. Nursing care of patients with COVID-19 in isolation unit, Siriraj Hospital. *Siriraj Medical J* 2019;13(3):222-231. (in Thai).
23. Srisawat N, Tungsanga K. Acute kidney injury. *J DMS* 2017;42(6):64-8. (in Thai).
24. Ostermann M, Liu K, Kashani K. Fluid management in acute kidney injury. *Chest* 2019;156(3): 594-603.
25. Self WH, Semler MW, Self WH, Wanderer JP, Ehrenfeld JM, Wang L, Byrne DW, et al. Balanced crystalloids versus saline in critically ill adults. *NEJM* 2018;378(9):829-39.
26. Society of Parenteral and Enteral Nutrition of Thailand. Clinical practice recommendation for nutritional management in adult kidney patients [Internet]. 2018 [cited in 2021 Oct 1]. Available from: <https://www.spent.or.th/index.php/publication/category/gl/2020> (in Thai).
27. Arwood MR, Kessler T. Disorder of fluid, electrolytes, and acid-base balance. In: Norris LT, editors. *Porth's pathophysiology: concept of altered health states*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 158-221.
28. Trakanvanich T., Kusoom V. Acute kidney injury. In: Kusoom V, editors. *Critical care nursing: a holistic approach*. 6th ed. Bangkok: Saha Pracha Panich; 2017. p. 561-96. (in Thai).
29. Chappell L, Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19-preliminary report. *NEJM* 2021;384(8):693-704.
30. World Health Organization. Corticosteroids for COVID-19: living guidance [Internet]. 2020 [cited in 2021 Oct 10] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1>.
31. Zhang C, Wu Z, Li JW, Zhao H, Wang GQ. Cytokine release syndrome in severe COVID-19: interleukin-6 receptor antagonist tocilizumab may be the key to reduce mortality. *Int J Antimicrob Agents* 2020;55(5):1-6.
32. Ruiz-Antorán B, Sancho-López A, Torres F, Moreno-Torres V, de Pablo-López I, et al. Combination of tocilizumab and steroids to improve mortality in patients with severe COVID-19 infection: a Spanish, multicenter, cohort study. *Infect Dis Ther* 2021;10(1):347-62.
33. The Nephrology Society of Thailand. Hemodialysis and plasmapheresis clinical practice recommendation [Internet]. 2018 [cited in 2021 Oct 1] Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10-2561.pdf> (in Thai).

34. Ruksasuk S. Peritoneal dialysis in critical ill patients. In: Staworn S, Piyavechvirat K, Morakul S, editors. COVID and crisis in critical care. Bangkok: Beyond Enterprise; 2020. p. 567-70. (in Thai).
35. The Nephrology Society of Thailand, Infectious Disease Association of Thailand. Clinical practice recommendation on the treatment of end stage renal disease patients receiving renal replacement therapy with hemodialysis in COVID-19 (updated 2021 April 9) [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov 25] Available from: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/04/NST_COVID-19_09-04-21.pdf (in Thai).
36. The Thai Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guideline on the treatment and management of patients with severe COVID-19 (update 23 March 2020) [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 10] Available from: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf> (in Thai).
37. Daorattanachai K. Role of noninvasive ventilation and high-flow nasal cannula in COVID respiratory failure. In: Staworn S, Piyavechvirat K, Morakul S, editors. COVID and crisis in critical care. Bangkok: Beyond Enterprise; 2020. p. 42-55. (in Thai).
38. Kaur RJ, Charan J, Dutta S, Sharma P, Bhardwaj P, Sharma P, et al. Favipiravir use in COVID-19: Analysis of suspected adverse drug events reported in the WHO database. *Infect Drug Resist* 2020;13:4427-38.
39. Picheansathian W. Personal protective equipment for COVID-19 by health care worker. *TJNMP* 2020;7(1):7-24. (in Thai).
40. Center for Disease Control and Prevention [CDC]. About COVID-19 Vaccines [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov 23] Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/about-vaccines/index.html>
41. World Health Organization. The different type of COVID-19 vaccines [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov 23] Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-race-for-a-covid-19-vaccine-explained>
42. Center for Disease Control and Prevention. New CDC Study: Vaccination Offers Higher Protection than Previous COVID-19 Infection [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov 29] Available from: New CDC Study: Vaccination Offers Higher Protection than Previous COVID-19 Infection | CDC Online Newsroom | CDC

บทความวิชาการ

การดูแลข้ามวัฒนธรรมโดยศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
ในเครือมูลนิธิคณะนิกบุญคามิลโลแห่งประเทศไทย

Transcultural Care by Aging Center in Camillo Foundation of Thailand

Received: Sep 21, 2020

Revised: Nov 11, 2021

Accepted: Jan 6, 2022

ผกาพรรณ บุญเต็ม ส.ด. (Phagapun Boontem, Dr.PH)¹จารุวรรณ ไผ่ตระกูล ส.ด. (Jaruan Phaitrakul, Dr.PH)²ปรีดา เวียงชัย ศส.บ (Preeda Wiengchai, B.D)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ส่งผลให้เกิดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุขึ้นเป็นจำนวนมาก ในจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้มีศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุในเครือข่ายมูลนิธิคณะนิกบุญคามิลโลแห่งประเทศไทยที่ให้การดูแลผู้สูงอายุแบบสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุในทุกศาสนา สมดังตามเจตนารมณ์ของนักบุญคามิลโลที่ให้การดูแลแก่บุคคลด้วยความรักและรับใช้

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญ: จากการวิเคราะห์แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์สงเคราะห์แห่งนี้ กับ มโนทัศน์ซันไรส์โมเดล (Sunrise model) ของโลนินเจอร์ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุแห่งนี้เป็นารดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยด้านร่างกายมีผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุผลัดเปลี่ยนกันไปในแต่ละช่วงเวลาตลอด 24 ชั่วโมงตามลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละท่านที่มีความต้องการของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ด้านจิตใจผู้ดูแลจะมีการพูดคุยให้ความเป็นกันเองกับผู้สูงอายุ รวมไปถึงด้านสังคมที่มีกิจกรรมนันทนาการให้กับผู้สูงอายุสัปดาห์ละครั้ง และด้านจิตวิญญาณตามลักษณะของแต่ละศาสนา เช่น สนับสนุนการทำบุญตักบาตร การร่วมพิธีบูชาขอบพระคุณยามเช้า (มิสซา) และการจัดพิธีกรรมทางศาสนาตามที่ต้องการ เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยรุนแรงทั้งที่พักรักษาที่ศูนย์ฯ หรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยมีพยาบาลวิชาชีพให้คำปรึกษาตลอดเวลา จะมีการสวดบทสวดสำหรับผู้ป่วยให้กับผู้สูงอายุเหล่านั้นด้วยความศรัทธาของนักบวชคาทอลิก ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสอดคล้องตามแนวคิดของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

สรุป: การดูแลข้ามวัฒนธรรมของศูนย์ดูแลแห่งนี้ คำนึงถึงความต่างทางวัฒนธรรมสนับสนุนหลักการดูแลแบบองค์รวมซึ่งนำไปสู่การดูแลข้ามวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะ: เพื่อนำไปสู่การดูแลข้ามวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การดูแลข้ามวัฒนธรรม การดูแล ผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุ

¹Corresponding author อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน E-mail: pboontem12@gmail.com

²อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน E-mail: Jaruanphai@g.swu.ac.th

³บาทหลวงผู้อำนวยการศูนย์คามิลเลียน โซเชียลเซ็นเตอร์ E-mail: wiengchai@gmail.com

^{1,2}Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, NakornNayok, Thailand

³Camillian Social Center, Prachinburi, Thailand

Abstract

Introduction: Older population has grown rapidly because of the progressive and medical technological advancements. It can mostly affect the growing of the aging care centers. Among these centers, the Camillian social center in the Saint Camillus Foundation of Thailand is the center caring for the miserable aging in every religion, according to the purpose of the Camillus which provide caring for people with love and serve.

Objective: To analyze the caring for aging

Key Issues: From the analysis of sunrise model (Leininger) along with caring of this center, the result revealed that caring for aging in this center was the holistic care (physical, mental, social, spiritual and spiritual). The physical care focused on physical activity and nutrition, care, and cure by caregivers who took turn in 24 hours to care for the elderly according to elderly's need. In term of mental health, there was a caregiver to nicely communicate with the elderly. Regarding social activity, there was a recreational activities for the elderly once a week.

Regarding spiritual care, the activities would be provided according to each religion such as offering alms to monks, the morning ceremony of thanksgiving (missa), and the activity of each religion according to elderly's need. When elderly people had the severe illness and had been admitted in the hospital or stayed at the center with nurses who care for them, they would receive the pray from the priest which is the belief of the Camillus. This caring pattern was relevant to the concept of transcultural nursing care.

Conclusion: The transcultural care of this center concerns about the diverse cultures and supports the principle of holistic care leading to transcultural care.

Implications: The transcultural care is relevant to need of caring in aging.

Keywords: transcultural care, caring, aging population

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่มีความเจริญก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันไปตามศักยภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Bathel Activity Daily Living: ADL)¹ โดยจะสามารถจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนน ADL (10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มี/ไม่มีโรคประจำตัว สามารถทำงานได้ (ADL=12 คะแนนขึ้นไป) 2) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ เป็นต้น ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (ADL = 5-11 คะแนน) และ 3) ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ADL = 0-4 คะแนน)² โดยเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่ติดเตียง บางครั้งบุตรหลานไม่มีเวลาดูแลเนื่องจากต้องไปทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวหรือบางท่านอยู่คนเดียวไม่มีบุตรหลานดูแล หรือบางท่านก็จะกังวลใจว่าจะสามารถดูแลได้หรือไม่ น่าจะให้ผู้สูงอายุไปอยู่กับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลมากกว่าที่จะอยู่ในการดูแลของตนเอง

สถานการณ์การบริการการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

ปัจจุบันกับการก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ของทั่วโลก ตามการให้คำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหรือ Aging Society และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์หรือ Aged Society เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็น 14% หรือเป็นสองเท่าของสัดส่วนในสังคมผู้สูงอายุนั้นเอง มีการคาดการณ์ว่าในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า จากในปัจจุบัน (2020) ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 2 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์³

จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนรวม 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด พิจารณาจากนิยามสังคมผู้สูงอายุตามองค์การสหประชาชาติ ประเทศไทยอยู่ในสังคมผู้สูงอายุ Aging Society และน่าจะใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในเร็ว ๆ นี้ ในจำนวนนี้เป็น เพศชาย 5,130,363 คน คิดเป็นร้อยละ 44.13 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด เพศหญิง 6,496,767 คน คิดเป็นร้อยละ 55.87 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จะเห็นได้ว่า จำนวนและร้อยละของเพศหญิง สูงกว่าเพศชาย⁴

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ

1. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่งผลต่อการดูแลเช่นเดียวกัน จากการศึกษาของ วรจกณา อัครวิเวียง และคณะ (2017)⁵ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีปัญหา ด้านการเคลื่อนไหว รองลงมาคือ ปัญหาการได้ยินหรือการสื่อความหมาย การมองเห็นและการเรียนรู้ (ร้อยละ 58, ร้อยละ 28, ร้อยละ 19 และร้อยละ 4 ตามลำดับ) ซึ่งวัยผู้สูงอายุมีธรรมชาติของการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายจึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าว

ความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทุกคนย่อมต้องการมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บแต่ในความเป็นจริงผู้สูงอายุมักมีสุขภาพไม่ดีและมีโรคประจำตัวที่เกิดจากความเคยชินที่ดำเนินชีวิตประจำวันแบบไม่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักเป็นปัญหาด้านสุขภาพและโรคประจำตัว ผู้สูงอายุบางคนก็ไม่ตระหนักที่จะดูแลสุขภาพในช่วงที่ร่างกายยังแข็งแรงอยู่พอเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้สุขภาพแยลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนมากจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลซึ่งส่วนมากจะเป็นคนในครอบครัวช่วยกันดูแล⁶

ความต้องการของผู้สูงอายุในเรื่องอาหารการกิน ข้าวของเครื่องใช้ ที่อยู่อาศัยและการดูแลในเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บนั้นต้องทำอย่างมีการดูแลให้เหมาะสมตามหลักการสุขอนามัย ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือสวมใส่สบายตัว ที่อยู่อาศัยที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี สะอาด อากาศดี ผู้สูงอายุได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอบริเวณที่อยู่อาศัยไม่มีเสียงอีกที่รบกวนผู้สูงอายุและบริเวณบ้าน ต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุเพื่อความสะดวกและป้องกันอุบัติเหตุอันอาจเกิดกับผู้สูงอายุได้

สภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยควรได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ หากผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวอะไรที่ร้ายแรงก็ควรหาเวลาออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็วอย่างต่อเนื่องประมาณ 30 นาที ต่อวัน แต่หากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวการออกกำลังกายก็ยังมีผลสำคัญอยู่โดยผู้สูงอายุควรขอคำแนะนำในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากบุคลากรทางสุขภาพ

2. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุด้านจิตใจ

ปัญหาของผู้สูงอายุด้านจิตใจ จากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง ด้านจิตใจก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน เช่น ขี้กังวล หงุดหงิดง่าย ขี้กังวล จิตใจหดหู่เดียวดาย จิตใจเศร้าหมองง่าย ซึมเหงา ว้าวุ่น และสิ้นหวัง

ความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ อย่างของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเรื่องหน้าที่การงาน (ต้องเกษียณ) สถานะในครอบครัว (จากผู้ให้ความช่วยเหลือต้องกลายเป็นผู้รับความช่วยเหลือ) ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลง ซึ่งแน่นอนว่าจะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากล้วนมีประสบการณ์ทำให้สามารถปรับตัวควบคุมจิตใจยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ช้าหรือยึดติดกับความคิดแบบเก่า ๆ คือเอาเหตุผลของตัวเองเป็นหลักก็อาจทำให้เกิดความเครียดขึ้นมาได้ บางคนแสดงอาการออกมาในลักษณะต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนิสัย ประสบการณ์ การศึกษาและสภาพแวดล้อมของตัวผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักยึดติดกับตัวเองโดยมีความคิดที่ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ที่เข้ามาในชีวิตในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมักรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่าถูกลด

ความสำคัญลงมาจากที่เคยเป็นผู้นำในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือคนในครอบครัวต้องกลับมาเป็นผู้รับความช่วยเหลือ จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ น้อยใจ การที่ผู้สูงอายุได้รับความกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยอาจทำให้เกิดความฉุนเฉียวได้มากกว่าปกติเพราะผู้สูงอายุมักรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองลดลงทำให้ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และผู้สูงอายุให้ความสนใจกับเรื่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความพอใจของตนเอง

ปัญหาของผู้สูงอายุด้านสังคม เกิดการขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อกัน ขาดรายได้ประจำหรือรายได้ลดลงจากเดิม ขาดการยอมรับไม่ได้รับการยกย่องเหมือนวัยทำงาน ขาดความสำคัญไป ค่านิยมของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญเรื่องความกตัญญูลดลง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

ความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม ความต้องการทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุยังคงต้องการเป็นที่เคารพและยกย่องจากคนในครอบครัวและสังคม เหมือนในสมัยที่ยังทำงานอยู่ ต้องการมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องในครอบครัว ต้องการพึ่งพาช่วยเหลือตนเองให้มากและพึ่งพาหรือขอความช่วยเหลือคนอื่นให้น้อยที่สุดโดยไม่ต้องการความสงสารที่แสดงออกแบบตรง ๆ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าที่มีคนอื่นมาแสดงความเมตตาสงสาร นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการมีเงินไว้คอยเลี้ยงดูตนเองโดยไม่เป็นภาระให้กับลูกหลาน ผู้สูงอายุบางคนเมื่อลาออกจากงานแล้วยังมีเงินเก็บหรือได้รับเงินก้อนหนึ่งไว้ใช้ในยามแก่เฒ่า บริจาคจากทางภาครัฐฯ ก็มีส่วนช่วยในเรื่องการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าสำหรับผู้สูงอายุและสวัสดิการอื่น ๆ อีกหลายอย่างสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เดียวกับการศึกษาของชัยพร สิริวิทยานิคมชัยและพิมพ์ภาพ ปัญญาใหญ่ ที่ทำการศึกษานักผู้สูงอายุที่ติดบ้านพบว่า มีความต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมสันทนาการปัญหาที่ถกเถียงกันซึ่งเป็นความต้องการการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุด้านจิตวิญญาณ วัยผู้สูงอายุนี้เป็นวัยเสื่อมถอยจึงต้องพยายามสร้างความสมดุลระหว่างความรู้สึกมั่นคงในจิตใจกับความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งต้องอาศัยสติปัญญาและความรอบคอบ จิตวิญญาณจึงเป็นมิติหนึ่งของผู้สูงอายุที่เป็นพลังของชีวิต เป็นการแสดงถึงการยอมรับ

ตนเอง การไว้วางใจในตนเองโดยมีพื้นฐานจากการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และพลังนอกเหนือตน และความพึงพอใจในตนเอง

ความต้องการของผู้สูงอายุด้านจิตวิญญาณ

1) ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต หมายถึงมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่มีความหมายกับศาสนา พลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติและบุคคล สิ่งยึดเหนี่ยวนี้ประกอบด้วยการมีความยึดมั่นในศาสนา การมีความเชื่อในพลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติ การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคล การมีความยึดมั่นในศาสนา 2) ต้องการมีความสุขในชีวิตซึ่งเกิดจากการมีความพึงพอใจในชีวิตและมีชีวิตที่มีความหมาย ความพอใจในชีวิตเกิดจากความพอใจในชีวิตส่วนตัว ครอบครัวและสังคม ขณะที่ชีวิตมีความหมายเกิดจากการมีความต้องการที่จะมีชีวิต และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่แสดงให้เห็นจากการที่มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งภายในตนเอง มีความหวัง และมีการวางแผนในอนาคต

การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีดังนี้ ส่งเสริมความผาสุกด้วยการดูแลความสุขสบายของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ มีการประเมินสภาพทางจิตวิญญาณ 2) ส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในตนเอง โดยการยอมรับและสนับสนุนความเชื่อของผู้รับบริการให้สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่เชื่อถือยึดเหนี่ยว 3) ให้ความสนใจ เอาใจใส่กับสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุเมื่อพบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ตลอดจนการสร้าง ความหวัง และกำลังใจ 4) ผู้ดูแลใช้ตนเองเป็นผู้รักษา โดยร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุ การเข้าหาและอยู่กับผู้สูงอายุ การสัมผัส การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนาหรือพระเจ้า 5) จัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ 6) พึงอย่างมีเทคนิคและมีเทคนิคในการสื่อสารอย่างเหมาะสม เทเลอร์และคณะ^๑เสนอแนวทางดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนี้ 1) ส่งเสริมความผาสุกด้วยการดูแลความสุขสบายของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ 2) ยอมรับและสนับสนุนความเชื่อของผู้สูงอายุ 3) ให้การดูแลเอาใจใส่สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อพบเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง 5) ผู้ดูแลใช้ตนเองเป็นผู้รักษา ร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุ ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สุภาพอ่อนโยน ยอมรับการแสดงออกของ

ผู้สูงอายุ 6) ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ครอบครัวบุคคลอื่นแม้แต่ตัวเอง 7) อนุญาตให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 8) พุดคุยและรับฟังผู้สูงอายุ

ความต้องการการบริการการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

ความต้องการการบริการการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสังคมไทย พ.ศ. 2552 พบว่ามีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง เป็นสถานบริบาลมากที่สุด จำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 43.5) รองลงมาเป็นบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 44 แห่ง (ร้อยละ 31.9) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 18.1) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 4.3) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 2.2) สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) จะกระจุกอยู่ในเขตกรุงเทพฯ รองลงมาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 30.4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ ตามลำดับ การบริการในสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวในไทยส่วนใหญ่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 61.4) รองลงมาเป็นการให้บริการผู้ป่วยสมองเสื่อม (ร้อยละ 45.5) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับการดูแลระยะสุดท้าย ขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้านพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 15.9) ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ความเห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ โดยมีการบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ ตลอดจนกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกำหนดองค์การกำกับดูแลและรับผิดชอบ^๑

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเครือมูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทย¹⁰

การจัดตั้งคณะนักบุญคามิลโล ได้รับการจัดตั้งให้เป็นมูลนิธิตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติให้เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ ลำดับที่ 89 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ชื่อมูลนิธิได้มาจาก “ชื่อของนักบุญคามิลโล เดอ แอลลิส” (พ.ศ. 2093-

2157) ซึ่งเป็นบุคคลที่อุทิศตนเองเป็นแบบอย่างในการรับใช้ผู้ป่วยและคนยากจน ด้วยความรัก เมตตาและเสียสละ สัญลักษณ์ คือรูปกางเขนอยู่ในกรอบวงกลม มีความหมายว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยจนมารดาที่ดูแลบุตรคนเดียวของตนที่เจ็บป่วย ปัจจุบัน การดำเนินงานของมูลนิธิฯ ให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่ในความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัย ภายใต้ 12 หน่วยงานตามภาคต่าง ๆ ของประเทศ หน่วยงานของมูลนิธิฯ ทำงานใน 10 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ราชบุรี ปราจีนบุรี นครปฐม ชลบุรี ระยอง จันทบุรี เชียงราย อ.ตะกั่วป่า (จ.พังงา) และนครราชสีมา ลักษณะของงาน ประกอบไปด้วย สถานพยาบาล บ้านพักผู้สูงอายุ ศูนย์ช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพและผู้ยากไร้ ศูนย์อบรมเยาวชน ศูนย์ช่วยเหลือคนอนาถา สถานดูแลเด็กกำพร้าและรับอุปการะเด็กกำพร้า เด็กพิการด้อยโอกาส สำหรับคามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์ ปราจีนบุรี ก่อตั้งเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2505/ค.ศ. 1962 คณะนักบวชคามิลเลียนซึ่งในขณะนั้นทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลที่ อำเภอสรีราชา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยเช่าจากภราดาคาณะเซนต์คาเบรียล อยู่ในบริเวณโรงเรียน อัสสัมชัญศรีราชา ได้ออกมาเยี่ยมเยียนบรรดาผู้ป่วยโรคเรื้อนในบริเวณดังกล่าวที่ยากจนและถูกทอดทิ้งมีอยู่หลายครอบครัว จึงเกิดความคิดที่จะรวบรวมบรรดาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้มาอยู่ในสถานที่เดียวกัน เพื่อการรักษาจะได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คณะนักบวชได้เลือกสถานที่บริเวณ ตำบลโคกปึก ในขณะนั้น พระสังฆราช สวง สุวรรณศรี ประมุขสังฆมณฑลจันทบุรี ได้เสนอที่ดิน ตำบลโคกวัด ตำบลโคกปึก แก่คณะคามิลเลียน เพื่อสร้างนิคมดังกล่าว ซึ่งต่อมาคณะคามิลเลียนได้ซื้อที่ดินในบริเวณใกล้เคียงเพิ่มขึ้น เพื่อจัดสร้างเป็นนิคมช่วยตนเอง ในสมัยนั้นเนื่องจากที่ดินบริเวณดังกล่าวยังคงสภาพเป็นป่า ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากลำบากสำหรับการบุกเบิก แต่โดยอาศัยความช่วยเหลือจากทหารอเมริกัน ซึ่งสมัยนั้นยังประจำการอยู่สุดหิบบ และกำลังสร้างถนนสายฉะเชิงเทรา-กบินทร์บุรีอยู่ ได้ช่วยเหลือโดยนำเครื่องจักรหนักเข้ามาปรับพื้นที่ให้ราบเรียบ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการสร้างนิคมเป็นอย่างดี

จากบ้านเล็ก ๆ เพียง 12 หลัง ต่อมาได้ขยายเป็น 24 หลังและ 40 หลังตามลำดับโดยอาศัยการรับความช่วยเหลือจากการรับบริจาคจากสาธารณชนทั้งจากต่างประเทศและในประเทศ ในปี พ.ศ. 2509/ค.ศ. 1966 ได้สร้างศาลาอเนกประสงค์

และโบสถ์เล็ก ๆ ขึ้น และในปี พ.ศ. 2511/ค.ศ.1968 ได้รับเงินบริจาคจากมิเซเรอร์ (มูลนิธิคาทอลิกจากประเทศเยอรมัน) เพื่อสร้างโรงพยาบาลสำหรับคนป่วยโรคเรื้อน ซึ่งประกอบไปด้วยห้องปฏิบัติการ ห้องพักฟื้นคนไข้ ทางนิคมได้พยายามเอาใจใส่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยพิการ เช่น อวัยวะแขน ขาเทียม เป็นต้น นอกนั้นนิคมยังพยายามพึ่งตัวเองให้ได้มากที่สุดโดยมีกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ เช่น แกะสลักไม้ ทอผ้า เลี้ยงสัตว์ ปลูกพืชสวนครัว ทำสวน และยังสนับสนุนบุตรธิดาของผู้ป่วยให้ได้รับการศึกษาตามความถนัด

ในปี พ.ศ. 2544/ค.ศ. 2001 ศูนย์สังเคราะห์ฯ แห่งนี้ได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น คามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์ ปราจีนบุรี เพื่อปรับให้เข้ากับโครงการใหม่ที่กำลังจะเริ่มขึ้น ให้สอดคล้องในการตอบสนองต่อความต้องการของสถานการณ์สังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ไม่สามารถอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนได้ โดนเริ่มโครงการใหม่นี้ ในปี พ.ศ. 2545/ค.ศ. 2002 เพราะปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อนภายในศูนย์คามิลเลียนฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการตอบสนองความต้องการของประชาสงเคราะห์ จังหวัดปราจีนบุรีที่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง โดยความร่วมมือจากมูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทยเป็นผู้สนับสนุน

เงื่อนไขการรับผู้สูงอายุเข้ารับการดูแล

ในศูนย์คามิลเลียนฯ แห่งนี้ รับผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยากไร้ ไม่มีญาติให้การดูแล บางรายมีบุตรหลานแต่มีความประสงค์จะให้ผู้สูงอายุมาอยู่ที่ศูนย์คามิลเลียนฯ แห่งนี้ เนื่องจากไม่มีเวลาในการดูแล ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละรายจะได้รับการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นก่อนเข้ามาอยู่ภายในศูนย์คามิลเลียนฯ และส่วนใหญ่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) จะเป็นผู้นำส่งโดยมีเอกสารรับรองเรื่องของการตรวจสอบสุขภาพมาก่อน โดยที่ผู้สูงอายุนั้นอาจจะไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งมีการระบุโรคและยาที่ผู้สูงอายุนั้นต้องได้รับ อีกส่วนหนึ่งอาจจะเป็นผู้ที่มีอายุไม่ถึง 60 ปี แต่มีการรับรองจาก พม. มาว่าเป็นบุคคลพิการ/ทุพพลภาพ/ยากไร้ และมีภูมิลำเนาในจังหวัด ซึ่งหากเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปดังกล่าวข้างต้นนั้น อาจไม่ได้มีภูมิลำเนาในจังหวัดปราจีนบุรีแต่ต้องผ่านมาจาก พม.จังหวัดปราจีนบุรีก่อนเช่นกัน ถึงแม้ว่าศูนย์คามิลเลียนฯ แห่งนี้อยู่ในเครือมูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นองค์กรศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิกแต่

มิได้เลือกรับเฉพาะผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาคริสต์เท่านั้น ซึ่งเป็นการดูแลโดยไม่ได้มองความต่างทางศาสนามาเป็นตัวกำหนด

จำนวนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากศูนย์คามิลเลียนฯ

ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่ศูนย์คามิลเลียนฯ นี้รับไว้ดูแล มีจำนวน 86 คน เป็นเพศชาย 44 คน เพศหญิง 42 คน ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอยู่ในอาคารแยกเป็น อาคารชายและอาคารหญิง ลักษณะคล้ายคลึงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การบริการที่จัดให้

การบริการที่จัดให้กับผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลของ ศูนย์คามิลเลียนฯ แห่งนี้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 1) ด้านร่างกาย มีการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การส่งเสริมเรื่องการออกกำลังกายและการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ในการกายภาพบำบัด การโภชนาการ 2) ด้านจิตใจ มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น งานปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น ให้ผู้สูงอายุได้ร่วมสนุก และมีการให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมรื่นเริงต่าง ๆ รวมไปถึงการจัด กิจกรรมสันทนาการให้ผู้สูงอายุได้เพลิดเพลินมีรอยยิ้ม สนุกสนาน 3) ด้านสังคม ทางศูนย์สงเคราะห์ฯแห่งนี้ พาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมภายนอกศูนย์คามิลเลียนฯ ตามที่สามารถไปได้ เช่น เข้าร่วมในการลงคะแนนการเลือกตั้ง เป็นต้น รวมไปถึงนำพาผู้สูงอายุไปนอกสถานที่หากเป็นไปได้ (ช่วงนี้มีสถานการณ์โควิดจึงไม่ได้พาไป) และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ทางศูนย์คามิลเลียนฯ นี้ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่นที่มีศาสนาคริสต์ ได้มีการร่วมกิจกรรมทางศาสนาของตนได้ อีกทั้งสนับสนุนให้มีการทำบุญตักบาตรในทุกวัน และสำหรับในศาสนาคริสต์จะมีการเข้าร่วมมิสซาในช่วงเช้าของทุกวันภายในโบสถ์ที่ศูนย์คามิลเลียนฯ

คุณภาพการดูแล

ศูนย์คามิลเลียนฯ แห่งนี้ มีพนักงานผู้ดูแลจำนวนประมาณ 13 คน ซึ่งทั้งหมดจะได้รับการอบรมการให้การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและ/หรือภาคเอกชน หากเป็นพนักงานใหม่จะได้รับการฝึกฝนจากพนักงานผู้ดูแลเดิมที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน จนสามารถผ่านการทดลองงานจึงจะให้การดูแลผู้สูงอายุได้ โดยส่วนใหญ่ พนักงานดูแลทุกคนจะได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปี และ 2-3 ครั้งต่อปี ในแต่ละวันจะ

มีการจัดแบ่งสรรกรการปฏิบัติหน้าที่ตามเวลาที่กำหนดในแต่ละเวร จะมีการรับ-ส่งเวรกันทุกเวร และมีการลงบันทึกข้อมูลการให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลให้พนักงานคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในวันนั้นได้มารับทราบกัน ผู้สูงอายุที่นี้ใช้สิทธิการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหากจำเป็นต้องส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในลำดับขั้นถัดไป ผู้สูงอายุที่นี้จะได้รับสิทธิการรักษาจนถึงสูงสุดตามมาตรฐานการรักษาเช่นเดียวกัน อีกทั้งมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลศรีมโหสถ ที่เป็นโรงพยาบาลภายใต้ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้สูงอายุไปรับการรักษา มาให้การดูแลทั้ง การป้องกันโรค เช่น ฉีดวัคซีน ป้องกันไข้หวัดใหญ่ การสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลได้ให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพมาให้การอบรมให้ความรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

ผู้ให้บริการ เป็นพนักงานการดูแลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุและ/หรือ ผ่านการอบรมจากพนักงานดูแลเดิมที่มีประสบการณ์การให้การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ซึ่งมีทั้งผู้ที่นับถือศาสนาพุทธและนับถือศาสนาคริสต์ ส่วนใหญ่ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกันให้การดูแลผู้สูงอายุไปในทางเดียวกัน มีการประชุมร่วมกันในทุกเดือน เพื่อวางแผนทางและร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังมีที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นคริสตชนคาทอลิกที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการดูแลที่ศูนย์คามิลเลียนฯ แห่งนี้มีทั้งที่นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาคริสต์ ซึ่งแต่ละคนก็จะมี ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกันหลากหลาย เช่น บางท่านมีการสวดมนต์ตามศาสนาของตน ร่วมพิธีมิสซา มีการสวดภาวนาสำหรับผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ บางท่านมีความสามารถในการพยากรณ์ บางท่านปรุงอาหารรับประทานเอง บางท่านชอบการปลูกต้นไม้เพื่อให้เพลิดเพลิน เป็นต้น

การดูแลข้ามวัฒนธรรมโดยศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในเครือมูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทย

ความหมายของการดูแลข้ามวัฒนธรรม

การดูแล หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนเพิ่มความสามารถ ทำให้เกิดการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง

กับสถานการณ์ของชีวิตต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม ความเชื่อ โดยการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ 1) การรับรู้ความต้องการหรือความปรารถนาของตนเอง (ผู้สูงอายุ) 2) ผู้ดูแลควรตระหนักถึงความต้องการนั้นทำความเข้าใจและกำหนดแผนการดูแลร่วมกัน 3) การตอบสนองต่อความต้องการ เป็นการปฏิบัติที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุบอกได้ชัดเจนว่าได้รับการดูแลแล้ว และ 4) การรับรู้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ แสดงถึงการดูแลได้ปฏิบัติแล้วด้วยความพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล หรือการประเมินการดูแลนั้นแล้วตรงตามความต้องการ

การดูแลทางวัฒนธรรม หมายถึง การให้คุณค่าและความช่วยเหลือ ประคับประคองเพิ่มความสามารถปรับปรุงสภาพการณ์ส่วนบุคคล การเผชิญความตาย ความรู้ทางด้านวัฒนธรรม¹¹ ข้ามวัฒนธรรม หมายถึง การเข้าไปอยู่ด้วยกันของคนหรือกลุ่มคนที่มีความเชื่อมโยงของความแตกต่างของกระบวนการและวิธีคิด เกี่ยวกับสภาพอันเป็นความจริงของงานทางวัฒนธรรม ได้แก่ พฤติกรรม วาจา ลักษณะนิสัยของคนหรือกลุ่มคนในชาติ ชาติ ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี อาหารการกิน เครื่องใช้ไม้สอย ศิลปะต่าง ๆ ตลอดทั้งการประพฤติปฏิบัติในสังคม และผลผลิตของกิจกรรมที่มนุษย์ในสังคมผลิตหรือปรับปรุงขึ้นจากธรรมชาติและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยยึดถือสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน¹¹

บทสรุป

การดูแลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural Care) หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือที่เน้นการให้คุณค่าและการปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างทางวัฒนธรรมของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความต่างของกระบวนการและวิธีคิด รวมทั้งวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลและการให้บริการการดูแล คำนึงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแบบแผนของพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้การตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลเฉพาะเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมนั้น

3. การดูแลข้ามวัฒนธรรมโดยศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุในเครือมูลนิธิฯ

ตามจิตตารมณ์ของนักบุญคามิลโล เด แลลลิส (1974) ที่ได้ส่งมอบต่อไปถึงคณะนักบวช ผู้ดูแลศูนย์สงเคราะห์เจ้าหน้าที่รวมไปถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนให้เป็นการดูแลด้วยความรักและรับใช้ “ดูแลผู้ป่วยประดุจมารดาดูแลบุตรของตนเอง” เป็นอุดมคติประการแรกของท่านนักบุญคามิลโล ท่านและเพื่อนร่วมคณะทำการพยาบาลคนป่วย/คนจนด้วยความรักไม่แพ้แม่ที่รักลูกคนเดียวของตนที่กำลังป่วย พึงสังเกตว่าตั้งแต่เริ่มแรก อุดมคตินี้เกี่ยวโยงกับความเข้าใจเรื่องความรักอย่างเหนือธรรมชาติ¹²

วิเคราะห์แบบแผนการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

การดูแลข้ามวัฒนธรรมของศูนย์ ผู้สูงอายุที่ศูนย์สงเคราะห์ฯ แห่งนี้ มีการวิเคราะห์แบบแผนการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจัดเป็นแฟ้มของผู้สูงอายุแต่ละรายเรียงตามตัวอักษร ประกอบด้วยรายละเอียด ชื่อ อายุ เพศ ชื่อญาติ และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โดยมีการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนเมื่อรับเข้ามาในการดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 1) ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด 2) ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้บางส่วน และ 3) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีผู้ดูแลให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันในการดูแล มีอาคารในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด แยกเป็นอาคารสำหรับผู้สูงอายุเพศชายและอาคารสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งจะมีอุปกรณ์ในการดูแลที่จำเป็นกับผู้สูงอายุขั้นพื้นฐานคล้ายคลึงกับหอผู้ป่วย เช่น เตียงนอน ตู้ข้างเตียงสำหรับวางของใช้ที่จำเป็น อุปกรณ์อื่น ๆ เช่น เสื่อให้น้ำเกลือ สำหรับแขวนอาหารทางสายยาง กรณีที่ต้องให้อาหารทางสายยาง รถเข็น (Wheel chair) ไว้สำหรับเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ที่สำคัญประเด็นหนึ่งคือจะมีการสวดให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยรุนแรงพำนักรักษาที่ศูนย์หรือไปนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยไม่เลือกผู้ป่วยอายุนั้นต้องนับถือศาสนาคริสต์เท่านั้น และเป็นบทสวดสำหรับผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจของพระสงฆ์หรือนักบวชในนิกายคาทอลิก นอกจากนี้ก็จะเน้นเรื่องความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุทุกท่าน ไม่ว่าจะเป็นพำนักรักษาในอาคารหรือพำนักรักษาที่บ้านพักก็ตาม โดยในช่วงเช้า หาก นวกชน/โนวิส (Novice) ท่านใดไม่มีกิจทางศาสนาที่อื่นใดก็จะมาร่วมด้วยในการทำความสะอาด

ร่างกายผู้สูงอายุ (เพศชาย) ที่อยู่ในอาคารด้วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งหลักคำสอนของบักบุญคามิลโลฯ การดูแลด้านอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานนั้น โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารที่ทางศูนย์ฯ จัดเตรียมให้ โดยเวลาในการรับประทานอาหารช่วงเช้า คือ เวลา 7.30 น. อาหารกลางวัน เวลา 11.30 น. และอาหารเย็น เวลา 16.30 น. สำหรับเวลามื้ออาหารของผู้สูงอายุที่ได้รับอาหารทางสายยางจะเป็นเวลาเหมือนกับที่ทางโรงพยาบาลกำหนดมื้ออาหารมาให้ อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานนั้น บาทหลวงผู้อำนวยการศูนย์ฯ และเจ้าหน้าที่จะมีการไปเลือกสรรชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แม้ในบางวันที่มีการจัดเลี้ยงผู้สูงอายุจากบุคคลภายนอกทางเจ้าหน้าที่ก็จะมีการสอบถามอาหารที่นำมาจัดเลี้ยงว่าเป็นประเภทใด พิจารณาความเหมาะสมกับผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

ตาม sunrise model¹¹ วิเคราะห์แบบแผนการดูแลของผู้สูงอายุในศูนย์สงเคราะห์ฯ แห่งนี้ พบว่า เมื่อแรกรับผู้สูงอายุเข้ามาที่ศูนย์ฯ จะมีการประเมินภาวะสุขภาพจากใบรับรองแพทย์ที่มีการระบุภาวะสุขภาพ เช่น โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน ยาที่รับประทานมีอะไรบ้าง การพูดคุยซักถามข้อมูลเบื้องต้นในรายที่สามารถพูดคุยได้หรือมีญาติมาด้วย หากไม่สามารถพูดคุยได้ก็จะประเมินสภาพทั่วไปของผู้สูงอายุจากตัวผู้สูงอายุเองหรือเจ้าหน้าที่ที่มาส่งด้วย ทำให้ทราบภูมิหลังของผู้สูงอายุแต่ละท่าน หลังจากนั้นจัดผู้สูงอายุตามประเภทของผู้สูงอายุจากโรคประจำตัวของผู้สูงอายุว่ามีความรุนแรง แค่ไหน รับประทานยาต่อเนื่องอะไรบ้าง ต้องเฝ้าระวังและการรักษาต่อเนื่องอย่างไร ผู้สูงอายุแต่ละท่านมาจากต่างวัฒนธรรมก็จะมีการเคารพตามความเชื่อทางศาสนา เช่น ศาสนาพุทธ ต้องมีการสวดมนต์ เป็นต้น และมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น กิจกรรมสันทนาการร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุแต่ละท่าน และจำแนกวัฒนธรรมที่ดำรงไว้ การเจรจาต่อรองและปรับเปลี่ยนจะพิจารณาจากผู้สูงอายุเป็นหลัก ยึดที่ตัวผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ไม่มีการบังคับผู้สูงอายุว่าจะต้องมานับถือศาสนาตามที่องค์กรต้องการจัดตั้งเจตนารมณ์ของท่านักบุญคามิลโล

4. คุณภาพการดูแลที่เกิดจากการดูแลข้ามวัฒนธรรมของศูนย์ฯ

คุณภาพการดูแลที่เกิดจากการดูแลข้ามวัฒนธรรมของศูนย์ฯ ในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีการประเมินภาวะโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยในช่วงเย็นผู้สูงอายุบางท่านจะได้รับการพาออกมาเดินเล่นภายในศูนย์ฯ โดยมีผู้ดูแลพามาด้วยตลอด ด้านจิตใจจะมีการให้ทำกิจกรรมตามศาสนาของตนได้ เช่น ศาสนาพุทธก็สามารถใส่บาตรทำบุญกับพระภิกษุสงฆ์ได้ ในวันกิจกรรมสำคัญทางศาสนามีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าว (แต่ด้วยเหตุการณ์โควิด-19 จึงทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวกนัก) เป็นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในด้านร่างกายนอกเหนือจากที่กล่าวไว้ ยังมีการดูแลรักษาโรคโดยการประสานงานกับทางโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง และในรายที่จำเป็นต้องส่งตัวไปรับการรักษา ก็จะรักษาอย่างต่อเนื่องที่เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการรักษาอย่างสูงสุด

กรณีศึกษาผู้สูงอายุท่านหนึ่ง

ตามหลักการของศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิกนั้น เน้นเรื่องของการดูแลผู้ป่วย การรักษาความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์ฯ แห่งนี้ จะได้รับการดูแลเรื่องการทำความสะอาดทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุ ถ่ายทอดตาม Sunrise model เป็นการดูแลองค์รวม ซึ่งมีการวิเคราะห์ตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเป็นหลัก

การดูแลด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุท่านนี้มีความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง รักษาสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุท่านนี้นับถือศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เกิดภาวะสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีนักบวชไปเยี่ยมที่โรงพยาบาลและสวดภาวนาให้พรกับผู้สูงอายุโดยไม่เลือกศาสนา และได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งกลับมาดูแลต่อที่ศูนย์สงเคราะห์ฯ

การดูแลด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุมีความเชื่อตามศาสนาของตนเองมีการสวดมนต์ตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ ศูนย์สงเคราะห์ฯ แห่งนี้ ผู้ดูแลจะมีการพูดคุยไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว เข้าไปพูดคุยหาหยอกล้อเพื่อให้เกิดเสียงหัวเราะ

การดูแลด้านสังคม

ผู้สูงอายุเข้าร่วมการจัดกิจกรรมภายในศูนย์ฯ ทุกกิจกรรม เช่น ร่วมเล่นเกมต่าง ๆ ผู้สูงอายุท่านนี้สามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุทุกท่านภายในศูนย์ฯ สามารถพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ ภายในศูนย์ฯ ไม่ให้ท้อแท้ สิ้นหวังว่าตนเองเป็นเพียงผู้สูงอายุ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้วยเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลทุกคนจะให้การเคารพผู้สูงอายุ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่คิดว่าผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีญาติทุกคนให้การดูแลเท่าเทียมกัน มีการแสดงความเคารพด้วยการไหว้ ทักทาย เรียกคุณลุง คุณป้า คุณตา และคุณยายตลอด ซึ่งเป็นการปฏิบัติด้วยการเกิดจากความรู้สึกภายในของเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลนั้น ๆ เอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าไม่ได้มีชีวิตอยู่ไปวัน ๆ หนึ่งยังสามารถทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในศูนย์ฯ ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ด้านนโยบาย

จากสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีจำนวนประชากร

ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งประเทศไทยยังเป็นศูนย์กลางของวัฒนธรรมทางเอเชียประกอบด้วยหลากหลายเชื้อชาติ และศาสนา ทำให้การดูแลทางการแพทย์ในปัจจุบันต้องมีความเท่าทันในส่วนนี้ ดังจะเห็นได้จากสถาบันการศึกษาหลายสถาบันมีการนำเรื่องของการข้ามผ่านทางวัฒนธรรมมาเป็นวิชาหนึ่งในการศึกษาหลัก ทำให้ในระดับชาติควรมีมุมมองส่วนนี้เช่นกันเพื่อนำไปสู่การเกิดนโยบายที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นต่อไป

ด้านการพยาบาล

ด้านการพยาบาลมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ต้องให้การดูแลผู้รับบริการโดยตรง การคำนึงถึงความต่างทางวัฒนธรรมจะทำให้สามารถเข้าใจความต่างของผู้รับบริการแต่ละคนได้ โดยผ่านมุมมองความต่างทางวัฒนธรรม

ด้านการจัดการเรียนการสอน

ควรให้มีความสอดคล้องกับทั้งสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ความเท่าทันในความต่างทางวัฒนธรรมซึ่งสามารถนำไปบรรจุเป็นสมรรถนะหลักที่นิสิตควรพึงมีทั้งในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ และเมื่อจบการศึกษาไปแล้วนำไปสู่การปฏิบัติงานต่อไป

References

1. Yuttana Poonpanich and Saengnapha Uthaisaengphaisan. Community Healthcare Promotion: Preparing for Aged Society. Journal of Health Science. 2014; 23(2): 226-38. (in Thai)
2. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The gerontologist. 1969; 9(3_Part_1): 179-86.
3. Pongboriboon U. The Situation of Aging in Thailand: Health Problems and Care Needs. EAU Heritage Journal Social Science and Humanities. 2020; 10(2): 46-58. (in Thai)
4. Nathatai Nirattisai. Thai Aging in the Century 21st. Journal of Social Science Mahamakut Buddhist University. 2018; 1(1): 107-16. (in Thai)
5. Warangkana Umsrewaing and et al. The situation, health problems and care needs of older persons with chronic illness: Chiangrai municipality. Journal of Nursing Science & Health. 2017; 40(2): 85-95. (in Thai)

6. Thummakul D, Anonrath K. Nursing Care by Using Patient- and Family- Centered: The Dimension for the Elderly Care . JHNR [Internet]. 2021 Apr.9 [cited 2021 Jun.11];37(1):14-. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/248773>
7. Siriniyomchai C, Panyoyai P. Community Participation for Enhancing Well-being of Homebound Elderly in Nongpakrang Municipality, Muang district, Chiang Mai province. JHNR [Internet]. 2021 Apr.9 [cited 2021 Jun.11];37(1):65-6. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/248839>
8. Taylor C. The politics of recognition: Princeton University Press; 1994.
9. Siripan Sasat, Tassana Chuwattanapakorn, Tuanjai Pakdeeprom, Penjan Lertrat, and Pongpan Arunsang. The study of the center caring aging in long term care in Thailand. HRSI; 2009. available from <http://hdl.handle.net/11228/2716>. (in Thai)
10. Camillian Social Center. History of Camillian Socail Center Prachinburi. available from camillianthailand.org/organizations.html?id=3 (in Thai)
11. Leininger M. Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. Image: Journal of Nursing Scholarship. 1997 ; 29 (4) : 341-7.
12. Mario Vanti. Lo Spirito di S. Camillo De Lellis (Richard Korzinek, Trans.). 1994 Bangalore: St. Paul's Press Training School. (Original work published 1944).

บทความวิชาการ

กลไกการวิจัยและนวัตกรรม: กรณีศึกษาการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ

Research and Innovation Mechanisms: The Case Study for Moving Health Promotion Toward Nursing Profession in Northern Thailand

Received: Oct 10, 2020
Revised: Jan 27, 2021
Accepted: Feb 5, 2021

สมใจ ศิระกมล ปร.ด. (Somjai Sirakamon, Ph.D.)¹
วิภาดา คุณาวีกิตกุล ปร.ด. (Wipada Kunaviktikul, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือมีความสำคัญ โดยอาศัยการดำเนินการผ่านกลไกการวิจัยและนวัตกรรม และจัดทำเป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพิ่มสมรรถนะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่พยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือ ตามกรอบแนวคิดคำประกาศออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนที่หลากหลาย

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอกลไกที่สำคัญ 2 ประการในการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ ได้แก่ การวิจัยและนวัตกรรม

ประเด็นสำคัญ: การดำเนินโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ มุ่งเน้นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบใหม่ที่มีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งการประเมินผลโครงการที่เชื่อถือได้ และเช่นเดียวกันการนำนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการปฏิบัติที่ดีหลายโครงการมาเป็นต้นแบบ นับว่าเป็นแหล่งของการเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่มีพลังเชื้อต่อการเรียนรู้

สรุป: ผลของการดำเนินโครงการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลายประการ อย่างไรก็ตาม ผลจากการประเมินโครงการพบว่า ยังมีจุดท้าทายที่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญ รวมทั้งจำเป็นต้องปรับปรุง แก้ไขและติดตามเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการแสดงสมรรถนะและบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ: สถาบันการศึกษา หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในด้านการสร้างเสริมสุขภาพสามารถนำกลไกการวิจัยและนวัตกรรมไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มสมรรถนะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่พยาบาลวิชาชีพได้

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ วิชาชีพการพยาบาล วิจัยและนวัตกรรม

ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

¹Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: ssirakamon@gmail.com

²ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: wipada1111@hotmail.com

^{1,2}Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Abstract

Introduction: The Moving Health Promotion (HP) Towards Nursing Profession in Northern Thailand project was important. It was driven using research and innovation. This project aimed to improve HP competencies among nurses working in health care agencies in Northern Thailand using the Ottawa Charter for HP as the framework. The project was developed using several mechanisms.

Objective: This article aims to present only two important approaches for moving HP towards nursing profession in Northern Thailand, namely research and innovation.

Key issues: Research project highlighted reliable new methods for improving HP competencies of nurses and reliable evaluation. Simultaneously, several innovation projects resulted in best practices which serve as role models and new potential learning sources for HP roles for nurses.

Conclusion: Project evaluation yielded many positive outcomes. However, some challenges were identified and all stakeholders involved need to prioritize and help improve the nurses' health promotion competencies and roles continually.

Implication: Nursing education institutes or other agencies involved in improving HP competencies in nurses can apply both research and innovation to enhance improving HP competencies among nurses.

Keywords: health promotion, nursing profession, research and innovation

บทนำ

การช่วยเหลือให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีสูงสุด นับเป็นเป้าหมายสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยต่างๆ มากมายในระบบสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง หรือวัฒนธรรม ฯลฯ ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหรือโรค จะเห็นได้ว่าสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และรุนแรงมากขึ้นทั่วโลก โดยพบว่าประชากรโลกถึง 41 ล้านคนเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (Non-Communicable diseases)¹ สำหรับประเทศไทย พบว่ามีประชากรถึง 14 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคในกลุ่ม NCDs ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของ

การเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งประเทศคือสูงถึงร้อยละ 71²

การเผชิญต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนดังเช่นที่กล่าวมาและการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีต้องอาศัยกลยุทธ์เชิงรุกคือการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของประชาชนเพื่อยกระดับการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองทั้งในระดับบุคคลและชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การสร้างเสริมสุขภาพนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อการสร้างสุขภาพของประชาคมโลก^{3,4} โดยเฉพาะนับตั้งแต่มีการประกาศกฎบัตรออกอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health Promotion 1986) ในปี พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา ทำให้มีการนำยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก^{5,6} การส่งเสริมการใช้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพนี้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2548

ได้มีการจัดประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกในประเทศไทย และมีการออกกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ซึ่งนำเสนอแนวทางการก้าวสู่สุขภาพดีด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ 3 ประการคือ การมีกิจกรรมการเมืองที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และการสร้างกระแสทางสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและเพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน⁷ การสร้างเสริมสุขภาพนับเป็นวาระแห่งโลกที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีส่วนร่วมผลักดันเพื่อนำสู่การปฏิบัติและมีการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง สำหรับประเทศไทยมีการผลักดันนโยบายการให้บริการสุขภาพแบบเชิงรุกโดยมุ่งเน้นการใช้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ และมีการก่อตั้งสสส. หรือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Promotion Foundation: ThaiHealth) เพื่อเป็นองค์กรหลักทำหน้าที่ผลักดันและสนับสนุนกระบวนการการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย⁸

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และเป็นบทบาทที่ค่อนข้างมีลักษณะหลากหลาย อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่าการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวของพยาบาลวิชาชีพยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร⁹ ในประเทศไทยการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติตามกฎหมาย¹⁰ และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพก็ถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ด้วย¹¹ แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงเน้นด้านการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ¹² นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลยังมีการศึกษาน้อยมาก¹³ ส่วนในด้านสมรรถนะทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล จากการศึกษาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้านในนักศึกษาและอาจารย์พยาบาลซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการวิจัย และการจัดการความรู้ จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน พบว่าผลการประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม

ของนักศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ในขณะที่ของอาจารย์พยาบาลมีค่า 3.78¹³

จากที่กล่าวมา สภาการพยาบาล ภาคีเครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถาบันบริการสุขภาพโดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้พัฒนาโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยขึ้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในทุกกระดับไปพร้อมกันทั่วประเทศ ประกอบด้วยโครงการย่อยใน 5 ภูมิภาค ซึ่งรวมถึงโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือด้วย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพทุกระดับในเขตภาคเหนือให้มีสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์กฎบัตรออตตาวา 5 ข้อ ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ¹⁴ การดำเนินการโครงการฯ แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล และระยะที่ 3 ประเมินผลโครงการ รวมระยะเวลา 4 ปี โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2556 ถึง 31 สิงหาคม 2560 การดำเนินการอาศัยกลไกสำคัญ ได้แก่ การวิจัย นวัตกรรม การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การขับเคลื่อนร่วมกับเครือข่าย และหลักสูตรการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ บทความนี้เป็นารเน้นนำเสนอเฉพาะกลไกที่โดดเด่นสองกลไกเท่านั้น ได้แก่ การวิจัยและนวัตกรรม ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนโครงการ ทั้งในแง่การดำเนินโครงการและทำให้เกิดผลลัพธ์ของโครงการที่โดดเด่นและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ

กรณีศึกษากับการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพบนฐานการวิจัย

ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของโครงการนี้ ได้มีการทำวิจัยตั้งแต่ตอนเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ งานวิจัย

ในระยะแรก เป็นการศึกษาสถานการณ์ ณ ขณะนั้นโดยการท้าววิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพเขตภาคเหนือ ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5,323 คน ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั้งปฐมภูมิ พุติภูมิและตติภูมิ ครอบคลุมพื้นที่ 17 จังหวัดภาคเหนือ โดยใช้กรอบแนวคิดของศิริพร ชัมภลิจิตและคณะ¹³ ในการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในการศึกษาการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพและด้านปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับชำนาญ แต่สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและการวิจัยและการจัดการความรู้ยังอยู่ในระดับพื้นฐาน นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพจำนวนไม่น้อยไม่ได้ปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับระบบบริการสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่มีการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพแต่การปฏิบัติยังอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยคือเป็นรายปี^{15,16,17} ทั้งนี้พบว่าการศึกษาเพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ¹⁵ และระดับตติภูมิในสถานบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ภาคเหนือโดยใช้เครื่องมือเดียวกันมีผลการวิจัยไปในทิศทางเดียวกัน¹⁷

ผลจากงานวิจัยในระยะแรกชี้ให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตภาคเหนือ ดังนั้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลของพยาบาลทุกระดับในเขตภาคเหนือ ภายใต้โครงการนี้จึงได้มีการร่วมกันคิดค้นหาแนวทางหรือกลไกในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพโดยได้ดำเนินการหลายประการคู่ขนานกันไปกับภูมิภาคอื่น ๆ ซึ่งแนวทางหรือ

กลไกดังกล่าวประกอบด้วย การค้นหาและวิเคราะห์นวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพต้นแบบ การร่วมขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยอาศัยฉันทามติจากภาคีเครือข่าย การพัฒนาหลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในขั้นตอนสุดท้ายของโครงการได้มีการพัฒนางานวิจัยเชิงสำรวจอีกครั้งหนึ่งเพื่อเป็นการประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁴ งานวิจัยประเมินผลโครงการดำเนินการในการวิจัยระยะที่ 3 โดยได้เริ่มต้นหลังการดำเนินโครงการฯ ได้ประมาณ 3 ปีครึ่ง ซึ่งขณะดำเนินโครงการฯ พื้นที่ภาคเหนือได้ดำเนินการวิจัยเพื่อประเมินโครงการในหลายมิติ¹⁴ ได้แก่

การวิจัยเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะและการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงาน/องค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพซึ่งเป็นศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 5 แห่ง ในเขตภาคเหนือ จำนวน 193 คน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้บริหารจำนวนมากที่สุดคือครึ่งหนึ่งเห็นว่ององค์กร/หน่วยงานมีสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก และเห็นว่าพยาบาลในองค์กรมีบทบาทเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก ส่วนสมรรถนะในด้านการทำงาน เครือข่ายและการมีส่วนร่วมในวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้บริหารเห็นว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด แต่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงขององค์กรเกือบทุกข้อของเกือบทุกด้านได้แก่ ด้านศักยภาพบุคลากร ด้านระบบข้อมูลและการจัดการความรู้ ด้านวิธีปฏิบัติ แนวทางการทำงาน และด้านนโยบาย แผนงานขององค์กร ในระดับมากหรือการเป็นพื้นที่เรียนรู้และสร้างนวัตกรรมมากที่สุด¹⁴

สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ จำนวน 45 คนที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเห็นว่าโครงการ/นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรทำให้องค์กรมีการพัฒนาสมรรถนะด้านบทบาทของพยาบาลในองค์กร และด้านการทำงานเครือข่ายและการมีส่วนร่วมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากทุกด้าน และส่วนใหญ่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงขององค์กรทุกด้านในระดับมากหรือการเป็นพื้นที่เรียนรู้และสร้างนวัตกรรมมากที่สุดในการเกือบทุกข้อคล้ายคลึงกับในกลุ่มผู้บริหาร¹⁴

การศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบ กฎบัตรอตตาวาของพยาบาลวิชาชีพ ในสถานบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เขตภาคเหนือ ภายหลังการดำเนินโครงการในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 630 คน พบว่าส่วนใหญ่รับรู้สมรรถนะด้านคุณลักษณะ ส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และด้านบริหารจัดการ ในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชำนาญ ส่วนใหญ่รับรู้ สมรรถนะด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ กับด้านการ พัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นฐาน ส่วนในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริม สุขภาพตามกรอบกฎบัตรอตตาวา ได้แก่ ด้านการสร้างเสริม ความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การปรับระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ไม่ได้ปฏิบัติตามที่สุดในแต่ละด้าน¹⁴ อย่างไรก็ตาม ทั้งนี้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องกับโครงการฯ โดยตรง

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวทางการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถาน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ในกลุ่ม ประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในศูนย์การเรียนรู้ นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในเขตภาคเหนือในสถาน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิที่มีการ ใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจำนวน 27 คน ผลการศึกษาพบว่า มีพยาบาลจำนวนถึง 18 คน ที่ใช้ แนวทางที่ 4 คือการปรับระบบบริการพยาบาลเพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รองลง มาคือแนวทางที่ 5 คือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลผู้ใช้บริการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ ที่มีพยาบาลจำนวน 10 คน ที่ใช้แนว ทางนี้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้แนวทาง การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดทำขึ้นตั้งแต่ข้อ 1-7 ยกเว้นแนวทางที่ 4 ส่วนใหญ่ของผู้ที่ใช้มีความเห็นในแต่ละข้อ ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่¹⁴

จะเห็นได้ว่าแนวทางในการดำเนินโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ มีการดำเนินการวิจัยในหลายขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากการทำ วิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาสถานการณ์ และนำผลจากการวิจัย ไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของ พยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นขั้นตอนในระยะถัดไป หลังดำเนินโครงการ มีการวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการจำนวน หลายโครงการ ได้แก่ การวิจัยเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะ และการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงาน/องค์กรเพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพ การศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริม สุขภาพและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตาม กรอบกฎบัตรอตตาวาของพยาบาลวิชาชีพ และการศึกษา เกี่ยวกับการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ

บทบาทความสำคัญของการวิจัยต่อการขับเคลื่อน โครงการฯ

จะเห็นได้ว่าแนวทางในการขับเคลื่อนโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือที่ผ่านมาได้อาศัยการวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ มีการใช้ผล การวิจัยนำทางในการดำเนินโครงการ ซึ่งผลของการวิจัยใน ตอนระยะแรกทำให้เข้าใจสถานการณ์และมองเห็นปัญหา เกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้าง เสริมสุขภาพได้ชัดเจนมากขึ้น และให้ทิศทางในการหาแนวทาง หรือกลไกในการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของ พยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหลากหลายวิธี กลไกสำคัญหนึ่ง ก็คือการค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพต้นแบบเพื่อใช้เป็น แหล่งเรียนรู้ นอกจากนี้โครงการยังใช้การวิจัยเพื่อประเมิน ผลโครงการ ซึ่งผลจากการวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการฯ ทำให้ ได้เห็นผลลัพธ์อันสืบเนื่องมาจากโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพ การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ดีหลาย ประการ ผ่านการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง/ประชากรที่ศึกษา ไม่ ว่าจะเป็นการพัฒนาสมรรถนะด้านบทบาทของพยาบาลใน องค์กรและความเปลี่ยนแปลงขององค์กร/หน่วยงานที่เป็น ศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกรณี ตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าองค์กร/หน่วยงานมี การเปลี่ยนแปลงในหลายด้านในระดับมาก รวมทั้งสมรรถนะ

ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริหารจัดการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับชำนาญ (ในระยะแรกอยู่ในระดับพื้นฐาน) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังมีผลการวิจัยอีกหลายด้านในช่วงท้าย ๆ ที่เป็นการท้าทายและจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดคำประกาศออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ดำเนินโครงการวิจัย ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้สนใจยังอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนโครงการตลอดจนสามารถใช้ประกอบการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้ต่อไป จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดำเนินโครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเป็นการดำเนินโครงการที่เป็นระบบและอยู่บนหลักการที่เป็นวิทยาศาสตร์ เชื่อถือได้

กรณีศึกษาเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านนวัตกรรม

“นวัตกรรม” เป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อนโครงการฯ เพื่อพัฒนาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือ โดยเมื่อผลการวิจัยสำรวจพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตภาคเหนือยังมีข้อบกพร่องในสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพดังที่ได้กล่าวแล้ว ดังนั้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลของพยาบาลทุกระดับในเขตภาคเหนือ จึงได้มีการค้นหานวัตกรรม **การสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ดี (good practice)** ในพื้นที่ เพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาต้นแบบให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ ได้เรียนรู้ ซึ่งท่ามกลางนวัตกรรมที่ดีและน่าสนใจจำนวนหลายนวัตกรรม จึงได้คัดเลือกนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติที่ดีจำนวน 6 กรณีศึกษาด้วยกัน โดยพิจารณาจากความสอดคล้องกับการดำเนินการตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเกณฑ์โดยแต่ละนวัตกรรมอาจโดดเด่นในด้านใดด้านหนึ่ง โดยคัดเลือกได้ตัวอย่างครบทั้ง 5 ด้าน ซึ่งจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์นวัตกรรมทั้ง 6 กรณีพบว่ามีความครอบคลุมกฎบัตรออตตาวาทั้ง 5 ยุทธศาสตร์แต่อาจมีจุดเน้นในประเด็นที่แตกต่างกัน^{18,19} หรือมีความโดดเด่นแตกต่างกันออกไป ดังต่อไปนี้

1) นวัตกรรมรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง อ.สารภี จ.เชียงใหม่

นวัตกรรมรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เป็นนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มติดเตียง กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดสังคม เพื่อการดูแลให้เหมาะสมตามลักษณะกลุ่มครอบครัวทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม เน้นกิจกรรมความสุข 5 มิติ ประกอบด้วย 1) สุขสบาย (health): เน้นความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) สุขสนุก (recreation): เน้นกิจกรรมนันทนาการ เช่น การออกกำลังกาย การร่ำวง ฟ้อนเจิง 3) สุขสง่า (integrity): เน้นความพอใจหรือภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมจิตอาสาเยี่ยมบ้าน เพื่อนช่วยเพื่อน 4) สุขสว่าง (cognition): เน้นกิจกรรมชะลอสมองเสื่อม การบริหารสมอง และ 5) สุขสงบ (peacefulness): การรับรู้และควบคุมอารมณ์ เช่น การปฏิบัติธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ มีการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุให้มีศักยภาพเป็นชมรมที่เข้มแข็งสามารถดูแลตนเองหรือช่วยเหลือดูแลผู้อื่นในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นบริการเชิงรุกที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่สำคัญเป็นการพัฒนาบนความร่วมมือจากทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด อสม. และหมออาสาคอครัว ร่วมด้วยกับ อาสาสมัคร จิตอาสา แกนนำท้องถิ่น ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เทศบาลตำบล ท่ากว้าง ชมรมผู้พิการและองค์กรเครือข่ายอื่น ๆ โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกับการใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติวิชาชีพ การวิจัย การจัดการองค์ความรู้ และการบริหารจัดการ โครงการนี้มีการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามประกาศกฎบัตรออตตาวาที่โดดเด่น คือ การสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มแกนนำ ร่วมกับการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพแก่บุคคล

2) นวัตกรรมบ้านดินและการดูแลสุขภาพตามแนววิถีธรรมชาติ โรงพยาบาลแม่ลาว

บ้านดินและการดูแลสุขภาพตามแนววิถีธรรมชาติ โรงพยาบาลแม่ลาว เป็นนวัตกรรมที่เน้นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยยึดเอาวิถีธรรมชาติเป็นแนวทางในการดูแล มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามประกาศออตตาวา โดยเฉพาะด้านการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งนี้มุ่งเน้นการผสมผสานการแพทย์แบบทางเลือกร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน บริการธรรมชาติบำบัดที่โดดเด่นคือ “บ้านดินรีสอร์ท” ส่วนหนึ่งของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเชื่อว่าบ้านดินจะช่วยเสริมพลังและสร้างความสุขสบายให้แก่ผู้พักอาศัย ร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลให้มีความร่มรื่นและมีพื้นที่สีเขียวมากขึ้น กิจกรรมอื่นๆ ในโปรแกรมได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาล สารเคมีตกค้างในเลือด ระดับไขมัน ความดันโลหิต ความสมดุลของโครงสร้างร่างกาย เป็นต้น ร่วมกับการที่หลากหลายครอบคลุมทุกมิติ เช่น อาหารแมคโครไบโอติกส์-มาปี (Macrobiotics Ma-Pi) น้ำผัก ผลไม้ น้ำคลอโรฟิส และน้ำสมุนไพรเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ท่าทางบำบัด ฤๅษีดัดตน กระบองบำบัด ตีลังกา นวดประคบ อบสมุนไพร การอาบแสงตะวัน การล้างตา ล้างปาก และล้างจมูก ตามหลักธรรมชาติบำบัด การแช่มือแช่เท้าด้วยสมุนไพรฤทธิ์เย็นหรือฤทธิ์ร้อนตามฤดูกาล การพอกหน้าพอกตัว สบหน้า การแช่น้ำร้อนออนเซ็น ไปจนถึง สมานิบำบัด หัวเราะบำบัด ดนตรีบำบัด มนตราบำบัด สุนทรบำบัด กายภาพนา และเซไทย เป็นต้น บริการที่ยังขยายไปถึงทั่วธรรมชาติ ทั่วธรรมะ และทั่วสุขภาพด้วย ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการสอนให้สามารถปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อที่จะได้กลับไปดูแลตนเอง คนในครอบครัวและคนในชุมชนได้

ต่อมาแนวคิดการบำบัดดูแลโดยวิถีธรรมชาติได้แพร่ขยายสู่ชุมชน ในเครือข่ายการดูแลและกลุ่มจิตอาสาหลายกลุ่ม เช่น เครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จิตอาสากลุ่มวัยทอง จิตอาสากลุ่มผู้สูงอายุ จิตอาสากลุ่มหมอเมือง และจิตอาสากลุ่มผู้พิการ เป็นต้น โดยการขึ้นทะเบียนของทีมงานศูนย์สุขภาพองค์รวมจากโรงพยาบาลแม่ลาว ต่อมาได้รวบรวม

พัฒนาขึ้นเป็นศูนย์การดูแลในชุมชนโดยใช้ชื่อศูนย์ว่า “ศูนย์มิตรภาพบำบัด มิตรช่วยมิตรเพื่อนช่วยเพื่อนจิตอาสาเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว” จำนวน 9 แห่ง ให้บริการนวดแผนไทย ตอกเส้น ย่ำขา อบสมุนไพร แช่เท้าด้วยสมุนไพร และจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ชุมชนผลิตเอง อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง/แห่ง โดยทุกศูนย์มีหมอฟันเมืองหรือผู้มีความรู้ด้านสมุนไพรที่อยู่ในพื้นที่เป็นผู้ดูแลด้านการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้าน และมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแม่ลาว ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากรพ.สต.ในพื้นที่เข้าไปให้คำปรึกษาและบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยจึงเป็นการขยายต่อยอดงานสู่การพัฒนาที่มีแนวโน้มยั่งยืน

3) นวัตกรรมการพัฒนาเชิงระบบในการดูแลแผลกดทับ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

นวัตกรรมการพัฒนาเชิงระบบในการดูแลแผลกดทับของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพในระดับตติยภูมิ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ ผู้นำการพัฒนา นวัตกรรมทางการพยาบาลซึ่งเป็นพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแลแผลและออสโตมีย่างแท้จริง มีการพัฒนางานและกิจกรรมพัฒนานวัตกรรมการจัดการดูแลแผลกดทับได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติให้แก่พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลออสโตมียและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Wound Ostomy Incontinence Education Program) การสร้างเครือข่ายพยาบาลในการดูแลแผลกดทับในโรงพยาบาล การพัฒนาศักยภาพในการดูแลแผลกดทับให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ เสริมพลัง พื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาระบบการดูแลแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลที่ดูแลแผลออสโตมีย หรือ ET Nurse (Enterostomal Therapy nurse) เป็นแกนนำในการป้องกันดูแลแผลกดทับในหอผู้ป่วย มีการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผลกดทับ ได้แก่ 1) นวัตกรรมแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden's scale) 2) นวัตกรรมแบบประเมินพุทูลล์ (PUSH Tool) (ดัดแปลง) สำหรับใช้ติดตามความก้าวหน้าการ

หายของแผลกดทับ 3) นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (หมอน 30 องศา) เพื่อป้องกันแผลกดทับ

พยาบาลที่ดูแลแผลกดทับมีในทุกหอผู้ป่วยมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและรับโดยใช้แบบประเมินบราเดน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังแผลกดทับ ใช้หมอน 30 องศา ในการป้องกันแผลกดทับ และนำแบบประเมินพุซทูลส์ มาบันทึกติดตามความก้าวหน้าของการหายของแผลกรณีพบแผลกดทับ พยาบาลที่ดูแลแผลกดทับจะให้ความรู้ทักษะในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ เสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลแผลกดทับที่บ้านได้ และหากมีปัญหาในการดูแลแผลกดทับที่บ้าน ก็สามารถปรึกษากับพยาบาลได้ตลอดเวลาโดยการโทรศัพท์หรือส่งรูปภาพผลทางแอปพลิเคชันไลน์ ในระบบยังมีการสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งภายในและระหว่างโรงพยาบาล เช่น เครือข่ายกับวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เกษตรกร และชมรมเครือข่ายแผลกดทับ เป็นต้น มีการจัดการความรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอทั้งในหน่วยงานระหว่างหน่วยงานและเครือข่าย มีการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย เช่น วิจัยประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการดูแลแผลกดทับ ผลลัพธ์ของนวัตกรรมทำให้ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อแผลกดทับ และได้รับการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับตามมาตรฐานการดูแลในเรื่องนี้ส่งผลให้อัตราความชุกแผลกดทับมีแนวโน้มลดลง

4) นวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจรโดยการมีส่วนร่วมกับชุมชนท้องถิ่น โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

นวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจรโดยการมีส่วนร่วมกับชุมชนท้องถิ่น ของโรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน เป็นนวัตกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการใช้กลยุทธ์การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยนวัตกรรมที่เป็นทั้ง สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมที่เป็นกระบวนการ ชุดนวัตกรรม “ตามรอยเท้าผู้เป็นเบาหวานสานสัมพันธ์เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง” ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลายประการ ได้แก่ กิจกรรมการค้นหา คัดกรองและประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน

ทั้งในคลินิกเบาหวานและในชุมชน ให้ความรู้และพัฒนาชุดนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ ได้แก่ ตะกร้าดูแลเท้า ถุงเท้ากันน้ำ ไฟนวดเท้า รองเท้ารักษเท้า รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการ การป้องกันการเกิดโรคในชุมชน/กลุ่มเสี่ยง กระบวนการดูแลรักษาเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กระบวนการดูแลรักษาเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล กระบวนการดูแลรักษาเมื่อมีอาการฉุกเฉินที่ต้องมารักษาที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน กระบวนการดูแลรักษาเมื่อมีการส่งต่อ (refer) และกระบวนการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปในชุมชน

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจรโดยการมีส่วนร่วมกับชุมชนท้องถิ่นของโรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูนนี้เป็นการทำร่วมกันกับเครือข่ายประกอบด้วยทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวรวมถึงคนในชุมชน จะได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจาก อสม. ซึ่งได้รับการสอนและฝึกงานเชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยมีการคัดกรองถึงในบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าและสามารถดูแลเท้าของตนเองไม่ให้เกิดแผล นอกจากนี้ยังเกิดกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีแกนนำที่สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นๆ ในหมู่บ้านได้อีกด้วย ซึ่งนับว่าเป็นการใช้ทุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5) นวัตกรรมการพัฒนาแนวทางการคัดกรองเพื่อลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำพูน

นวัตกรรมการพัฒนาแนวทางการคัดกรองเพื่อลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำพูน เป็นนวัตกรรมที่มีจุดเน้นอยู่ที่การปรับเปลี่ยนระบบบริการตามกฎบัตรรอดตาว่าข้อที่ 5 ทั้งนี้เพื่อการแก้ไขปัญหาผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งไม่พึงพอใจที่ต้องรอนานประกอบกับเกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยในขณะรอ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะหุดหทัยใจ เป็นต้น ผู้นำในการพัฒนาระบบเป็นพยาบาลวิชาชีพและได้รับความร่วมมือจากบุคลากรใน

กลุ่มงาน มีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการพิดีซีเอ (PDCA: Plan Do Check Act) บนฐานข้อมูลสถานการณ์ มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ร่วมกัน มีการประเมินผลและปรับปรุงงานสม่ำเสมอ ทำให้ได้ระบบการคัดกรองที่นำมาซึ่งประสิทธิภาพของการบริการส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจและบุคลากรมีความสุข

ในการดำเนินการตามแผนมีทั้งการจัดการ**ด้านสิ่งแวดล้อม**โดยจัดสถานที่ให้มีจุดคัดกรองผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน **ด้านบุคลากร** มีการจัดประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้มีแนวปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน **ด้านระบบ** มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานหลายประการ เช่น จัดให้มีพยาบาลคัดกรองเบื้องต้น เพื่อคัดกรอง และให้คำแนะนำผู้ป่วยเบื้องต้น คัดแยกประเภทผู้ป่วย และประเมินความรุนแรงตามระบบ Triage Algorithm และให้การดูแลอย่างเหมาะสมตามความเร่งด่วน จัดทำตารางมอบหมายงาน ให้มีพยาบาลคัดกรองแบบเร่งด่วนในแต่ละวันเพื่อทำหน้าที่ประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วน ผู้ป่วยรถเข็นนั่ง รถเข็นนอน ทูกราย จัดทำป้ายแขวนชัดเจน เพื่อบ่งบอกสถานะ (รอซักประวัติ รอประเมินอาการ รอตรวจ รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอื่น ๆ) พร้อมทั้งประเมินดูแลผู้ป่วยที่รอรับบริการ และรอตรวจเป็นระยะ ๆ จัดทำคู่มือการคัดกรองผู้ป่วย และปรับปรุงแบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วย มีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น มีแนวทางในการส่งเวร และการประสานงานระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแบบฟอร์มการส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ แนะนำเรื่องอาการที่รุนแรงที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบด่วน ดิตเบอร์โทรฉุกเฉิน (9191) ไว้ที่โทรศัพท์ทุกที่เพื่อสามารถตามทีมแพทย์ฉุกเฉินได้ทันที และจัดเตรียมอุปกรณ์ในรถฉุกเฉินให้พร้อมใช้งาน ทั้งนี้มีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเป็นระยะ ๆ

ผลลัพธ์ของโครงการพบว่าทำให้สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้รวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง

อุบัติเหตุความเสี่ยงขณะรอตรวจ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและส่งตรวจถูกแผนก ลดข้อร้องเรียน ผู้รับบริการพึงพอใจและพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ

6) นวัตกรรมการจัดการที่ดินโดยองค์กรชุมชน ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

นวัตกรรมการจัดการที่ดินโดยองค์กรชุมชน ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ มีจุดเด่นประการแรกอยู่ที่กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา และประการที่สองคือเกิดจากพลังอันเข้มแข็งของชุมชน นวัตกรรมเป็นการดำเนินการที่เน้นการจัดสรรที่ดินที่สอดคล้องกับการจัดการทรัพยากรในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนที่มีที่ดินทำกินในเขตป่าสงวน สร้างระบบการจัดการที่ดินอย่างยั่งยืน ลดปัญหาที่ดินหลุดมือ และให้เกิดประโยชน์ใช้สอยสูงสุด โดยเฉพาะที่ดินเขตป่า เขตอุทยาน และที่ดินทำกิน ให้มีการดำเนินการจัดสรรอย่างชัดเจน โดยองค์กรชุมชนเข้ามาร่วมศึกษาพื้นที่และกำหนดขอบเขตพื้นที่ป่าชุมชน และที่ดินทำกินเพื่อลดการทำลายทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม มีการจัดทำเอนคชุมชนขึ้น ซึ่งทุกภาคส่วนทั้งประชาชนในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาสังคม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งพยาบาลในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

การจัดการที่ดินโดยองค์กรชุมชนมีกระบวนการทำงานในรูปของโครงสร้างคณะทำงาน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงานตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับตำบล โดยอาศัยกิจกรรมในชุมชนอย่างหลากหลาย เช่น เวทีประชาธิปไตยการจัดทำแผนพัฒนาตำบล วิชชุชุมชนคนรักแม่ทา กองทุนสุขภาวะตำบลแม่ทา เครือข่ายการจัดการทรัพยากรตำบลแม่ทา เครือข่ายเกษตรกรรมยั่งยืนแม่ทา เป็นต้น ข้อสรุปที่ได้จากเวทีชาวบ้านถูกนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการสถาบันพัฒนาทรัพยากรและเกษตรกรรมยั่งยืนซึ่งมีตัวแทนมาจากทุกกลุ่มองค์กรในตำบลแม่ทาเพื่อจัดทำและประกาศเป็นนโยบายสาธารณะรวมทั้งยึดถือปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ต่อมาได้รับการสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น มีเครือข่ายเพิ่มขึ้นและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน สุขภาพคนในชุมชนดีขึ้นคือไม่เกิดโรคที่เชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม เกิดการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐ ป่าไม้ยังคงอยู่ สิ่งแวดล้อมดีขึ้น อากาศดี มีน้ำใช้ชุมชนมีที่ทำกิน

พยาบาลมีบทบาทโดยนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพร่วมกับนโยบายการสร้างสุขภาพด้วย 5 อ มาใช้ในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยหลักธรรมชาติบำบัดซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกาย การอาบแสงตะวัน การบรรยายเรื่องคุณภาพบำบัด อาหารแมคโครไบโอติกส์ การจัดทัวร์ธรรมชาติ ทัวร์ธรรมะ กิจกรรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด

จะเห็นได้ว่านวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น แม้จะมีความหลากหลายในกลุ่มเป้าหมายและเรื่องปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม แต่ละนวัตกรรมต่างมีวิธีคิดแบบใหม่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่มีวิธีปฏิบัติที่แหวกแนวการปฏิบัติตามปกติ หรือมีการคิดค้นวิธีการหรือกระบวนการแบบใหม่ที่เพิ่มพลังในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน บนพื้นฐานแนวคิดที่เป็นไปตามกรอบแนวทางการดำเนินการตามกฎบัตรออกตราข้อใดข้อหนึ่งหรือผสมผสาน เน้นความเป็นองค์รวมซึ่งเป็นรากฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนการที่เป็นระบบและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน หลายโครงการตัวอย่างมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ หรือต่อยอดการให้บริการ ทำให้เพิ่มพลังการสร้างเสริมสุขภาพขยายออกไปจากจุดเริ่มต้น เกิดเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ ๆ

บทบาทความสำคัญของนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการขับเคลื่อนโครงการฯ

นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพแต่ละนวัตกรรมนั้นต่างมีคุณค่า เป็นประโยชน์ และมีความโดดเด่น น่าสนใจแตกต่างกัน ซึ่งความสำคัญของนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพกับโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือ นั้น พบว่ามีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพการพยาบาลหลากหลายด้าน ดังนี้:

1) เป็นแหล่งสำคัญสำหรับการเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทและการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในคำประกาศออกตราเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน/องค์กรอื่น ๆ ในหลายช่องทาง เช่น โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดนิทรรศการเพื่อให้เจ้าของนวัตกรรมได้นำเสนอผลงานนวัตกรรม และที่สำคัญมีการพัฒนาต่อยอดหรือยกระดับพื้นที่เรียนรู้ซึ่งเป็นแหล่งนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต้นแบบให้

เป็น “ศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพได้มีการเรียนรู้บทบาทและการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจากการปฏิบัติจริงในพื้นที่การเรียนรู้ ซึ่งนับว่าเป็นการเรียนรู้ที่มาจากการปฏิบัติ (practical knowledge) สามารถนำมาใช้ได้จริง และผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้ง่าย¹² ผู้เรียนสามารถศึกษากระบวนการพัฒนานวัตกรรมได้ทั้งระบบในทุกขั้นตอน ได้มองเห็นสิ่งที่เรียกว่าเป็นนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ศึกษาวิธีการพัฒนาและการใช้นวัตกรรมนั้น ๆ รวมถึงได้เห็นผลลัพธ์ของนวัตกรรมและที่สำคัญได้เรียนรู้บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนจากศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ๆ การเรียนรู้จากศูนย์การเรียนรู้ฯ เป็นการเรียนรู้ทั้งจากเนื้อหาสาระตัวนวัตกรรมและการเรียนรู้กระบวนการในการพัฒนา บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงกลยุทธ์และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมด้วย ซึ่งศูนย์การเรียนรู้หลายศูนย์ในภาคเหนือ นั้น มีความเข้มข้น ลึกซึ้ง (insight) ครอบคลุมในมิติต่าง ๆ ตามกรอบออกตราและมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการรวมทั้งบริบทของผู้รับบริการหรือของชุมชน ทำให้มีศักยภาพในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการทำให้เกิดมุมมองใหม่ ๆ แก่ผู้เรียนได้มากยิ่งขึ้น²⁰

นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากศูนย์การเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงได้มีการสร้างคู่มือการเรียนรู้ทั้งผู้สอนและผู้เรียนซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้เรียนรวมทั้งยังจัดให้มีการถอดบทเรียนของนวัตกรรมกรณีตัวอย่างดังกล่าวเพื่อทำการตีพิมพ์เผยแพร่ด้วย¹⁴

2) เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการขับเคลื่อนโครงการนี้ในเชิงนโยบาย โดยการนำกรณีตัวอย่างนวัตกรรมมาทำการวิเคราะห์ในหลากหลายแง่มุมแล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อนำมาเขียนเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายนำเสนอต่อผู้บริหารที่เกี่ยวข้องเพื่อการผลักดันการขับเคลื่อนโครงการในระดับประเทศต่อไป

3) เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดระบบการจัดการความรู้ที่ดี ตั้งแต่การเป็นแหล่งความรู้ ที่ต้องมีการรวบรวมความรู้ที่

เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมที่เป็นเจ้าของจากทุกแหล่งให้มากที่สุด เพื่อนำมาเรียบเรียงจัดเก็บเป็นชุดความรู้และมีระบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์การเรียนรู้นั้น ๆ ทำให้เกิดการมีคู่มือผู้เรียน คู่มือผู้สอน เกิดมีหลักสูตรการเรียนรู้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในหน่วยงาน/องค์กรและแผ่ขยายไปนอกองค์กร “ทำให้เกิดการถ่ายโอนหรือไหลเวียนขององค์ความรู้ใหม่ ๆ”

ผลลัพธ์ในทางที่ดีของโครงการนอกจากจะมองเห็นผ่านผลจากการวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการฯ เช่น การพัฒนาสมรรถนะด้านบทบาทของพยาบาลและความเปลี่ยนแปลงขององค์กร/หน่วยงานที่เป็นศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ในอีกมุมมองยังมองเห็นว่าโครงการนี้ในภาพรวมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการทัศนคติ รวมถึงวิถีคิดและวิถีการทำงาน ตลอดจนช่วยพัฒนาสมรรถนะและบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล รวมทั้งทำให้เกิดภาคี เครือข่ายประเภทต่าง ๆ ที่ช่วยเหลือ เกื้อกูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ที่สำคัญทำให้เกิดแหล่งเรียนรู้นอกห้องเรียนจากประสบการณ์จริงสำหรับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล ซึ่งน่าจะส่งผลดีทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการทัศนคติและโลกทัศน์ที่กว้างไกล ไม่ยึดติดกับกรอบคิดแบบเดิม ๆ ทำให้มีสมรรถนะในการทำงานเชิงรุกมากขึ้น²⁰

บทสรุป

การขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือที่ได้จากการนำโครงการที่มุ่งการเพิ่มสมรรถนะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตามกรอบแนวคิดในคำประกาศออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัยกลไกการดำเนินโครงการที่สำคัญคือการวิจัยและนวัตกรรม ร่วมกับกลไกที่สำคัญอื่น ๆ การวิจัยทำหน้าที่สำคัญในการให้ทิศทางการขับเคลื่อนโครงการที่มีความเป็นเหตุเป็นผลและน่าเชื่อถือ และเป็นเครื่องมือในการประเมินความสำเร็จของโครงการ ส่วนบทบาทความสำคัญหลักของนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแต่ละแหล่งซึ่งมีจุดเน้นของนวัตกรรมที่แตกต่างกัน คือการเป็นแหล่งสำหรับการเรียนรู้บทบาทและการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญที่ได้มีการคิดค้นหรือออกแบบระบบหรือกระบวนการหรือวิถีปฏิบัติใหม่ ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ของผู้รับบริการหรือชุมชนหรือประชาชน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลรวมถึงนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการเรียนรู้ วิถีคิด วิถีทำงาน ใหม่ ๆ จากแหล่งนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแหล่งประสบการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้สำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาลซึ่งในอนาคตจะเป็นผู้สำเร็จไปประกอบวิชาชีพการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ นับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาโครงการนี้เนื่องจากเป็นเป้าหมายสำคัญที่ผู้พัฒนาโครงการต้องการบรรลุคือการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทั้งนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพควรได้ใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์สำคัญของโครงการคือ ศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนหลักสูตรและคู่มือการเรียนรู้ต่าง ๆ ให้มากที่สุด โดยการเข้าไปศึกษาเรียนรู้นวัตกรรมสำคัญต่าง ๆ ในศูนย์การเรียนรู้เพื่อเปิดโลกทัศน์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การได้เรียนรู้จากนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของจริงเป็นส่วนสำคัญในการสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้เรียนซึ่งนับว่าเป็นขั้นตอนแรกในการเตรียมความพร้อมผู้เรียนตามหลักการเรียนรู้แบบหนึ่ง²¹ ทั้งนี้ผู้เรียนควรศึกษาให้เข้าใจในแง่มุมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่เรียกว่าตัวนวัตกรรม วิธีการหรือกระบวนการพัฒนานวัตกรรมไปจนถึงการใช้นวัตกรรม โดยเฉพาะสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะในบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพผู้รับบริการหรือประชาชนต่อไป การมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพจึงนับเป็นปัจจัยส่งเสริมการดำเนินการด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลด้วย²²

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้สำหรับองค์กรวิชาชีพสถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานทางการพยาบาล สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลทุกแห่ง รวมทั้งองค์กรหรือหน่วยงานทางการพยาบาลที่มีหน้าที่หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลควรมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้มีการพัฒนาหรือค้นหานวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือหรือเป็นแหล่งในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลรวมถึงนักศึกษาพยาบาลใน

การสร้างเสริมสุขภาพ และควรต้องใช้กระบวนการวิจัยเข้ามาประกอบทั้งในกระบวนการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลร่วมกับกลไกอื่น ๆ เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาเป็นไปในทุกภาคส่วนพร้อมกัน

สำหรับการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในเขตภาคเหนือที่ผ่านมา แม้ว่าการดำเนินโครงการจะมีกลไกในการขับเคลื่อนที่ดี แต่หากต้องการให้บรรลุเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรต้องกลับมาทบทวนโครงการ และให้ความสำคัญกับจุดท้าทายที่ยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิบางด้านที่ยังอยู่ในระดับพื้นฐานและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรอตตาวาที่ยังคงไม่ได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ โดยอาจต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลตลอดจนหาแนวทางในการส่งเสริมให้มีสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะในพยาบาลจำนวนมากที่อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับโครงการฯ โดยตรง ตลอดไปจนถึงการเสาะแสวงหาหน่วยงานหรือองค์กรแห่งอื่น ๆ ที่มีการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่ดีทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและพัฒนาขึ้นเป็นศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งใหม่เพิ่มขึ้น

รวมทั้งพัฒนาบทบาทของศูนย์การเรียนรู้ที่มีอยู่อย่างจริงจัง มีแผนการทำงานที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ และควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้รวมทั้งการผลิตองค์ความรู้โดยอาศัยการวิจัยบนฐานของปัญหาในพื้นที่ ในขณะเดียวกันก็ควรส่งเสริมช่องทางการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลให้หลากหลายเน้นความสำคัญของพื้นที่ให้มากขึ้นและใช้ศูนย์การเรียนรู้ให้คุ้มค่า ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้การพัฒนาโดยอาศัยวิถีวิจัยยังคงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญอย่างใดก็ตามอาจต้องมีการพัฒนาในด้านวิธีการวิจัย ตลอดจนเครื่องมือวิจัยควบคู่กันไป ทั้งนี้ก็เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงทั่วทั้งภาคและประเทศบนหลักการทางวิทยาศาสตร์ ความเป็นเหตุเป็นผลและเกิดผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนในทางที่ดีขึ้นต่อไป

ผลการวิจัยเพื่อประเมินผลติดตามโครงการนี้ได้แสดงความเห็นไว้ว่าผลจากการดำเนินโครงการนี้ซึ่งมีการวางกรอบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในบริบทสังคมไทยโดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาซึ่งเป็นแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทสากล (International Context of Health Promotion) จะมีส่วนต่อ ยอดองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับมนุษยชาติหรือสังคมโลกหรือในระดับสากลต่อไป²⁰

References

1. WHO. Noncommunicable diseases. 2018 [cited 2018 May 15]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. WHO-Thailand. Noncommunicable diseases (NCDs). 2018 [cited 2018 May 15]. Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/areas/ncd/en/>
3. Kumar S, Preetha GS. Health promotion: an effective tool for global health. Indian J Community Med 2012; 37(1): 5-12.
4. WHO. Health promotion. 2018 [cited 2018 April 5]. Available from: <http://www.who.int/health-promotion/conferences/previous/ottawa/en/>

5. WHO. Milestones in health promotion: Statements from global conferences. 2009 [cited 2018 Aug 30]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>
6. WHO. Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion. 1986 [cited 2018 April 9]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.htm>.
7. WHO. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. 2005 [cited 2005 Sep 19]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.
8. Thai Health Promotion Foundation. About ThaiHealth [Internet]. 2001 [cited 2018 May 27]. Available from: http://en.thaihealth.or.th/WHO_WE_ARE/THAIHEALTH_INTRO/
9. Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *HPI* 2012; 28: 490-501.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional Nursing and Midwifery Act B.E. 2528 and Revision of the Act B.E. 2540. Bangkok: Judthong; 2011. (in Thai)
11. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional nursing and midwifery competencies. Nonthaburi: Siriyord printing; 2010. (in Thai)
12. Srisuphan W, Senaratana W, Nuntaboot K, Kunaviktikul W, Junprasert S, Tilokskulchai F, et al. Project on nursing profession movement towards health promotion. In: Kunaviktikul W, chair. Workshop on development of nursing innovation learning center for health promotion; 2017 Dec 26-27; Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2017. (in Thai).
13. Kumpalikit S, Luecha Y, Baramée J, Klunklin A, Suwanpatikorn K, Suwankeeree W, et al. An evaluation of health promotion competencies of graduate nursing students. *J Nurs Sci* 2007; 25(3), 44-55. (in Thai).
14. Faculty of Nursing, CMU. The evaluation of the project "Moving Health Promotion Toward Nursing Profession in Northern Thailand". Chiang Mai: The institute; 2018. (in Thai)
15. Kaewthummanukul T, Sirakamon S. Health promotion competency and practice among nurses in primary care service, the North region. *Nursing Journal* 2016; 43 Suppl Dec: 185-95. Thai. (in Thai).
16. Kunaviktikul W, Wichaikhum O, Nantsupawat A, Sirakamon S, Bhosai J, Sathapornpat P, Siriyosthumrong D. Health promotion competency and practice among nurses, the north region. *Nursing Journal* 2015; 42 Suppl Nov: 151-65. (in Thai).
17. Nantsupawat A, Sathapornpat P. Competency and roles of health promotion among nurses in tertiary hospitals. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2017. 18(1): 222-8. (in Thai).
18. Klunklin A, Wichaikhum O, Kunaviktikul W, Jaiwilai W. Nurses' role on developing health promotion innovation in Northern Thailand. *Nursing Journal* 2015; 42 Suppl Dec : S178-86. (in Thai).
19. Faculty of Nursing, Chiang Mai University (CMU). The project "Moving Health Promotion Toward Nursing Profession in Northern Thailand". Chiang Mai: Faculty of Nursing, CMU; 2017. (in Thai)

20. Ard-am C (O), Jaratsit S, Apipornchaisakul K, Sakulsri T, Rodphai B. Follow-up and evaluation of the project moving nursing profession for health promotion. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2017. (in Thai)
21. Ekthamasuth C, Sawekngam 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(1): 1-14. (in Thai).
22. Thanomsaksri N, Singchangchai P, Pathumarak N, Factors Influencing Innovation Performance in Nursing Organizations as Perceived by Head Nurses of Community Hospitals under the Ministry of Public Health. Journal of Health and Nursing Research 2020; 36(1): 77-94. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ต่อความสามารถในการดูดนมแม่ ของทารกเกิดก่อนกำหนด

Effect of Breast Milk Oral Care on Breast-Feeding Performance in Preterm Infants

Received: Sep 15, 2021

Revised: Oct 10, 2021

Accepted: Oct 18, 2021

กรรณิกา หงษ์ศิริ พย.ม. (Kannika Hong Siri, M.N.S.)¹จรรยา วิททยสุภร พย.ด. (Jariya Wittayasooorn, D.N.S.)²ทิพวัลย์ ดารามาศ พร.ด. (Tipawan Daramas, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลช่องปากด้วยนมแม่นั้นทำให้ทารกได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสจากการรับกลิ่นรับรสจากน้ำนมแม่ ส่งเสริมให้ทารกมีพฤติกรรมการดูดการกลืน มีความสามารถในการดูดนมแม่เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูดนมแม่ด้านพฤติกรรมการดูดนม ระยะเวลาเปลี่ยนผ่านและปริมาณน้ำนมที่ดูดได้ของทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่และทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด 43 คน อายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน พ.ศ. 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มควบคุม 22 คนและกลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ทารกทั้ง 2 กลุ่มสามารถดูดนมจากเต้านมแม่ได้ ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการดูดนมแม่ ด้านพฤติกรรมการดูดนม ด้านระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านและปริมาณน้ำนมที่ดูดได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ขั้นตอนการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่และแบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด (The Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale: PIBBS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Independent t-test

ผลการวิจัย: ความสามารถในการดูดนมแม่ด้านพฤติกรรมการดูดนมแม่และปริมาณน้ำนมที่ดูดได้ของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม พบว่าด้านระยะเวลาเปลี่ยนผ่านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลราชพ กมลาล สยามพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

¹Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย (การพยาบาลเด็ก) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล -mail: kannika.h@bnc.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลเด็ก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: jariya.wit@mahidol.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลเด็ก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: tipawan.dar@mahidol.ac.th

^{1,2,3}Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

สรุปผลการวิจัย: การดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่มีผลต่อความสามารถในการดูดนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนดด้านพฤติกรรมดูดนมและปริมาณน้ำนมที่ดูดได้

ข้อเสนอแนะ: ส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้นำการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ไปใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ทารกมีความสามารถในการดูดนมแม่ที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ ความสามารถในการดูดนมแม่ ทารกเกิดก่อนกำหนด

Abstract

Introduction: Oral care using breast milk helps preterm infants to stimulate sensory of odor and taste of breast milk resulting in better sucking and swallowing performance.

Research objectives: To compare the breast-feeding performance, including breastfeeding behaviour, breast milk consumption, and transition time between preterm infants those receiving breast milk oral care and those receiving conventional care.

Research methodology: This quasi-experimental study employed two groups post-test design. A purposive sampling method was used to recruit 43 participants (22 in the control group, and 21 in the experimental group) into the study. Inclusion criteria were: (a) infants with gestational age 28-34 weeks assessed using Ballard score; and (b) admitted at Udonthani hospital from May to September 2020. The preterm infants in the control group received a conventional care. The preterm infants in the experimental group received breast milk oral care. Once the neonatologist allowed both groups to oral breastfeeding, the breast-feeding performances (breastfeeding behaviour, breast milk consumption, and transition time) were assessed. Instruments were breast milk oral care procedure, and the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale. Data were analyzed using Chi-square test, and Independent t-test

Results: At post-test, between-group statistically significant differences of breast-feeding performances were found on breastfeeding behaviour, and breast milk consumption ($p < .05$). However, the transition time was not statistically significantly different ($p > .05$).

Conclusions: Breast milk oral care affects the breast-feeding performances in preterm infants, including breastfeeding behaviour, and breast milk consumption.

Implications: Nurses should be encouraged to apply breast milk oral care to preterm infants to promote better breast-feeding performances.

Keywords: breast milk oral care, breast-feeding performances, preterm infants

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ในแต่ละปีมีทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 11 จากทั่วโลก¹ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 13.50 และในประเทศไทยพบร้อยละ 10-15² ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมักมีน้ำหนักตัวน้อย พบรายงานจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ระดับประเทศร้อยละ 6.21 ในจังหวัดอุดรธานีร้อยละ 6.28 ของจำนวนเด็กแรกเกิด³ ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะมีปัญหาการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย โดยเฉพาะความไม่สมบูรณ์ด้านระบบประสาทและระบบทางเดินอาหาร การทำงานประสานกันระหว่างการดูดกลืนและการหายใจยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์⁴ ขาดความพร้อมในการดูดนมแม่ มีโอกาสเกิดปัญหาทางคลินิก เช่น หายใจหอบ หิวใจเด่นชัด ลำไส้เน่า⁵ จึงมีความจำเป็นที่ทารกต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการใส่สายยางให้อาหารเป็นเวลานาน ทำให้ทารกต้องเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหารเกิดการติดเชื้อบริเวณปาก ทารกไม่ได้สัมผัสกับรสและกลิ่นของน้ำนมแม่ จึงไม่ได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสทางเคมีผ่านการรับกลิ่นรับรส ขัดขวางการเกิดพฤติกรรมเรียนรู้ต่อวิธีการตอบสนองเมื่อมีอาหารเข้ามาในปาก ขัดขวางพัฒนาการในการเกิดรีเฟล็กซ์การดูดกลืน ส่งผลให้ทารกดูดนมแม่ได้ช้า ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ใช้งบประมาณในการรักษาจำนวนมาก⁶

ปัจจัยสำคัญที่ป้องกันไม่ให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล คือการส่งเสริมให้ทารกมีพัฒนาการดูดกลืนที่สมบูรณ์ ร่วมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁵ การให้นมแม่ ลดอัตราการตายและอัตราความพิการ⁷ ลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดและการเกิดภาวะลำไส้เน่า ความทนในการรับประทานอาหารของทารกมีมากขึ้น และความสำเร็จในการให้อาหารทางลำไส้เกิดขึ้นได้เร็วจากการให้นมแม่⁸ ลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาล⁹ ลดงบประมาณในการดูแลทารก¹⁰ มีผลต่อความฉลาดทางสติปัญญาและพัฒนาการทางสมอง องค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund :UNICEF) จึงมีนโยบายสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน¹¹

ในประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไว้ที่ร้อยละ 50 จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 14 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย¹² ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความสามารถในการดูดนมแม่เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถรับนมทางปากได้เร็ว มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการดูดกลืนของทารกเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยั้งครรภ์ ทารกจะมีการกลืนกินน้ำคร่ำ ทำให้ทารกเกิดประสบการณ์การรับประสาทสัมผัสทางเคมี หลังคลอดทารกจะได้รับกลิ่นและรสผ่านตัวรับในช่องปาก ประสบการณ์เหล่านี้ยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการดูดกลืน การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางเคมีจากกลิ่นและรสของน้ำนมแม่มีผลกระตุ้นพฤติกรรมทางอารมณ์ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมและการทำงานของสรีรวิทยาทางเดินอาหาร ส่งเสริมให้เกิดการดูดกลืน เกิดการดูดแบบไม่มีสารอาหาร การค้นหาอาหาร การสืบคลานเข้าหาเต้านม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ขั้นพื้นฐานของทารกในการกินอาหาร¹³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายวิธีที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่การดูดนมแม่ได้โดยเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืน¹⁴ การใช้จุกนมปลอม¹⁵ การดูดเต้าเปล่า¹⁶ การใช้กลืนนมแม่เพื่อกระตุ้นการดูดกลืน^{13,17} การดูแลช่องปากด้วยนมแม่นั้นทำให้ทารกได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสทางเคมีจากการรับกลิ่นรับรสน้ำนมแม่ ทำให้ทารกมีความคุ้นเคยกับนมแม่ มีพฤติกรรมการดูดกลืน สามารถเริ่มกินนมทางปากได้เร็ว¹⁸ มีความสามารถในการดูดนมแม่เพิ่มมากขึ้น กินนมได้ปริมาณมากขึ้น¹⁹ ซึ่งวิธีการดูแลช่องปากด้วยนมแม่นี้เป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย มีความปลอดภัยต่อทารกและมีความเป็นไปได้สูง²⁰ แต่อย่างไรก็ตามองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยใช้กลไกการรับกลิ่นรับรสผ่านวิธีดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่มียังมีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาถึงผลของการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ต่อความสามารถในการดูดนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนด ประเมินได้จากพฤติกรรม

การดูดนม ระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางไปเป็นการดูดนมแม่ และปริมาณน้ำนมที่ทารกสามารถดูดได้ในแต่ละครั้ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้แนวคิดสรีรวิทยาการรับรู้กลืน ทารกจะได้รับกลืนและรสผ่านตัวรับในช่องปากและจมูก เมื่อใช้น้ำนมแม่ในการดูแลช่องปากทารก โมเลกุลของน้ำนมแม่จะกระตุ้นกลไกการรับรู้ที่ Olfactory receptor cells ทำให้มีการส่งสัญญาณประสาทต่อไปยัง Frontal cortex มีหน้าที่ในการรับรู้กลิ่นด้วยสติสัมปชัญญะและแยกแยะกลิ่น และสมองส่วน Limbic system ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำกลิ่น²¹ การตอบสนองด้านอารมณ์ มีความรู้สึกอยากอาหาร ทิว การตอบสนองด้านพฤติกรรมและระบบอัตโนมัติ มีการหลั่งน้ำลาย มีการดูดการกลืนมากขึ้น มีการบีบตัวของลำไส้เพิ่มขึ้น¹³ กลไกการรับรส ทารกได้รับสัญญาณประสาทจากตุ่มรับรสที่อยู่บริเวณลิ้น ส่งกระแสประสาทผ่านไปยังก้านสมอง ประสานกับเซลล์ประสาทใน Thalamus ก่อนจะมุ่งตรงสู่เปลือกสมองใหญ่ ตีความออกมาเป็นสัญญาณรับรสชาติที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลการรับรสจะถูกส่งไปที่สมองส่วน Limbic system ส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนที่แสดงอารมณ์ความรู้สึกและสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งควบคุมการทำงานระบบอัตโนมัติ (การกลืน) เพื่อตอบสนองต่อรสชาติ²² ประสบการณ์การรับประสาทสัมผัสทางเคมีเหล่านี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการดูดกลืน การดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่จะกระตุ้นพฤติกรรมทางอารมณ์ เกิดพฤติกรรมและการทำงานของสรีรวิทยาทางเดินอาหาร ส่งเสริมให้เกิดการดูดกลืน เกิดการดูดแบบไม่มีสารอาหาร (nonnutritive sucking) การหันหาอาหาร การสืบคลานเข้าหาเต้านม ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ขั้นพื้นฐานของทารกในการกินอาหาร¹³

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูดนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูดนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนม

แม่และทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเปลี่ยนผ่านของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่และทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมแม่ที่สามารถดูดได้ของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่และทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูดนมแม่มากกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่มีระยะเวลาเปลี่ยนผ่านสั้นกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่มีปริมาณน้ำนมที่สามารถดูดได้ มากกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง ทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ประเมินอายุครรภ์โดยกุมารแพทย์ตามแบบประเมินอายุครรภ์ของ Ballard's score

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ประเมินอายุครรภ์โดยกุมารแพทย์ตามแบบประเมินอายุครรภ์ของ Ballard's score ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน พ.ศ.2563

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ประเมินโดยใช้ Ballard's score น้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 1,000 กรัม มีอายุหลังเกิดไม่เกิน 96 ชั่วโมง มีอาการทางคลินิกคงที่ อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 120-160 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 92-100% ทารกที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจ จะต้องมีการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาแล้วไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง ไม่มีความพิการตั้งแต่กำเนิดของระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร และความผิดปกติของโครโมโซม อันเป็นสาเหตุให้มีผลต่อการหายใจหรือการดูดกลืน มารดาไม่มีข้อห้ามในการให้นมและสามารถบีบเก็บน้ำนมได้ภายใน 96 ชั่วโมงหลังคลอด มารดายินยอมให้ทารกเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ ทารกที่มีความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างการทดลอง ทารกที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อในระบบประสาท หรือติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารขณะอยู่ในระหว่างทำการทดลอง ทารกถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นหรือจำหน่ายก่อนสิ้นสุดการทดลอง มารดาของทารกปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการทดลอง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Iramanash และคณะ²³ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญ (α) .05 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ขณะดำเนินการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดออก จำนวน 7 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด แบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ที่ให้แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด
2. แบบประเมินความสามารถในการดูดนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่

2.1 แบบบันทึกรายละเอียดการได้รับนมของทารกเกิดก่อนกำหนด

- บันทึกระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางมาเป็นการดูดนมแม่ เริ่มนับตั้งแต่วันที่ทารกเริ่มรับนมทางสายยางมาเป็นการดูดนมจากเต้านมแม่ได้ตามปริมาณที่แพทย์กำหนด ติดต่อกัน 8 มื้อ

- บันทึกปริมาณน้ำนมแม่ที่ดูดได้ ทำการประเมินและบันทึกในวันแรกที่แพทย์อนุญาตให้ทารกดูดนมแม่ โดยการชั่งน้ำหนักตัวทารกก่อนดูดนมแม่และหลังทารกดูดนมแม่เป็นระยะเวลา 5 นาที โดยน้ำหนัก 1 กรัม เทียบเท่ากับปริมาณน้ำนม 1 มิลลิลิตร

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมมารการดูดนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด (The Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale: PIBBS) พัฒนาโดย Nyqvist และ คณะ²⁴ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Papan และคณะ²⁵ ประเมินพฤติกรรมมารการดูดนมแม่ 6 ด้าน ได้แก่ การหันหน้าเข้าหาเต้านมมารดา (rooting reflex) ลักษณะการอมหัวนมและลานนม (areolar grasp) ระยะเวลาในการอมหัวนมและลานนม (latch on and fix to the breast) ลักษณะการดูดการเสียดจันทะการดูดนมของทารก (longest sucking burst) และการกลืนน้ำนมของทารกขณะดูดนมแม่ (swallowing) ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมมารการดูดนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด ประเมินเมื่อทารกดูดนมแม่ในวันแรก วัดพฤติกรรมของทารกทั้ง 6 ด้าน แต่ละด้านมีระดับการวัด 3-6 ระดับ แต่ละด้านมีค่าคะแนนแตกต่างกันระหว่าง 0-6 คะแนน ค่าคะแนนรวมทุกด้าน 20 คะแนน การแปลผลพิจารณาจากค่าคะแนนรวมโดย 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมมารการดูดนมแม่ดี และค่าคะแนนรวมน้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมมารการดูดนมแม่ไม่ดี ได้มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดย Papan และคณะ²⁵ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 การวิจัยครั้งนี้นำมาใช้โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (inter-rater reliability) จนผู้วิจัยสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง และสามารถวัดค่าได้ตรงกับผู้เชี่ยวชาญ คำนวณค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 1.0

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3.1 ขั้นตอนการดูแลช่องปากด้วยนมแม่ (breast milk oral care) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

เรื่องกระบวนการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารก ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.2 เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนักตัวทารกแบบดิจิทัลที่มีความละเอียดถึงระดับ 5 กรัม ใช้เครื่องเตี๊ยมทดลองทำการทดลอง กระบอกฉีดยาปราศจากเชื้อ ขนาด 1 มิลลิลิตร ไม้พันสำลี ถังมือสะอาดไม่มีแป้ง ภาชนะเก็บน้ำนมแม่ นาฬิกาจับเวลา เทอร์โมมิเตอร์ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด โดยผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงจากบริษัทผู้ผลิตและโรงพยาบาลแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA.MURA 2018/699 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2562 และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ E077/2562 ก่อนการทดลองผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับการจากการวิจัยครั้งนี้ให้กับมารดาของกลุ่มตัวอย่างทราบ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของมารดาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้แจ้งให้มารดาของกลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ในทุกขั้นตอน ซึ่งการถอนตัวจากงานวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา การดูแลและการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ และเมื่อมารดาของกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ทารกเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยแนะนำตัวกับมารดาของกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์

และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการวิจัย เมื่อมารดาของกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย จึงให้มารดาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน สอบถามข้อมูลและบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา โดยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จึงดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลและป้องกันการเกิดปัญหาจริยธรรม

2. ทารกกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากกุมารแพทย์และพยาบาลตามลักษณะการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของทารกแต่ละราย

3. ทารกกลุ่มทดลองได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ ใช้กระบอกฉีดยาปราศจากเชื้อ ขนาด 1 มิลลิลิตร ดูดน้ำนมแม่เข้ามาในกระบอกฉีดยาปริมาณ 0.2 มิลลิลิตร ใส่กระบอกฉีดยาเข้าไปในปากของทารกบริเวณกระพุ้งแก้มด้านขวา หยอดน้ำนมแม่ปริมาณ 0.1 มิลลิลิตรซ้ำๆ ใช้เวลาประมาณ 1 นาที หลังจากนั้นหันกระบอกฉีดยาไปบริเวณกระพุ้งแก้มด้านซ้ายทำเช่นเดียวกับข้างขวา ตามด้วยการใช้ไม้พันสำลีขนาดเล็กที่ปราศจากเชื้อชุบน้ำนมแม่ เกลี่ยน้ำนมบริเวณกระพุ้งแก้มซ้ายและขวา และใช้ไม้พันสำลีขนาดเล็กที่ปราศจากเชื้อชุบน้ำนมแม่ให้ชุ่มป้ายบริเวณเหงือกและริมฝีปากทั้งด้านซ้ายและขวา ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ทำในช่วงเวลาก่อนการรับนมทางสายยางของทารกในแต่ละมื้อ ทำ 5 ครั้ง/วัน ในเวลา 9.00-21.00 น. เริ่มทำภายใน 96 ชั่วโมงหลังเกิด ทำต่อเนื่องกันทุกวันจนแพทย์อนุญาตให้ทารกสามารถรับนมทางปากได้

4. เมื่อกุมารแพทย์อนุญาตให้ทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสามารถดูดนมจากเต้านมแม่ได้ จึงทำการประเมินพฤติกรรมการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยใช้แบบประเมิน PIBBS โดยผู้วิจัยซึ่งน้ำหนักตัวทารกก่อนดูดนมแม่เมื่อทารกเริ่มดูดนมแม่ จับเวลาโดยให้ทารกดูดนมแม่เป็นเวลา 5 นาที ในระหว่างที่ทารกดูดนมแม่นั้น ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดูดนมแม่ เมื่อทารกดูดนมแม่ครบ 5 นาทีแล้วนำทารกไปชั่งน้ำหนักและลงบันทึก ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักตัวทารกแบบดิจิทัลที่มีความละเอียดถึงระดับ 5 กรัม โดยน้ำหนัก 1 กรัม เทียบเท่าปริมาณน้ำนม 1 มิลลิลิตร หากทารกดูดนมได้ปริมาณที่ไม่เพียงพอตามที่กุมารแพทย์คำนวณไว้ในแต่ละมื้อ ดูแลให้นมตามแผนการรักษา

5. บันทึกระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางไปเป็นการดูดนมจากเต้านมแม่ เริ่มตั้งแต่ที่ทารกได้รับนมผ่านทางสายยางให้อาหารไปจนกระทั่งทารกสามารถดูดนมแม่ได้เองจนครบ 8 มื้อ/วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของ เพศ ชนิดการคลอด ด้วยสถิติ Chi-square test โดยกำหนดค่า α ที่ .05 พบว่ามีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลอายุครรภ์ประเมินโดยใช้ Ballard's score APGAR score นาที่ที่ 1 น้ำหนักแรกเกิดและอายุครรภ์เมื่อเริ่มรับนมทางปาก โดยใช้สถิติ Independent t-test มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

2. วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของความสามารถในการดูดนมแม่ ได้แก่ พฤติกรรมการดูดนม ระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน และปริมาณน้ำนมที่ดูดได้ของทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง 25 ราย คัดออกจากการศึกษาจำนวน 4 ราย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงติดเชื้อมีภาวะเลือดจางเป็นต้องให้เครื่องช่วยหายใจ 1 ราย ย้ายไปรับการรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนสิ้นสุดการทดลอง 3 ราย เหลือกลุ่มทดลองจำนวน 21 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย คัดออก 3 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 1 ราย ย้ายไปรับการรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนสิ้นสุดการทดลอง 2 ราย เหลือกลุ่มควบคุม 22 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.43 และ 90.90 ตามลำดับ ชนิดการคลอดส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุครรภ์ประเมินจาก Ballard score กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์

เฉลี่ย 32.29 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย 32.86 สัปดาห์ Apgar score นาที่ที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.71 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 7.64 น้ำหนักแรกเกิดกลุ่มทดลองมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,746.29 กรัม กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,897.50 กรัม อายุครรภ์เมื่อเริ่มรับนมทางปาก กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย 34.88 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย 35.31 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูดนมแม่ ประเมินจากพฤติกรรมการดูดนมแม่วันแรก ซึ่งเป็นวันที่แพทย์อนุญาตให้ทารกสามารถดูดนมจากเต้านมแม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดูดนมแม่เฉลี่ย 10.29 (SD = 1.79) ทารกกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมดูดนมแม่เฉลี่ย 7.81 (SD = 2.89) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดูดนมแม่เฉลี่ยมากกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เปรียบเทียบระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน โดยเริ่มนับจากวันที่ทารกเริ่มรับนมทางสายยางให้อาหารไปจนกระทั่งสามารถดูดนมแม่ได้ตามปริมาณที่แพทย์กำหนดต่อเนื่องกัน 8 มื้อ ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน 19.47 วัน (SD = 10.36) ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน 19.27 วัน (SD = 10.89) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระยะเวลาเปลี่ยนผ่านของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมที่ทารกสามารถดูดได้ ประเมินในวันแรกที่แพทย์อนุญาตให้ทารกสามารถดูดนมจากเต้านมแม่ได้ ประเมินจากปริมาณน้ำนมที่ทารกสามารถดูดได้ใน 5 นาทีแรก พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนม 5.95 มิลลิลิตร (SD = 4.07) ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนม 3.41 มิลลิลิตร (SD = 3.23) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมที่สามารถดูดได้มากกว่าทารกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=21)				กลุ่มควบคุม (n=22)				χ^2	t	p
	n	%	M	SD	n	%	M	SD			
เพศ											
ชาย	15	71.43			20	90.90			2.692		.101
หญิง	6	28.57			2	9.10					
ชนิดการคลอด											
ธรรมชาติ	10	47.62			8	36.36			.559		.455
ผ่าตัด	11	52.38			14	63.64					
อายุครรภ์			32.29	1.93			32.86	1.08		1.205	.237
Apgar score			7.71	1.38			7.64	1.56		-.173	.863
น้ำหนักแรกเกิด			1,746.29	309.85			1,897.50	300.53		1.625	.112
อายุครรภ์เมื่อเริ่มรับ นมทางปาก			34.88	1.24			35.31	1.12		1.203	.236

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูดนมแม่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถ ในการดูดนมแม่	กลุ่มทดลอง (n=21)			กลุ่มควบคุม (n=22)			t	p
	น้อยที่สุด- มากที่สุด	M	SD	น้อยที่สุด- มากที่สุด	M	SD		
พฤติกรรมดูดนม	8-14	10.29	1.79	2-12	7.81	2.89	-3.346	.002
ระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน	7-45	19.47	10.36	7-42	19.27	10.89	-.063	.95
ปริมาณน้ำนมที่ดูดได้	0-15	5.95	4.07	0-10	3.41	3.23	-2.276	.028

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่มีความสามารถในการดูดนมแม่ด้านพฤติกรรมดูดนมแม่และปริมาณน้ำนมที่ดูดได้มากกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงว่าการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่มีผลส่งเสริมให้ความสามารถในการดูดนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนดดีขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Raimbault และคณะ²⁶ ศึกษาผลของกลืนน้ำนมของมารดาต่อพฤติกรรมดูดนมของทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด พบว่า ทารกที่ได้รับ

กลืนนมแม่มีการดูดนมได้นานขึ้นและมีจำนวนครั้งในการดูดมากขึ้นซึ่งประกอบด้วยการเคลื่อนไหวการดูดมากกว่า 7 ครั้ง และยังดูดนมได้ปริมาณนมมากกว่าทารกกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chailangka และคณะ¹⁷ ศึกษาผลของการใช้นมแม่ร่วมกับการนวดปาก กระตุ้นการดูดกลืนต่อประสิทธิภาพการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนด ใช้นิ้วมือที่สวมถุงมือสะอาดจุ่มนมแม่แล้วนำไปนวดปากกระตุ้นการดูดกลืน ทารกจะได้รับกลืนรับรสผ่านทางปาก พบว่าทารกที่เข้าร่วมโปรแกรมการใช้นมแม่ร่วมกับการกระตุ้นการดูดกลืนสามารถดูดนมแม่ได้ปริมาณมากกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

การส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ เป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทางเคมีโดยการให้ทารกได้รับกลิ่นรับรสของน้ำนมแม่ผ่านทางช่องปาก โดยหยดน้ำนมแม่ปริมาณ 0.2 มิลลิลิตร ลงในบริเวณผนังช่องปากของทารก และทำการเกลี่ยให้โมเลกุลของน้ำนมแม่มีการกระจายตัว สามารถจับกับรีเซปเตอร์รับกลิ่นรับรสได้ดี ทารกจะได้รับรสผ่านรีเซปเตอร์รับรสบริเวณลิ้น เยื่อช่องปาก และเพดานอ่อน และโมเลกุลของน้ำนมแม่ที่ระเหยได้จะเคลื่อนที่จากโพรงอากาศในช่องปากเข้าสู่โพรงจมูก โดยโมเลกุลของนมแม่จะกระตุ้นตัวรับกลิ่นในช่องปากและในบริเวณโพรงจมูก ทำให้ทารกได้กลิ่นนมแม่ การกระตุ้นการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยการรับกลิ่นรับรสผ่านกระบวนการการดูแลช่องปากทารกด้วยน้ำนมแม่ จะส่งเสริมให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองพิเศษขึ้นได้ ช่วยพัฒนารีเฟลกซ์การดูดกลืนให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ รีเฟลกซ์ที่แสดงความพร้อมในการดูด (rooting reflex) รีเฟลกซ์การดูด (sucking reflex) และรีเฟลกซ์การกลืน (swallowing reflex) ซึ่งขั้นตอนในการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่แต่ละขั้นตอนมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นรีเฟลกซ์การดูดกลืนอย่างชัดเจน ส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดนมแม่ดีขึ้นได้

อย่างไรก็ตามพบว่า ระยะเวลาเปลี่ยนผ่านของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่และทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่อาจมีผลต่อระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่าน เช่น ปัจจัยภายในด้านกายภาพและสรีรวิทยาของทารก ภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการย่อยและการดูดซึมของระบบทางเดินอาหาร ภาวะการหายใจของทารก น้ำหนักตัว ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความพร้อมในการมาเลี้ยงดูทารกและการฝึกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา ซึ่งโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ณ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด มีการสนับสนุนให้มารดาให้นมแม่เต็มที่ในทารกแรกเกิดป่วย โดยมีการให้ความรู้ มีการจัดห้องให้มารดาในการพักค้างคืน เพื่อให้สามารถดูแลและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เต็มที่ มีการจัด

เตรียมเครื่องปั๊มนม และอุปกรณ์ในการบีบเก็บน้ำนมให้สำหรับมารดา เมื่อทารกมีอายุเพิ่มมากขึ้นและมีความพร้อมในการรับนมทางปากหรือดูดนมจากเต้านมแม่ มารดาจะได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มาพักค้างคืนเพื่อฝึกเลี้ยงทารกและดูแลทารกได้เต็มที่ จนทารกสามารถดูดนมแม่ได้เองตามปริมาณที่แพทย์กำหนดติดต่อกัน 8 มื้อ กุมารแพทย์จึงจะอนุญาตให้ทารกกลับบ้านได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การประเมินความสามารถในการดูดนมแม่ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเพียงผู้เดียว ซึ่งอาจเกิดอคติในการประเมินได้ อย่างไรก็ตามในการประเมินน้ำหนักตัวทารกทุกครั้ง มีพยาบาลเจ้าของไข้และมารดาของทารกร่วมประเมินด้วย หลังจากผู้วิจัยได้บันทึกในแบบบันทึกการวิจัยแล้ว ต้องทำการบันทึกในแบบฟอร์มแฟ้มประวัติผู้ป่วยด้วย
2. การใช้เครื่องชั่งน้ำหนักตัวทารกมีค่าความละเอียด 5 กรัม ทำให้ไม่สามารถประเมินน้ำหนักตัวทารกที่มีค่าเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 5 กรัมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพแผนกกุมารเวชกรรมนำการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ไปใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่ภายหลังคลอดโดยเร็ว เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ทารกมีความสามารถในการดูดนมแม่ที่ดีขึ้น ทั้งด้านพฤติกรรมดูดนม ปริมาณน้ำนมที่สามารถดูดได้ ทั้งนี้การดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่ ยังเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่ายและมีความปลอดภัยต่อทารก

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1) ควรมีการพัฒนาการวิจัยและการศึกษาผลของการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมแม่กลุ่มเสี่ยงอื่นที่มีปัญหาการดูดกลืนหรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 2) ควรมีการศึกษาติดตามทารกแรกเกิดเพิ่มเติม ด้านภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการหายใจ และการเจริญเติบโตของทารกก่อนกลับบ้าน และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

References

1. WHO. Preterm birth [internet]. 2018 [cited 2018 July 26]. Available from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012; 379: 2162-72.
3. Health Data Center Ministry of Public Health. Percentage of low birth weight less than 2500 g [internet]. 2017 [cited 2017 July 28]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=format/format_1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ce4f9fcd9cd41b6cb2f79b2440a6f4cc. (in Thai)
4. Lau C. Development of suck and swallow mechanisms. *Annals of Nutrition & Metabolism* 2015; 66(5): 7-14.
5. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and human lactation. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers; 2009.
6. Asawasongsil S, Durongpisitkul K. Cost of hospitalization for premature infants [Internet]. 2016 [cited 2017 July 19]. Available from: <http://www.tmchnetwork.com/node/165>. (in Thai)
7. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13(3): S19.
8. Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeed Med* 2012; 7(5): 323-4.
9. Kaur A, Singh K, Pannu MS, Singh P, Sehgal N, Kaur R. The effect of exclusive breastfeeding on hospital stay and morbidity due to various diseases in infants under 6 months of age: a prospective observational study. *International J of Pediatrics* 2016; 7647054.
10. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010; 125(5): 1048-56.
11. WHO. Global strategy for infant and young child feeding [Internet]. 2003 [cited 2016 May 15]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>
12. National Statistical Office Thailand. Multiple Indicators Cluster Survey: MICS 2019. Bangkok: National statistical office Thailand; 2021. (in Thai)
13. Bingham PM, Churchill D, Ashikaka T. Breast milk odor via olfactometer for tube-fed, premature infants. *Behavior Research Methods* 2007; 39(3): 630-4
14. Fucile S, Gisel EG, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding to preterm infants. *The Journal of Pediatric* 2002; 141(2): 230-6
15. Thoyre SM. Developmental transition from gavage to oral feeding in the preterm infant. *Annual Review of Nursing Research* 2003; 21(1): 61-92

16. Narayanan I, Mehta R, Choudhury DK, Jain BK. Sucking on the “emptied” breast: non-nutritive sucking with a difference. *Archives of Disease in Childhood* 1991; 66(2): 241-4.
17. Chailangka W, Daramas T, Kongsaktrakul C. Effect of expressed breast milk with oral stimulation on feeding efficiency in preterm infants. *Ramathibodi Nursing Journal* 2561; 24(1), 1-16. (in Thai)
18. Seigel JK, Smith PB, Ashley PL, Cotten CM, Herbert CC, King BA, et al. Early administration of oropharyngeal colostrum to extremely low birth weight infants. *Breastfeeding Medicine* 2013; 8(6), 491–5.
19. Rodriguez NA, Vento M, Claud EC., Wang CE., Caplan MS. Oropharyngeal administration of mother's colostrum, health outcomes of premature infants: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16(1): 1-14.
20. Koosiriwichian K, Chamnanvanakij S. Oropharyngeal administration of own mother's colostrum to very low birth weight infants: feasibility, clinical outcomes and safety. *Royal Thai Army Med J* 2016; 2: 65-71. (in Thai)
21. Boore J, Cook N, Shepherd A. *Essentials of anatomy and physiology for nursing practice*. Melbourne: Sage; 2017.
22. McConnell TH, Hull KL. *Human form, human function essentials of anatomy & physiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer; 2011.
23. Iranmanesh S, Shamsi A, Pour Aboli B, Movahedi Z. The effect of breast milk odor on transition time from gavage to oral feeding and hospital stay in premature infants. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition* 2014; 7(1): 5-11.
24. Nyqvist KH, Sjöden P-O, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Human Development*. 1999; 55(3): 247-64.
25. Papana N, Klunklin P, Soontornchai P. Effect of pacifier sucking during orogastric on the preterm infant's breastfeeding behaviors [master's thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2009. (in Thai)
26. Raimbault C, Saliba E, Porter RH. The effect of the odour of mother's milk on breastfeeding behaviour of premature neonates. *Acta Paediatr* 2007; 96(3): 368-71.

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและ
มารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำPredicting Factors of Sexual Communication between Parents and
Adolescent Mothers Regarding Repeat Pregnancy Prevention

Received: Mar 25, 2021
Revised: May 15, 2021
Accepted: May 31, 2021

กุลธิตา ทรัพย์สมบูรณ์ ปร.ด. (Kultida Subsomboon, Ph.D.)¹
วรรณภา พาหุพัฒน์กร Ph.D. (Wanna Phahuwatanakorn, Ph.D.)²
ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย ปร.ด. (Thiwarphorn Chalernpichai, Ph.D.)³
ดิฐกานต์ บริบูรณ์ธีรยุทธ Ph.D. (Dittakarn Boriboonhirunsarn, Ph.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำ มักเกิดจากผู้ปกครองที่มีการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรน้อย โดยการศึกษาได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ ระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 130 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น ทักษะติดต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ ($\beta = .17, .24, .17, .39, p < .05$ ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ ร้อยละ 38.3 ($p < .05$)

สรุปผล: ทักษะติดต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง และการอาศัยอยู่กับบุตรวัยรุ่น มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรมุ่งเน้นส่งเสริมการรับรู้ของผู้ปกครองในด้านทักษะติดต่อ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ ผ่านการพัฒนารูปแบบกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ จะช่วยให้ผู้ปกครองมีการพูดคุยเรื่องเพศกับบุตรวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

คำสำคัญ : การสื่อสารเรื่องเพศ ผู้ปกครอง การตั้งครรภ์ซ้ำ มารดาวัยรุ่น

ได้รับทุนส่งเสริมนักวิจัยรุ่นใหม่ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kultida.hat@mahidol.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: wanna.pha@mahidol.ac.th

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: thiwarphorn.cha@mahidol.ac.th

⁴รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: dittakam.bor@mahidol.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

⁴Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Sexual communication has the positive effect of decreasing sexual risk behaviors among adolescents. However, repeat pregnancy continues to be a persistent problem among adolescents, meanwhile discussions about sexual issues are rare in Thai families. This study used the theory of Planned Behavior as the conceptual framework.

Research Objective: To examine factors related to and ability to predict sexual communication behaviors between parents and adolescent mothers regarding repeat pregnancy prevention.

Research Methodology: This study employed a predictive correlational design. Participants were parents of adolescent mothers who attended the postpartum care unit in tertiary hospitals. ; And 130 parents were recruited using a convenience sampling method. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression (enter method).

Results: Significant predictors of sexual communication behaviors regarding repeat pregnancy prevention were parents living with daughters, attitude towards sexual communication, following subjective norms, and perceived behavioral control ($\beta = .17, .24, .17, .39, p < .05$, respectively). Together, the above mentioned factors statistically and significantly predicted sexual communication by 38.3% of variance ($p < .05$).

Conclusion: Living with daughters, attitude towards sexual communication, subjective norms, and perceived behavioral control were essential in promoting parents' sexual communication behavior regarding repeat pregnancy prevention.

Implications: Nurses should promote parents' perceptions of attitude, following of subjective norms, and perceived sexual communication ability of parents by developing activities and media to bring about parents' sexual communications for repeat pregnancy prevention among adolescent mothers.

Keywords: sexual communication, parents, repeat pregnancy, adolescent mother

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลกรมอนามัยปี พ.ศ. 2562 พบสถิติการคลอดในมารดาวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 63,831 คน หรือเฉลี่ย 175 คนต่อวัน ทั้งนี้เป็นการคลอดบุตรซ้ำ หรือการคลอดครั้งที่สองขึ้นไปในมารดาวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 5,222 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 หากพิจารณาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอายุ 18-19 ปี พบการคลอดบุตรในครั้งที่สองขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 12.2² โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งบางปีพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทุกภูมิภาค³

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นและทารก ทั้งอันตรายในด้านร่างกายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอดหลังคลอดสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า เช่น ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และการเสียชีวิตของทารก⁴ สำหรับด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะเครียด ความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรจากการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว ทำให้ครอบครัวต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูบุตรหลานและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาจากความไม่พร้อมดังกล่าวทำให้พบเด็กถูกทอดทิ้ง อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและพัฒนาการของเด็กในอนาคตอีกด้วย^{5,6} นับเป็นภาระรับผิดชอบของรัฐและองค์กรต่างๆที่ต้องสูญเสียงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาและผลกระทบดังกล่าว

แม้ว่าหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้เร่งหาแนวทางในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน โรงพยาบาล และชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ การสอนทักษะและลงมือปฏิบัติจริงในเรื่องการคุมกำเนิด การสร้างเสริมพลังอำนาจและสมรรถนะของมารดาวัยรุ่น⁷ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ายังมีกลุ่มวัยรุ่นอีกเป็นจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึง ครอบครัวเป็นรากฐานสำคัญที่มีส่วนในการอบรม เลี้ยงดู และถ่ายทอดทัศนคติ ค่านิยม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุตรหลาน โดยเฉพาะผู้ปกครอง เป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การตั้งครรภ์ซ้ำ

ในวัยรุ่น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง และมีพฤติกรรมคุมกำเนิดได้เหมาะสมในสตรีวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว⁸

อย่างไรก็ตามการสื่อสารเรื่องเพศในบริบทของสังคมไทยกลับพบว่า ครอบครัวไทยมีการสื่อสารในเรื่องเพศกับวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ปกครองมักจะรู้สึกไม่สะดวกใจในการพูดคุยในประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด วิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ซ้ำ⁹ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ปกครองมีการรับรู้ว่าการพูดคุยเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ยากมาก ไม่มีความรู้เพียงพอและขาดทักษะในการสื่อสาร รวมทั้งขาดสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดียิ่งด้วย

การสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ความรู้และทักษะเรื่องเพศ การเตรียมข้อมูลในการสื่อสาร ทัศนคติ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถ ความเชื่อมั่นของตนเองในการสื่อสาร^{10,11} ในขณะที่การศึกษาของ Klabtblung และคณะ¹² พบว่า ปัจจัยด้านอายุ และเพศของผู้ปกครอง ไม่มีผลต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตร

งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของการสื่อสารในครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันโรคเอดส์ในบุตรวัยรุ่น^{13,14} ในบริบทสังคมไทยยังไม่พบการศึกษาถึงการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองในประเด็นการตั้งครรภ์ซ้ำ ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์แล้ว และอีกทั้งพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ ยังมีความจำกัดในประเด็นเนื้อหาที่มักไม่ค่อยมุ่งเน้นในประเด็นการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ผลเสียของการตั้งครรภ์ซ้ำ การจัดการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในอนาคต โดยยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญสามารถนำมาใช้วิเคราะห์ อธิบายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นได้ ซึ่งจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behaviors)¹⁵ ได้อธิบายถึงปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย การมีทัศนคติของบุคคลต่อพฤติกรรม การ

คล้ายตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้นให้เกิดขึ้นได้สำเร็จ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศในผู้ปกครองของมารดาวัยรุ่น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนาแนวทางส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น อันจะช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 ของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569³

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

สมมติฐานการวิจัย

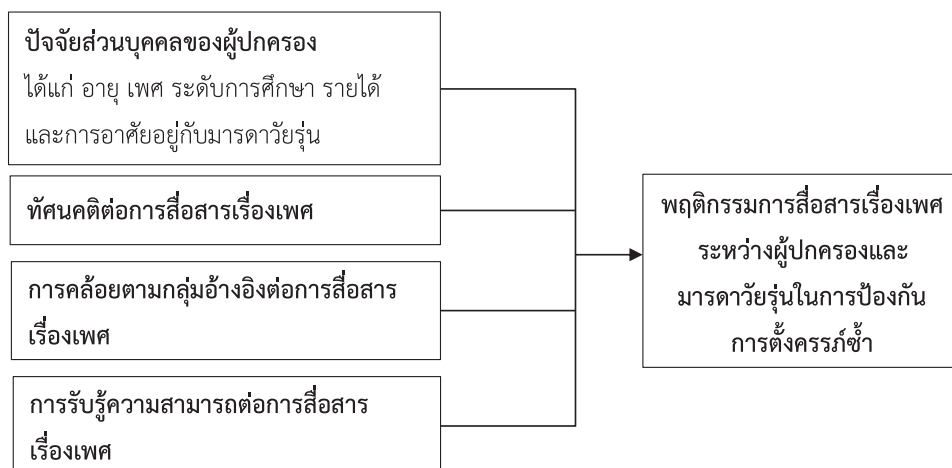
1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ทักษะติดต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

2) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ทักษะติดต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ สามารถทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behaviors)¹⁵ ในการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย ทักษะติดต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง นอกจากนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และการอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ^{12,13} ซึ่งปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (ไม่ทราบขนาดประชากร)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของมารดาวัยรุ่น เช่น บิดาหรือมารดา 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power แทนค่าขนาดอิทธิพล (medium effect size) คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹² ได้เท่ากับ .15 กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือแบบสอบถามพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ประกอบด้วย 5 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁵ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) มีค่าระหว่าง 0.79-0.93 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ปกครองมารดาวัยรุ่นที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 10 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha

coefficient) มีค่าระหว่าง 0.78-0.9 มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา และการอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ โดยวัดความคิดเห็น ความรู้สึกต่อการสื่อสารเรื่องเพศในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่น ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จำนวน 6 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 6-24 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม แบ่งโดยใช้อันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศระดับต่ำ (6-11.9 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-17.9 คะแนน) และระดับมาก (18-24 คะแนน) (CVI = 0.9, Cronbach's alpha coefficient = 0.83)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ เป็นการวัดการรับรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับของบุคคลรอบข้าง (ครอบครัว ญาติ พี่น้อง คนในชุมชน) ที่มีผลต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่น ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จำนวน 4 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 4-16 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม แบ่งโดยใช้อันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศระดับต่ำ (4-7.9 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-11.9 คะแนน) และระดับมาก (12-16 คะแนน) (CVI = 0.79, Cronbach's alpha coefficient = 0.78)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถต่อการควบคุมพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ เป็นแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับความยากง่าย ปัจจัยเอื้อหรืออุปสรรค และความสามารถของผู้ปกครองที่จะแสดงพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรวัยรุ่น ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่นั่นใจเลย (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) จำนวน 5 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 5-20 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม แบ่งโดยใช้อันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้ความสามารถต่อการควบคุม

พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระดับต่ำ (5-9.9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-14.9 คะแนน) และระดับมาก (15-20 คะแนน) (CVI = 0.83, Cronbach's alpha coefficient = 0.8)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เป็นแบบวัดความถี่บ่อยในการสื่อสารเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของผู้ปกครอง โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (4 คะแนน) จำนวน 11 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 11-44 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม แบ่งโดยใช้สูตรภาคพื้น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระดับต่ำ (11-21.9 คะแนน) ระดับปานกลาง (22-32.9 คะแนน) และระดับมาก (33-44 คะแนน) (CVI = 0.93, Cronbach's alpha coefficient = 0.9)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล และโรงพยาบาลรามาธิบดี เอกสารรับรองเลขที่ SI 134/2020 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 และได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กระบวนการศึกษา ประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสิทธิในการไม่ตอบแบบสอบถาม และสามารถที่จะสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างรวมถึงการดูแลรักษาที่มารดาวิจัยจะได้รับ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองของมารดาวิจัย หรือโทรศัพท์แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม

ตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง หรือส่ง QR code ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google form) จำนวน 1 ชุด ทั้งหมด 26 ข้อ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร รายได้ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวิจัยในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และ Point Biserial Correlation ระหว่างตัวแปรการอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวิจัยกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวิจัยในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศร่วมกับปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ โดยใช้สถิติถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบ Enter Method

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของมารดาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของมารดาวิจัย จำนวน 130 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.9 มีอายุอยู่ในช่วง 22-62 ปี อายุเฉลี่ย 44.38 ปี (SD = 6.29) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.9 และมีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 63.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ

สัมพันธ์เป็นมารดา ร้อยละ 87.7 และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 53.1

2. พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเท่ากับ 21.62 (SD = 6.22) ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศเท่ากับ 19.88 (SD = 2.53) คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศเท่ากับ 12.19 (SD = 2.14) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เท่ากับ 14.40 (SD = 2.61) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการ

ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ การอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .196, p < .05$ และ $r = .246, p < .05$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, .294, .492, p < .05$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ อายุ เพศ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (n=130)

	Min-Max	Mean	SD	ระดับคะแนน
1. ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	14-28	19.88	2.53	มาก
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	7-16	12.19	2.14	มาก
3. การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	7-20	14.40	2.61	ปานกลาง
4. พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ	11-39	21.62	6.22	ต่ำ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (n = 130)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น ^{pb}	1					
2. รายได้	-0.070	1				
3. ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	0.118	0.053	1			
4. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	0.201*	0.001	0.228*	1		
5. การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	-0.023	0.168	0.132	0.143	1	
6. พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ	0.196*	0.246*	0.330*	0.294*	0.492*	1

* P Value < .05, ^{pb} Point-Biserial Correlation

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (n = 130)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	β	p-value	95%CI
ค่าคงที่	-10.91	4.41	-	0.015*	-19.63, -2.19
รายได้					
- ไม่เกิน 15,000 บาท	Ref.	-	-	-	-
- 15,001 – 25,000 บาท	-0.50	1.02	-0.04	0.623	-2.53, 1.52
- มากกว่า 25,000 บาท	1.01	1.21	0.07	0.405	-1.38, 3.40
การอาศัยอยู่/ไม่อาศัยอยู่กับมารดาวัยรุ่น	2.16	0.92	0.17	0.020*	0.34, 3.98
ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	0.59	0.18	0.24	0.001*	0.23, 0.95
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	0.51	0.21	0.17	0.019*	0.08, 0.96
การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ	0.93	0.18	0.39	<0.001*	0.58, 1.29

$R^2 = 0.383$, Adjusted $R^2 = 0.353$, $F = 12.734$, $P \text{ Value} < 0.001$

* $P \text{ Value} < .05$

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ

ระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาตามกรอบแนวคิด และปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้ง 5 ตัวแปร คือ รายได้ การอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ เข้ามาในสมการ พบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($R^2 = .383$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) การอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น ($\beta = .17$, $p < .05$) 2) ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ ($\beta = .24$, $p < .05$) 3) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ ($\beta = .17$, $p < .05$) 4) การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ ($\beta = .39$, $p < .05$) (ตารางที่ 3)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษารั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ต้องทำงานนอกบ้าน จึงอาจทำให้ไม่มีเวลาและมีโอกาสในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรวัยรุ่นค่อนข้างน้อย ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Klabtblung และคณะ¹² ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความถี่ในการพูดคุยสื่อสารในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย โดยหัวข้อเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ วิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นมีการสื่อสารน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ผ่านมา การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวยังไม่เป็นที่ยอมรับ เชื่อว่าอาจเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น รวมถึงผู้ปกครองบางส่วนยังขาดความมั่นใจและไม่กล้าที่จะพูดคุยกับบุตรหลานในประเด็นดังกล่าว^{11,14}

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ สามารถอภิปรายผลจำแนกรายตัวแปรได้ดังนี้

รายได้ และการอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น
 รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fongkaew และคณะ¹⁴ พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวค่อนข้างดีและมีระดับการศึกษาสูง จะมีความสะดวกใจและมีแนวโน้มในการพูดคุยกับบุตรหลานวัยรุ่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาและพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ทำให้มีความใกล้ชิด และมีโอกาส ช่วงเวลาในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงพูดคุย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือมารดาวัยรุ่น จึงทำให้มีพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นมากขึ้น

ทัศนคติต่อการสื่อสารเรื่องเพศ ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารเรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีทัศนคติเชิงบวกต่อเรื่องเพศ ตระหนักถึงประโยชน์ของการพูดคุยสอนวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ ย่อมทำให้ผู้ปกครองมีการแสดงพฤติกรรมสื่อสารกับบุตรสาวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisuriyawet และคณะ¹⁶ พบว่า มารดาที่มีความเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ถึงแม้ทราบว่าบุตรสาวเคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนแต่งงานแล้วนั้น ส่งผลให้มารดามีการพูดคุย ให้กำลังใจกับบุตรสาว อีกทั้งในปัจจุบันการได้รับข้อมูล การเข้าถึงข่าวสาร โฆษณา และการรณรงค์เกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ ความสำคัญของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ช่วยให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจ ตระหนักว่าการพูดคุย สอนในเรื่องผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือวิธีการคุมกำเนิด เป็นหน้าที่ของผู้ปกครอง จึงทำให้มีแนวโน้มพูดคุยระหว่างผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นมากขึ้น¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Phuphaibul และคณะ¹⁷ พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับการส่งเสริมทัศนคติในการสื่อสาร

เรื่องเพศ ผ่านกิจกรรมการเขียนบัตรอวยพร มีคะแนนของพฤติกรรมในการสื่อสารเรื่องเพศของบิดามารดาในการสื่อสารเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศกับบุตรเพิ่มขึ้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ
 มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นเห็นด้วยหรือสนับสนุนกับการกระทำดังกล่าว จะส่งผลให้คุณค่ามีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคุณค่าที่มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ปกครอง ได้แก่ ครอบครัว แพทย์ พยาบาล โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล รวมทั้งการสนับสนุนจากคนในครอบครัว เช่น สามีย่า ยาย เป็นต้น ที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในประเด็นเรื่องเพศ จะเป็นการช่วยให้ผู้ปกครองแสดงพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาว¹² สอดคล้องกับการศึกษาของ Phuphaibul และคณะ¹⁷ พบว่าการที่ผู้ปกครองของวัยรุ่นหญิงที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมบรรทัดฐานทางสังคมในการสื่อสารเรื่องเพศ โดยอภิปรายแลกเปลี่ยนในประเด็นสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัวของตนเองและผู้ปกครองท่านอื่นนั้น ส่งผลให้มีคะแนนพฤติกรรมสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับบุตรสาวเพิ่มสูงขึ้น

การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ
 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง หากผู้ปกครองได้เรียนรู้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องและมีประสบการณ์ในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรมาก่อน โดยเฉพาะตั้งแต่บุตรยังเล็ก จะทำให้ผู้ปกครองรู้สึกสะดวกใจที่จะพูดคุยกับบุตรหลาน อีกทั้งยังจะช่วยสร้างความมั่นใจและทักษะวิธีการในการพูดคุย เช่น การยกตัวอย่าง การใช้สื่อประกอบต่างๆ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีตามแผนของ Ajzen¹⁵ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของคุณค่าในการควบคุมพฤติกรรม คือการที่คุณค่าประเมินความยากง่ายในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยหากมีความมั่นใจ หรือรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Klabtblung และคณะ¹² พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสื่อสารเรื่องเพศ จะส่งผลให้ผู้ปกครองมีการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรมากขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Hattakitpanichakul และคณะ¹⁸ พบว่าผู้ปกครองมี

พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาววัยรุ่นมากขึ้น ภายหลังจากได้รับการฝึกทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศโดยใช้สถานการณ์ตัวอย่าง

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญมีทั้งหมด 4 ตัวแปร ($p < .05$) ได้แก่ การอาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดาวัยรุ่น ทักษะติดต่อสื่อสารเรื่องเพศ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ โดยอธิบายได้ว่าหากผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการสื่อสารเรื่องเพศสูง มีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศมาก อีกทั้งอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรวัยรุ่น จะมีพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁵ ที่กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคล ขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยรับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นเห็นด้วยยอมรับ และสนับสนุนในการแสดงพฤติกรรมนั้น และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Thammaraksa และคณะ¹⁹ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนหญิง และเป็นตัวแปรร่วมทำนายโอกาสในการทำพฤติกรรมอีกด้วย โดยนักเรียนหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำ จะมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่านักเรียนหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงสูงเป็น 6.98 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hattakitpanichakul และคณะ¹⁸ พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาว ผ่านกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติในการสื่อสารเรื่องเพศ การรับรู้บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ จะมีคะแนนพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรสาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ในขณะที่ผลการศึกษาของ Powattana และคณะ²⁰ พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในการสื่อสารผ่านการรู้แบบเรียนรู้สำเร็จรูป (VCD) และคู่มือการสื่อสารเรื่องเพศ พบว่ามารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสื่อสาร และความสนใจในการสื่อสารเพิ่มขึ้น แต่ไม่ส่งผลต่อการสื่อสารเรื่องเพศของมารดา กับบุตรวัยรุ่นหญิง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่น ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองมีลักษณะทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44.38 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความยากง่ายในการเข้าถึงข้อมูล และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลาน ในด้านผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klabtblang และ คณะ¹² ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรไม่ว่าผู้ปกครองเพศหญิงหรือชาย เช่นเดียวกับปัจจัยด้านอายุของผู้ปกครอง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ปกครองอายุมากหรือน้อย ก็จะมีการสื่อสารเรื่องเพศไม่แตกต่างกัน¹³ อาจเนื่องจากลักษณะครอบครัวไทยส่วนใหญ่มองเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย และเมื่อขาดความมั่นใจหรือทักษะการสื่อสารที่ดี จะทำให้ผู้ปกครองรู้สึกไม่สะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศกับบุตรหลาน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการจากตัวผู้ปกครองเอง โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และยังมีปัจจัยอื่นๆที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาล บุคลากรสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่น โดยเฉพาะในผู้ปกครองที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรวัยรุ่น เพื่อป้องกันปัญหาการ

ตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหรือสตรีวัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยออกแบบเนื้อหา วัตถุประสงค์ให้ครอบคลุมเฉพาะเจาะจงในประเด็นเรื่องประโยชน์ของการสื่อสารเรื่องเพศ ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น การสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศจากครอบครัวและชุมชน ทักษะวิธีการสื่อสารเรื่องเพศในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เป็นต้น จะช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารเรื่องเพศ และการสนับสนุนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการสื่อสารเรื่องเพศ รวมทั้งเพิ่มการรับรู้ความสามารถต่อการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นให้สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและสังคมไทย โดยการสนทนาเชิงลึกกับกลุ่มผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและนำไปใช้วางแผนการพัฒนาโปรแกรม หรือสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครองและมารดาวัยรุ่นต่อไป นอกจากนี้ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองกับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น

References

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy-fact sheets12/2018 [Internet]. 2018 [cited in 2020 December 25] Available from:<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Bureau of Reproductive Health. Fact Sheet-Youth and adolescents reproductive health: 2019 [internet]. 2020 [cited in 2021 May 14] Available from: https://rhold.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/n86_0559234e9637RH_2562_Website.pdf (in Thai).
3. Bureau of Reproductive Health. Strategic plan for adolescent pregnancy prevention in Thailand: 2017-2026 [internet]. 2017 [cited in 2021 January 20] Available from: http://www.whaf.or.th/files/2017/Strategy_2560-2569.pdf (in Thai).
4. Arayajaru P, Pataipakaipet K, Oumkrua A. Repeat pregnancy among adolescent mothers: the risk factors and the impacts on maternal and child's health. J Royal Thai Army Nurses 2019;20(3):86-92 (in Thai).
5. Talungchit P, Lertbunnaphong T, Russameechareon K. Prevalence of repeat pregnancy including pregnancy outcome of teenage women. Siriraj Medical J 2017;69(6):363-9. (in Thai).
6. Pungbangkadee R, Ratinthorn A. Factors and consequences of repeat pregnancy among teenagers: a case study in Bangkok Metropolis. J Nurs Sci 2014;32(2):23-31. (in Thai).
7. Nkhoma DE, Lin CP, Katengeza HL, Soko CJ, Estinfort W, Wang YC, et al. Girls' empowerment and adolescent pregnancy: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1-14.
8. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar S, Nesi J, Garrett K. Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. JAMA Pediatr 2016;170(1):52-61.
9. Suvarnakuta P, Congkhaow TS. The effect of promoting communication about sex program on feeling comfortable and practice in communication about sex between early female adolescents and mothers. Journal of Nursing and Education 2017;10(4):63-75. (in Thai).

10. Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. Parent-teen communication about premarital sex: factors associated with the extent of communication. *J Adolesc Res* 2000;15:187-208.
11. Rattanamanee K, Heetakson C, Lawanangkul S. Factors predicting sexuality discussion behavior of parents and guardians with early adolescent children in Koh Pha Ngan district, Surat Thani province. *Journal of Health Research and Innovation* 2019;2(1):48-57. (in Thai).
12. Klabtablang P, Phuphaibul R, Kongsaktrakul C. Factors predicting sexual communication between parents and sixth grade students. *JNSCU* 2016;28(2):108-21. (in Thai)
13. Niamkan S, Sornchai S. Factors related to communication regarding sex matter between parents and their puberty children. *Journal of Phrapokkloa Nursing College* 2013;24(2):36-46. (in Thai).
14. Fongkaew W, Meechamnan C, Thana K, Viseskul N, Chontawan R. Factors related to HIV-prevention communication between young adolescents and their parents. *TJNC* 2015;30(1):112-22. (in Thai).
15. Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychol Health* 2011;26(9): 1113-27.
16. Srisuriyawet R, Homsin P. Importance of mothers' communication with their daughters regarding sex-related risks, mothers' attitudes towards pre-marital sex and females teenagers' ability to refuse to have sexual intercourse. *TJNC* 2014;29(3):31-41. (in Thai).
17. Phuphaibul R, Promneramit P, Hattakitpanichakul K. "The Birthday Box" project: effects of parental participatory program on parental sexual communication intention and sexual communication behavior to their children. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2016;17(2): 12-20. (in Thai).
18. Hattakitpanichakul K, Phuphaibul R, Phumonsakul S, Viwatwongkasem C. Effectiveness of the Dual Approach Program to promote sexual abstinence in Thai early female adolescents and improve parent-daughter sexual communication. *J Health Res* 2019; 33(4):280-92.
19. Thammaraksa P, Powwattana A, Wannasuntad S, Tipkanjanaraykha K. Factors related to multiple risk behaviors among female secondary school students. *JHNR* 2019;35(1):224-38. (in Thai).
20. Powattana A, Thammaraksa P. The effect of learning medias to promote sexual communication among mothers with early adolescent daughters. *JHNR* 2018;34(1):58-70. (in Thai).

บทความวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานี

Selected Factors Related to Stroke in Ban Dung District, Udonthani Province

Received: Feb 11, 2021

Revised: Jun 28, 2021

Accepted: Jul 13, 2021

ชญาวีร์ ไชยวงศ์ ปร.ด. (Chanyawee Chaiwong, Ph.D.)¹ยุพารณ ติรไพรวงศ์ ปร.ด. (Yupaporn Tirapaiwong, Ph.D.)²วิระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล พย.ม. (Wirakan Sumethanurakhakun, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและการเจ็บป่วยเรื้อรังของคนไทย การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นประโยชน์สำหรับทีมสุขภาพเพื่อใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาค้นคว้าข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 7 ข้อ แบบประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 5 ข้อคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกส์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นหลอดเลือดสมอง จำนวน 75 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง จำนวน 150 คน รวมทั้งหมด 225 คน ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี มี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) โรคหัวใจ (OR = 10.57, $p < .05$) 2) บุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต (OR = 4.14, $p = .001$) 3) ไขมันในเลือดสูง (OR = 0.09, $p < .001$) 4) ต้มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR = 0.02, $p = .001$) และ 4) ความเครียด (OR = 0.79, $p < .05$)

สรุปผล: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคหัวใจ บุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ไขมันในเลือด ต้มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยเสนอแนะว่า ผู้ให้บริการสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นโรคหัวใจร่วมด้วยหรือมีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด

คำสำคัญ : ปัจจัยคัดสรร โรคหลอดเลือดสมอง

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: :ccchaiwong78@t.bcn.ac.th

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² E-mail: yupaporn.t@bcn.ac.th ³ E-mail: s.wirakan@gmail.com

Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

Abstract

Introduction: Stroke is a public health problem. It is a leading cause of death and chronic illness among Thai people. A study of factors related to stroke is useful for health care providers to more effectively prevent diseases or complication in patients.

Research objective: This study aimed to assess selected factors associated with stroke among hypertensive patients in Ban Dung district, Udonthani province.

Research methodology: This descriptive study was conducted using an assessment of cardiovascular risks questionnaire (7 items) and a stress questionnaire (ST-5) (5 items). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics using binary logistic regression. A significant level was set at $p < 0.05$.

Results: There were 225 participants including 75 hypertensive patients with stroke and 150 hypertensive patients without stroke. Five selected factors related to stroke were 1) heart disease (OR = 10.57, $p < .05$); 2) family member having health problems with stroke, ischemic heart disease or paralysis (OR = 4.14, $p = .001$); 3) hyperlipidemia (OR = 0.09, $p < .001$); 4) alcohol consumption (OR = 0.02, $p = .001$); and 5) stress (OR = 0.79, $p < .05$).

Conclusions: Selected factors related to stroke were 1) heart disease, 2) family member having health problems with stroke, ischemic heart disease or paralysis, 3) hyperlipidemia, 4) alcohol consumption, and 5) stress.

Implication for practice: These findings suggest that health care providers should develop a program to prevent stroke for patients, especially in patients with heart disease or those who have a family member with stroke or heart disease. The program should aim to change their health behaviors such as healthy diet, physical activities, abstaining from alcoholic beverages, and stress management.

Keywords: Selected factors, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าประชากรประมาณร้อยละ 25 เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และในปี ค.ศ. 2016 มีประชากรทั่วโลกตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 15.2 ล้านคน^{1,2} สำหรับประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทย พ.ศ. 2561 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของคนไทย รองจากโรคมะเร็ง³ ข้อมูลจากรายงานประจำปีเขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ. 2563 เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 14.32 หลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 4.35 ส่วนจังหวัดอุดรธานีมีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง (HT), โรคเบาหวาน (DM), โรคทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ร้อยละ 5.19 และร้อยละ 8.14 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานควบคุมได้ดีร้อยละ 21.40 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.35⁴ โรคหลอดเลือดสมองนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับแรกที่ต้องหาแนวทางป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การมีอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีอายุมากขึ้นยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁴ เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง⁶ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความอ้วนหรือโรคอ้วน การมีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-6 เท่าของคนที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การป่วยด้วยโรคหัวใจ เช่น หัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจ

และตามตำแหน่งต่างๆ ของหัวใจอาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้⁷⁻⁸ การมีญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า การขาดการออกกำลังกายหรือมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำให้ลายหลอดเลือดผู้ที่สูบบุหรี่⁸ กลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำและภาวะซึมเศร้าแสดงความเสี่ยงสูงสุดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{7,9}

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยศึกษาปัจจัยทั้งหมด 12 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มีญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ออกกำลังกาย/ออกแรงที่มีความหนักปานกลางหรือหนักมาก 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือมากกว่า ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และความเครียด แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีกิจกรรมใดที่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยทั้ง 12 ปัจจัยอาจจะมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่เท่ากัน ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์สำหรับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงหรือผู้บริหารในการวางแผนบริหารจัดการหรือพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้

ปัจจัยคัดสรร

1. เพศ
2. อายุ
3. รายได้
4. ไขมันในเลือดสูง
5. เบาหวาน
6. โรคหัวใจ
7. ญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต
8. ออกกำลังกาย/ออกแรงที่มีความหนักปานกลาง
หรือหนักมาก 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือมากกว่า
9. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
10. สูบบุหรี่
11. ดัชนีมวลกาย
12. ความเครียด

การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย หรือการศึกษาเชิงวิเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. พื้นที่ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดุง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง จาก 5 พื้นที่ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 มี

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (2) มีความสามารถในการสื่อสารเป็นภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ (3) ยินยอมและมีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power analysis program 3.1.3¹⁰ โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (A priori) เท่ากับ 0.30 กำหนด Power of analysis เท่ากับ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 กำหนดค่า Odds ratio เท่ากับ 2.44⁷ กำหนดค่าขนาดของอิทธิพล (R^2) ให้เท่ากับ 0.10 นำค่าที่ได้มาคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยจับคู่ เพศและอายุ แบบ 1:2 คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นหลอดเลือดสมอง จำนวน 75 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ได้แก่ (1) การสูบบุหรี่ ในปัจจุบันหรือสูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ (2) รอบเอว เพศชาย มีรอบเอวเกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) เพศหญิงมีรอบเอวเกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม²) (3) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (4) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน (5) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (6) มีบุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่น้อง ลูก) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ, อัมพฤกษ์ อัมพาต (7) เสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจ ก่อนอายุ 55 ปี (ในเพศชาย) ก่อนอายุ 65 ปี (ในเพศหญิง)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 5 ข้อคำถาม ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นแบบประเมินตนเองด้านความเครียด แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹² โดยเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่าตนเองด้านความเครียด

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ผ่านการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า 0.80 หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียด (ST-5) เท่ากับ 0.91 ความเชื่อมั่นของแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เลขที่ IRB BCNU 044/005 เมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2562 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะรักษาความลับของข้อมูลเพื่อไม่ให้มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ในการนำเสนอข้อมูลนั้นจะไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2562 โดยก่อนแจกแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด โดยไม่มีการลงชื่อผู้ตอบลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 225 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การแปลผลแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีภาวะเสี่ยงในข้อนั้น คะแนน 1 หมายถึง มีภาวะเสี่ยงในข้อนั้น การแปลผลความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มเสี่ยงน้อย (มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ) กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (มีปัจจัยเสี่ยง 2-4 ข้อ) และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (มีปัจจัยเสี่ยง 5-7 ข้อ) และแบบประเมินความเครียด (ST-5) มีเกณฑ์การให้คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมาก หรือแทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ การแปลผล คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองกับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบค่าอัตราส่วนความเสี่ยงอย่างหยาบ (odds ratio [OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval [95%CI]) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง 12 ปัจจัย ดังนี้ เพศ อายุ รายได้ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มีญาติสายตรง มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ออกกำลังกาย/ออกแรงที่มีความหนักปานกลางหรือหนักมาก 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือมากกว่า ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ความเครียด ($p < .05$) ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (backward elimination) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 50.20 มีสัดส่วนใกล้เคียงกับเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 44 ปี สูงสุด 80 ปี ($\bar{X} = 66.95$, $SD = 7.84$) มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 80.40 จบการศึกษาระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้และมีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 72.90 ผลการประเมินความเครียด (ST-5) ส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดระดับมาก 9 คะแนน จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30 รองลงมาคือ คะแนนความเครียดระดับปานกลาง 5-7 คะแนน จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 จากข้อมูลจะพบว่ากลุ่มที่มีความเครียดระดับมากและความเครียดระดับมากที่สุด จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 76

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นหลอดเลือดสมอง ($n=75$) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง ($n=150$)

ปัจจัย	ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง n (%)	เป็นหลอดเลือดสมอง n (%)	Crude OR	95%CI of OR	p-value
เพศ					
หญิง	75 (50%)	37 (49.30%)	1		
ชาย	75 (50%)	38 (50.70%)	1.027	.59-1.79	0.52 ^{NS}
อายุ					
30-59 ปี	34 (22.70%)	14 (18.70%)	1		
>60 ปี	116 (77.30%)	61 (81.30%)	1.28	0.70-2.12	0.61 ^{NS}
	$\bar{X} = 66.61$ ($SD=7.82$)	$\bar{X} = 67.64$ ($SD = 7.92$)			
รายได้					
<5,000 บาท	117 (78%)	47 (62.70%)	1		
>5,000 บาท	33 (22%)	28 (37.30%)	2.11	1.15 -3.88	0.015**

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นหลอดเลือดสมอง (n=75) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง (n=150) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง n (%)	เป็นหลอดเลือดสมอง n (%)	Crude OR	95%CI of OR	p-value
ไขมันในเลือดสูง					
ไม่เป็น	15 (10%)	34 (45.30%)	1		
เป็น	135 (90%)	41 (54.70%)	0.13	0.07 -0.27	0.000***
เบาหวาน					
ไม่เป็น	34 (22.70%)	21 (28%)	1		
เป็น	116 (77.30%)	54 (72%)	0.75	0.40-1.41	0.24 ^{NS}
โรคหัวใจ					
ไม่เป็น	149 (99.30%)	69 (92%)	1		
เป็น	1 (0.70%)	6 (8%)	12.96	1.53-109.70	0.006**
ญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต					
ไม่มี	125 (83.30%)	49 (65.30%)	1		
มี	25 (16.70%)	26 (34.70%)	2.65	1.40-5.04	0.002**
ออกกำลังกาย/ออกแรงที่มีความหนักปานกลางหรือหนักมาก 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือมากกว่า					
ใช่	20 (13.30%)	8 (10.70%)	1		
ไม่ใช่	130 (86.70%)	67 (89.30%)	1.29	0.54-3.08	0.37 ^{NS}
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	134 (89.30%)	74 (98.70%)	1		
ดื่ม	16 (10.70%)	1 (1.30%)	0.11	0.02-0.87	0.008*
สูบบุหรี่					
ไม่สูบ	146 (97.30%)	74 (98.70%)	1		
สูบ	4 (2.70%)	1 (1.30%)	0.49	0.54-4.49	0.46 ^{NS}
ดัชนีมวลกาย					
ไม่เกินมาตรฐาน	18 (12.00%)	24 (32%)	1		
เกินมาตรฐาน	132 (88.00%)	51 (68%)	0.29	0.15-0.58	0.000**
ความเครียด (ST- 5)					
ไม่เครียด	6 (4%)	13 (17.30%)	1		
เครียด	114 (96%)	62 (82.70%)	0.20	0.07-0.55	0.001**

* p-value < .05 **p-value < .01 ***p-value < .001 NS = Non significant

ตาราง 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) ของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังตัดปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ออก

ปัจจัย	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)
โรคหัวใจ	2.36	1.12	0.04	10.57	1.18-94.68
ญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
โรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต	1.42	0.44	0.001	4.14	1.76-9.73
ไขมันในเลือดสูง	2.40	0.45	0.000	0.09	0.04-0.22
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.17	1.21	0.001	0.02	0.00-0.17
ความเครียด (ST- 5)	0.24	0.08	0.005	0.79	0.67- 0.93
ค่าคงที่	2.80	0.81	0.001	16.42	

* p-value < .05 ระดับความถูกต้องของการทำนาย 82.7%

จากตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 12 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ เป็นเบาหวาน โรคหัวใจ มีประวัติญาติสายตรงเจ็บป่วย Stroke (อัมพฤกษ์) หัวใจออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และระดับความเครียด ผลการศึกษาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดสมองมี 7 ปัจจัย ดังนี้ รายได้ โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสายตรงเจ็บป่วย Stroke (อัมพฤกษ์) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และระดับความเครียด ($p < .05$) ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ เป็นเบาหวาน รอบเอวเกินมาตรฐาน การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิจาก 7 ปัจจัยมาจากตารางที่ 1 ที่พบว่า $p\text{-value} < .05$ ได้แก่ รายได้ โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสายตรงเจ็บป่วย Stroke (อัมพฤกษ์) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และระดับความเครียด พบว่า มี 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคหัวใจ ญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ไขมันในเลือดสูง ดื่มเครื่องดื่ม

ที่มีแอลกอฮอล์ และมีความเครียด ส่วนปัจจัย 2 ปัจจัย ได้แก่ รายได้ และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหัวใจ ($OR = 10.57, p < .05$) ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 10.57 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็นโรคหัวใจ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของหวังและคณะ⁶ ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) จาก 56 บทความ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.19 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็นโรคหัวใจ (Pool $OR\ 2.19, p < 0.001$) และ Sugipichcha C., Saengduan M, Supachat C, Sansanee¹³ ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่มีอายุ 15-45 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภูมิพล จำนวน 145 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความเสี่ยงสูงกว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดมาก ร้อยละ 65.3 มีความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 10.7 ซึ่งอาจมีผลต่อความดันโลหิตสูง

2. ญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ($OR = 4.61, p < .001$) ผลการศึกษานี้พบว่าคนที่มียาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาตพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4.61 เท่า ใกล้เคียงกับการศึกษาของหวังและคณะ⁶ ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษา 40 case-control พบว่าบุคคลที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.68 เท่า (Pool $OR 2.68, p < 0.001$) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้มีอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าผลการศึกษาของ Seksan C.¹⁴ ที่สรุปว่าผู้ป่วยที่มีบิดา-มารดา มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง พี่น้องสายตรง มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง บิดา-มารดา มีประวัติเป็นโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต พี่น้องสายตรง มีประวัติเป็นโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 24-90 เท่า ดังนั้นการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องที่เป็นญาติสายตรง มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติทางพันธุกรรมป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น^{7,14}

3. ไขมันในเลือดสูง ($OR = 0.755, p < .001$) ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (Low Density Lipoprotein, LDL) การที่ร่างกายมี LDL สูงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง

Carotid และภาวะไขมันในเลือดสูงที่สะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด จะทำให้เกิดขบวนการลำเลียงเลือด ส่งผลให้เกิดการตีตันของหลอดเลือดแดงหรือและเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา ที่พบบ่อย คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้⁸ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มอาการ metabolic syndrome ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะดื้อต่ออินซูลิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจะพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 4-5 เท่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมักจะเป็นเบาหวานร่วมด้วย ในคนที่เบาหวานที่มีไขมันในเลือดสูงจะไปเกาะตามผนังหลอดเลือดร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เลือดมีความหนืดและเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงทั้ง 2 โรคจะเกิดความผิดปกติของเยื่อผนังหลอดเลือดแดงแปรสภาพมีความยืดหยุ่นน้อยลง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้¹⁵ ผลงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งสรุปว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงที่แตกต่างกันทั้งระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหญิงจึงควรเน้นที่การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมเบาหวาน และการลดไขมันในเลือดชนิดไม่ดี¹⁶

4. ตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ ($OR = 0.006, p < .001$) การตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์เกินปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่มีตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์^{9,16,18} สอดคล้องกับการศึกษาของ Alloubani A, Saleh A, Abdelhafiz¹⁶ ทำการศึกษาอัตราอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 2,802 คน ในเมือง Havana และ Matanzas ประเทศคิวบา ผลการศึกษาพบว่าคนที่มียาติตีมีเครื่องตีที่มี

แอลกอฮอล์เกินปกติมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.7 เท่า (1.2-2.5) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ม่ประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะสูงเป็น 2 เท่าเมื่อผู้สูงอายุเหล่านั้นมีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโซยองกิล⁹ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 2,705,090 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4 ครั้งขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรคหลอดเลือดสมอง (HR, 1.06; 95% CI, 1.04-1.08) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของโซยองกิลที่ศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยจึงแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มที่มีอายุน้อยจะพบว่าปัจจัยทางด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคสมองขาดเลือด¹⁴ และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของหวังและคณะ⁹ ที่รายงานค่าอัตราส่วนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะการสูบบุหรี่ ไม่ปรากฏว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5. มีความเครียด (OR = 0.13, $p < .05$) ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่มีความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของโซยองกิล⁹ ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรคหลอดเลือดสมอง (HR, 1.24; 95% CI, 1.21-1.27) ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (HR, 1.37; 95% CI, 1.30-1.44) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ส่วนการศึกษาหวังและคณะ⁷ สรุพบว่าความเครียดทางจิตสังคมและภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลต่อการพัฒนาเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีประวัติโรคซึมเศร้าพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 34% ดังนั้นหากประเมินพบว่าผู้ป่วยมีความเครียด ควรมีมาตรการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ทำให้อาจไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มประชากรทั้งหมดได้นอกจากนี้การจัดกลุ่มตัวอย่างโดยจัดคู่เพศ และอายุเท่ากันไม่สามารถควบคุมปัจจัยทั้ง 12 ปัจจัยในแต่ละกลุ่มให้เท่ากัน อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ ไม่สามารถสะท้อนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติดังกล่าว ควรมีการตรวจคัดกรองโดยการตรวจเลือด Lipid profile อย่างน้อยปีละครั้ง และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการออกกำลังกายหรือออกแรง และส่งเสริมการออกกำลังกายหรือออกแรงที่มีความหนักปานกลางในกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. พยาบาล นักวิจัยหรือผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ควรศึกษาโดยการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประเมินความเสี่ยงแล้วอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วมทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

References

1. WHO. World Stroke Day 2019 [cited 2019 October 29]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day-2019>.
2. WHO. The top ten causes of death 2018 [cited 2018 May 24]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
3. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics A.D.2018. [cited 2019 October 29. [Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf.
4. 8th Public Health Region. Annual Report 2020. [cited 2021 Jan 22] Available from: <https://r8way.moph.go.th/report-2562/>. (In Thai).
5. Guo J, Guan T, Shen Y, Chao B, Li M, Wang L, et al. Lifestyle Factors and Gender-Specific Risk of Stroke in Adults with Diabetes Mellitus: A Case-Control Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2018; 27(7):1852-60.
6. Berger JS, Peterson E, Lalibert ÉF, Germain G, Lejeune D, Schein J, et al. Risk of Ischemic Stroke in Patients Newly Diagnosed with Heart Failure: Focus on Patients without Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiac Failure* 2019; 25 (6): 436-47.
7. Wang J, Wen X, Li W, Li X, Wang Y, Lu W. Risk Factors for Stroke in the Chinese Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2017; 26 (3): 509-17.
8. Somsak Tiamkao. Diabetes and Strokes. *Thai Journal of Neurology*. 2019, 35(4):59-71. (In Thai).
9. Cho Y, Lim TH, Kang H, Lee Y, Lee H, Kim H. Socioeconomic status and depression as combined risk factors for acute myocardial infarction and stroke: A population-based study of 2.7 million Korean adults. *Journal of Psychosomatic Research* 2019; 121: 14-23.
10. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. B., & Buchner, A., Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 2008. 41 (4): 1149-1160.
11. Division of Non Communicable Disease. Learning set "Reduce the risk, reduce paralysis, paralysis" for high voice group and middle-risk groups, Nonthaburi, 2009. (in Thai).
12. Department of Mental health. Stress questionnaire 5 (ST5). [cited 2021 Jan 9]. Available from <https://www.dmh.go.th/test/qtest5/>. (in Thai).
13. Sugipichcha C., Saengduan M, Supachat C, Sansanee P. Prevalence and etiologies of ischemic stroke in young patients in Bhumibol Adulyadej Hospital. *J Thai Stroke Soc*. 17 (3), 2018,5-14. (in Thai).
14. Seksan Chuanchan. Factors related to stroke disease in hypertension patients, Buengbun Hospital, Sisaket province. *Region 11 Medicine Journal*. 2015;29(2):223-35.
15. Bravata, D. M., Daggy, J., Brosch, J., Sico, J. J., Baye, F., Myers, L. J., Arling, G. Comparison of risk factor control in the year after discharge for ischemic stroke versus acute myocardial infarction. *Stroke*, 2018; 49: 296-303.

16. Suwannon J, Suwannon J. A Comparison of Risk Level, Amount, and Type of Risk Factors for Developing Stroke among Women and Men with Transient Ischemic Attack (TIA). *Rama Nurs J* [Internet]. 2017, 23(2):160-77. [cited 2021 Jan 9] Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/73559>. (in Thai).
17. Alloubani A, Saleh A, Abdelhafiz I. Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for stroke. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2018; 12 (4): 577-84.
18. Pipop D, Kamontip K, Nopphanath C. Factors Related to Health Promoting Behaviors for Cardiovascular Disease Prevention among Diabetes with Hypertension Patients in Muang District, Chachoengsao Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2021; p, 35(3):46-54. (in Thai).
19. Alloubani A, Saleh A, Abdelhafiz I. Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for stroke. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2018;12 (4): 577-84.
20. Hertz JT, Sakita FM, Limkakeng AT, Mmbaga BT, Appiah LT, Bartlett JA, et al. The burden of acute coronary syndrome, heart failure, and stroke among emergency department admissions in Tanzania: A retrospective observational study. *African Journal of Emergency Medicine* 2019;9(4): 180-4.
21. Sumaporn S., Manirat T., Nirat I., Factor related to self-management of hypertensive patients Taladkwan district health promoting hospital, Nonthaburi province 29(2):20. [cited 2021 Jan. 22] Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/28965>. (in Thai)
22. Dong J-Y, Zhang Y-H, Tong J, Qin L-Q. Depression and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Stroke* 2012; 43 (1): 32-7.
23. Bailey RR, Phad I, McGrath R, Haire-Joshu D. Prevalence of five lifestyle risk factors among U.S. adults with and without stroke. *Disability and Health Journal* 2019;12(2019):323-7.
24. Ramírez-Moreno JM, Alonso-González R, Peral-Pacheco D, Millán-Núñez MV, Aguirre-Sánchez JJ. Stroke Awareness Is Worse among the Old and Poorly Educated: A Population-Based Survey. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015;24(5):1038-46.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี
Factors Influencing Falls Prevention Behavior Among the Elderly
in Thapthan District, Uthaitхани Province

Received: Dec 13, 2020
Revised: Apr 10, 2021
Accepted: Apr 21, 2021

ณัฐชา พวงทอง ส.ม. (Nutchaya Pongthong, M.P.H.)¹
อรรณณ กิริติโรจน์ วท.ด. (Orawan Keeratisiroj, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดีของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่มาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของผู้สูงอายุและช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี

ระเบียบวิธี: กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 349 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและเครื่องมือการประเมินการหกล้ม แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis)

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุร้อยละ 89.7 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 53.32$, $SD = 4.20$) โดยอายุ (Adj. OR = 5.90, 95%CI = 1.50-23.40, $p = 0.012$) การประกอบอาชีพ (Adj. OR = 3.14, 95%CI = 1.15-8.62, $p = 0.026$) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม (Adj. OR = 6.40, 95%CI = 2.10-19.63, $p = 0.001$) การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (Adj. OR = 11.27, 95%CI = 1.18-107.89, $p = 0.036$) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Adjusted OR=5.31, 95%CI = 2.06-13.71, $p = 0.001$) และสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก (Adjusted OR=9.51, 95%CI = 3.15 - 26.58, $p = 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผล: อายุ การประกอบอาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม การได้รับข้อมูลข่าวสาร และความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงวัยก่อนสูงอายุและสำหรับวัยสูงอายุเพื่อแก้ไขปัญหาและบริการทางสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม, การหกล้ม, ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก E-mail: donut_pretty36@hotmail.com

² Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก E-mail: orawansa@nu.ac.th

^{1,2} Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand

Abstract

Introduction: Good fall prevention behavior among the elderly is essential in preventing and reducing the risk factors of both internal and external falls and these help to promote the quality of life for the elderly.

Research objectives: This cross-sectional descriptive study aimed to investigate fall prevention behavior in older adults. Also, the influencing factors of falls prevention behavior among older people living in Thap Than District, Uthai Thani Province were examined.

Research methodology: A sample consisted of 349 older adults aged 60 years and over. Data were collected using interviews. The instruments consisted of a set of questionnaires, including personal data, fall assessment tool, health beliefs questionnaire, questionnaires of factors leading to the practice, house environmental questionnaire, and fall prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. Binary logistic regression analysis was used to assess factors influencing fall prevention behavior.

Results: About 89.7% of participants reported that they had a good level of fall prevention behaviors ($\bar{X} = 53.32$, $SD = 4.20$). Age (Adj. OR = 5.90, 95%CI = 1.50-23.40, $p = 0.012$), employment (Adj. OR = 3.14, 95%CI = 1.15-8.62, $p = 0.026$), perception severity (Adj. OR = 6.40, 95%CI = 2.10-19.63, $p = 0.001$), perception barriers (Adj. OR = 11.27, 95%CI = 1.18-107.89, $p = 0.036$), access to information (Adjusted OR=5.31, 95%CI = 2.06-13.71, $p = 0.001$), and safety of a residential environment, both internal and external (Adjusted OR=9.51, 95%CI = 3.15 - 26.58, $p = 0.001$) were statistically significant factors influencing fall prevention behavior of the elderly.

Conclusions: age, occupation, perceived severity of falls, perceived barriers to practice of fall prevention behavior, information exposure, and safety of housing were factors influencing fall prevention behavior in the elderly.

Implications for practice: Healthcare organization should promote and prepare for a pre-aging period and elderly to solve health problems and health services in accordance with elderly need. Precedence to the correct behavior and the daily life of the elderly should be given.

Keywords: Fall prevention behavior, Fall, Elderly

บทนำ

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้โครงสร้างอายุของประชากรโลกกำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรโลกมีจำนวน 7,713 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 1,016 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัย” แล้ว¹ โดยปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือการหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายและการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่นับวันจะเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มหกล้ม ร้อยละ 28-35 ต่อปี และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่ออายุก้าวเข้าสู่ปีที่ 70 เป็นต้นไป นั่นคือ ความเสี่ยงของการหกล้มจะยิ่งมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือมีโรคประจำตัว เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีปัญหาเรื่องการทรงตัว²

จากรายงานการพยากรณ์การหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งศึกษาการหกล้มของผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลา 6 เดือน พบว่าความชุกของการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 18.5 โดยเพศหญิงมีการหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.5 เท่า ซึ่งเพศหญิง ร้อยละ 55 หกล้มในบริเวณบ้านและบริเวณรั้ว ขณะที่เพศชายร้อยละ 60 หกล้มนอกบริเวณบ้าน ในขณะที่เดินทาง และในสถานที่ทำงาน³ โดยภายหลังการหกล้มพบว่ามีผลแทรกซ้อนคือ ผู้สูงอายุที่หกล้มประมาณร้อยละ 5-10 จะมีการบาดเจ็บรุนแรง โดยประมาณร้อยละ 3.5-6 ของการหกล้มอาจทำให้ภาวะกระดูกหัก การบาดเจ็บของสมอง หรือที่ผิวหนังอย่างรุนแรง ในด้านผลกระทบระยะยาวเมื่อติดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี มีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 และสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 25-75 จากเหตุการณ์ดังกล่าว อาจส่งผลทำให้เกิดกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพิ่มมากขึ้น ส่วนผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต คือ ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะเกิดความกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน โดยพบว่าร้อยละ 30-73 มีอาการกลัวการหกล้มจนทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เคย

มีประวัติหกล้มมาก่อน จึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี⁴ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุ และสังคม เช่น ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของญาติ ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น

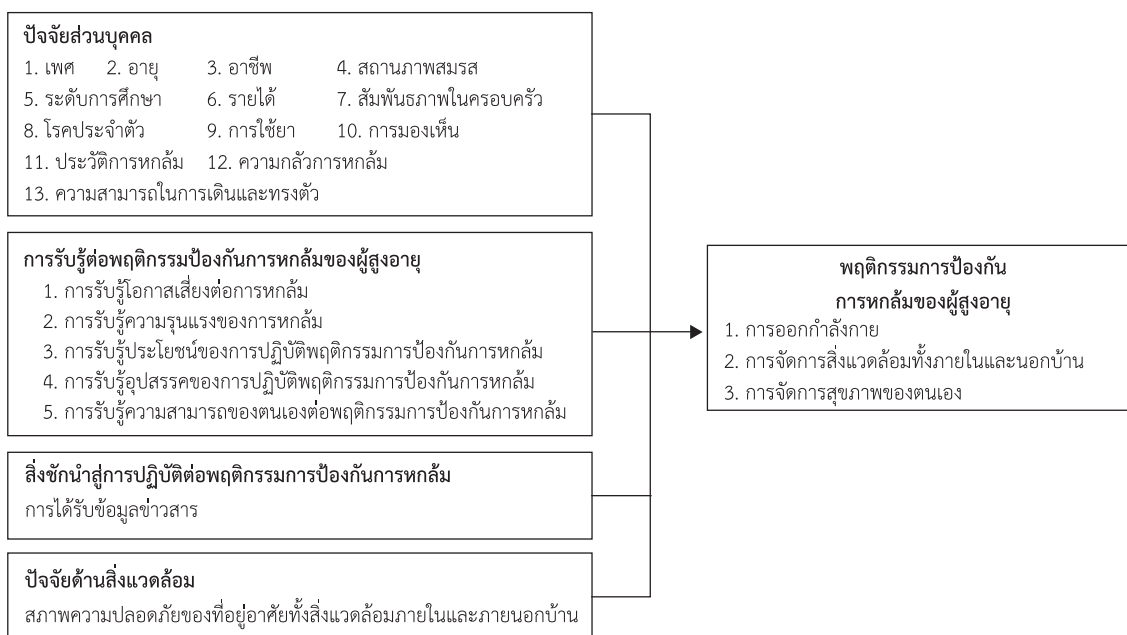
ดังจะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการหกล้มส่งผลต่อผู้สูงอายุและครอบครัว การค้นหาวิธีการป้องกันเพื่อป้องกันการหกล้มเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลของผู้สูงอายุ⁵⁻⁹ การป้องกันการหกล้มจึงควรเป็นการดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁰ มาประยุกต์ใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Sarapun⁷ ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ต่อการป้องกันการหกล้มตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม นอกจากนี้การศึกษาของ Sorysang และคณะ¹¹ ซึ่งศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ชุมชนมิตรภาพพัฒนา พบว่าแนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการคือ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุต้องอาศัยทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกร่วมกันเพื่อลดปัญหาการหกล้มที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเอง จากที่กล่าวมาข้างต้น พฤติกรรมป้องกันการหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการป้องกันการหกล้มที่อาจจะเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุ และยังช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุนอกจากจะช่วยลดอันตรายจากการบาดเจ็บต่อร่างกายของผู้สูงอายุแล้ว ยังช่วยลดผลกระทบที่เกิดทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัวการหกล้ม หรืออาการวิตกกังวล ลดจำนวนผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือลดจำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง²

สำหรับอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี เป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริง จำนวน 7,572 คน (ร้อยละ 24.8) ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม 6,624 คน และพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 4.1 และเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของจังหวัดซึ่งพบผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 5.1 จะเห็นได้ว่าอำเภอทพทันมีอัตราผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มน้อยกว่าในระดับจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอทพทันถือเป็นตำบลผู้สูงอายุต้นแบบของจังหวัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรผู้สูงอายุของอำเภอทพทันอาจมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดี¹² แต่ในขณะเดียวกันจากรายงานสถิติการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทพทันในช่วง 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2556-2560 พบว่า ผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการหกล้มมารับการรักษาในโรงพยาบาลทพทัน มีจำนวนคนต่อครั้ง คือ 234/279, 214/241, 234/279, 256/287 และ 314/364 ตามลำดับ¹³ จากรายงานจะเห็นว่าตัวเลขการหกล้มของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และมีการหกล้มซ้ำเกิดขึ้น ซึ่งผลกระทบจากการหกล้มของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญและส่งผลในระยะยาว

ต่อคุณภาพชีวิต ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพหรือพัฒนานโยบายสุขภาพของชุมชนต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม⁵⁻⁶, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม⁷⁻⁹ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้ม¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁰ ซึ่งกล่าวว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค ต้องเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ และเนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สามารถ



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เกิดได้จากการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ จึงได้นำมาใช้ในการทำนายและเพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 7,572 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ศึกษาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง 4) สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวได้ปกติ โดยการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ต้องการออกจากการศึกษาในระหว่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) มีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน เช่น เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม เป็นต้น ซึ่งได้มาโดยวิธีคำนวณ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของ Wayne W.,D. (1995) เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษา N คือจำนวนประชากร เท่ากับ 7,572 คน

$$\text{สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง } n = \frac{N\sigma^2 z_{\alpha/2}^2}{[e^2(N-1)] + (\sigma^2 z_{\alpha/2}^2)}$$

และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับค่า σ^2 ซึ่งคือค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 166 คน และนำมาคำนวณเพื่อปรับค่าความแปรปรวนจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster) โดยคำนวณ $n_{adj} = n \times deff$ กำหนด $deff = 2$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 332 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 ของขนาดตัวอย่าง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้จำนวน 350 คน และได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เพื่อได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือในการวิจัย

1) ข้อมูลทุติยภูมิ จากการคัดกรองประจำปีของผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index)

2) ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบทดสอบมาตรฐาน แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อและเครื่องมือประเมินการหกล้ม ได้แก่ แบบประเมินความกลัวการหกล้มใช้แบบวัดความกลัวการหกล้ม (Thai Falls Efficacy Scale-international: Thai FES-I) ซึ่งแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดย Thiamwong¹⁶ และแบบประเมินความสามารถในการเดินและทรงตัว (ประเมินโดยใช้ Timed Up and Go Test : TUG) เป็นการประเมินการทรงตัวของผู้สูงอายุในขณะเคลื่อนไหวร่างกายได้ตัดแปลงมาจากแบบทดสอบการก้าวเดินของ Podsiadlo และ Richardson¹⁷ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 2.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ 2.2) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ

2.3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ 2.4) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ และ 2.5) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จำนวน 5 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามเรื่องสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบ คือ ใช่หรือไม่ใช่ และส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน และด้านการจัดการสุขภาพของตนเอง จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดลองใช้กับผู้สูงอายุในอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครสวรรค์ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Conbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ 5 ด้าน เท่ากับ 0.72, 0.81, 0.79, 0.83 และ 0.70 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เท่ากับ 0.82 ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.72 และส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.76

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0814/61 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบก่อนการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยแบบสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการ

ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการ หรือการรักษาที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย โดยการคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย เลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขของพื้นที่ตำบลที่เป็นตัวอย่าง แห่งละ 5 คน รวม 20 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ และคัดเลือกหัวหน้าทีมผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แห่งละ 1 คน เพื่อช่วยติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละพื้นที่ตำบลและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งกลับมา รวมผู้ช่วยนักวิจัยทั้งสิ้น 24 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการอบรมผู้ช่วยนักวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบมาตรฐานอย่างละเอียด และหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยผู้วิจัยจะอธิบายให้ผู้ช่วยนักวิจัยเข้าใจอย่างถูกต้องตรงกัน มีการติดตามผู้ช่วยนักวิจัยเป็นระยะ ๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเก็บแบบสัมภาษณ์คืนจากผู้ช่วยนักวิจัย และตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลแก่ผู้นำชุมชน หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ และชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลและลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูลด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง พร้อมทั้งนัดหมายช่วงเวลาเก็บแบบสัมภาษณ์คืนในวันเดียวกัน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้คืนจำนวน 350 ฉบับ ครอบคลุมตามจำนวนแบบสัมภาษณ์ที่แจกไป ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้บันทึกเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้

สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการ หกล้ม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) กำหนดระดับนัย สำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอค่า Crude Odds Ratio และ Adjusted Odds Ratio พร้อมด้วย 95% ช่วงเชื่อมั่น

ผลการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 349 คน มีกลุ่ม ตัวอย่างที่ถูกคัดออกจำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถทดสอบ ตามแบบประเมินการเดินและการทรงตัวได้ ดังนั้นเหลือ ตัวอย่างที่ถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 349 คน ผลการ ศึกษาพบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับ คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.2) เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 57.6) และมีอายุอยู่ระหว่าง 60-64 ปี (ร้อยละ 28.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 54.6) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 84.8) ไม่ได้ประกอบ อาชีพ (ร้อยละ 41.8) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 87.7) โดยผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ลูกหลาน (ร้อยละ 59.6) และดูแลตนเองเป็นหลัก (ร้อยละ 33.5)

ข้อมูลด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้สูง อายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.2) ส่วนใหญ่ มียาที่ใช้ประจำ 1 ชนิด (ร้อยละ 49.6) มีความสามารถในการมองเห็นชัดเจน (ไม่ใส่แว่น) (ร้อยละ 51.6) ไม่เคยมี ประวัติการหกล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 65.6) และเมื่อประเมินความกลัวการหกล้ม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบ ประเมิน Thai-FES-I¹⁶ ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามความกลัว การหกล้มของ Tinetti และคณะ¹⁸ พบว่าส่วนใหญ่ไม่กลัว การหกล้ม (ร้อยละ 63.3) และจากการประเมินความสามารถ ในการเดินและการทรงตัวซึ่งประเมินโดยใช้วิธี Timed Up and Go Test¹⁷ ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเดินและการทรงตัวดี (ร้อยละ 55.3)

ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.3) การรับรู้ความรุนแรงของการ หกล้มอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.4) การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.6) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.0) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม ป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.6) โดยคะแนน เฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X} = 21.02$, $SD = 2.81$) และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำสุด ($\bar{X} = 18.57$, $SD = 3.26$)

ปัจจัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการ หกล้มอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 60.3) โดยแหล่งข้อมูลที่ ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม เป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากอสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 80.6)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความปลอดภัยของสภาพที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 46.0)

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 90.0 มีพฤติกรรมป้องกันการ หกล้มโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาออกเป็น รายด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วน ใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 37.2) และ ระดับดี (ร้อยละ 32.1) ไกล่เคียงกัน ตามลำดับ ด้านการจัดการ สิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 89.7) และด้านการจัดการสุขภาพของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 98.0)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวด้วยสถิติ Binary logistic regression analysis มี 11 ตัวแปร ที่มีค่า p-value < 0.25 ได้แก่ อายุ (ช่วงอายุ 70-79 ปี) อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ความเสี่ยง ต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้

อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความปลอดภัยของสภาพที่อยู่อาศัย ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก หลังจากนั้นนำ 11 ตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Wald Test พบว่ามี 7 ตัวแปรที่อยู่ในสมการสุดท้าย โดยมี 6 ตัวแปร

ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ การประกอบอาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($n=349$)

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกัน		OR _{clude} (95% CI)	OR _{adjust} (95% CI)	p-value
	การหกล้ม				
	ดี n(%)	ไม่ดี n(%)			
อายุ					
80-89 ปี	38 (86.4%)	6 (13.6%)		Reference	
70-79 ปี	120 (92.3%)	10 (7.7%)	1.90 (0.65-5.56)	5.90 (1.50-23.40)	0.012*
60-69 ปี	156 (89.1%)	19 (10.9%)	1.30 (0.49-3.47)	1.130 (0.31-4.17)	0.855
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า	147 (93.0%)	11 (7.0%)		Reference	
สมรส/คู่	167 (87.4%)	24 (12.6%)	0.52 (0.25-1.190)	0.42 (0.15-1.15)	0.090
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	127 (87.0%)	16 (7.9%)		Reference	
ประกอบอาชีพ	187 (92.1%)	19 (13.0%)	1.75 (0.87-3.53)	3.14 (1.15-8.62)	0.026*
การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม					
ต่ำ-ปานกลาง	45 (77.6%)	13 (22.4%)		Reference	
สูง	269 (92.4%)	22 (7.6%)	3.53 (1.66-7.51)	6.40 (2.10-19.63)	0.001**
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม					
สูง	12 (80.0%)	3 (20.0%)		Reference	
ต่ำ	93 (86.9%)	14 (13.1%)	2.90 (0.75-11.24)	11.27 (1.18-107.89)	0.036*
ปานกลาง	209 (92.1%)	18 (7.9%)	1.66 (0.42-6.63)	6.24 (0.67-58.16)	0.108
การได้รับข้อมูลข่าวสาร					
น้อย-ปานกลาง	114 (82.6%)	24 (17.4%)		Reference	
มาก	200 (94.8%)	11 (5.2%)	3.8 (1.81-8.10)	5.31 (2.06-13.71)	0.001**
สภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก					
น้อย	53 (67.9%)	25 (32.1%)		Reference	
ปานกลาง	103 (92.8%)	8 (7.2%)	6.10 (2.56-14.39)	9.15 (3.15-26.58)	<0.001**
มาก	158 (98.8%)	2 (1.3%)	37.26 (8.54-162.64)	60.62 (12.21-300.94)	<0.001**

* $p\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดอุทัยธานี ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน การวิจัย ดังนี้

พฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม โดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อแยกผลวิเคราะห์พฤติกรรม รายด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่มี พฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้และระดับดีใกล้เคียงกัน ด้านการ จัดการสิ่งแวดล้อมและด้านการจัดการสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่ก็มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้อาศัยอยู่ในอำเภอต้นแบบผู้สูงอายุ ซึ่งมี กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของโครงการไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อยของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินสุขภาพ การให้ความรู้การ ฝึกทักษะต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการประเมิน ความเสี่ยงการหกล้ม และการป้องกันการหกล้ม นอกจากนี้ ยังได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ในพื้นที่อย่างทั่วถึง เช่น การมีหมอครอบครัวในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มี อสม.ประจำชุมชนในการเป็นตัวช่วยส่งเสริมและป้องกัน ความรู้ด้านสุขภาพ โดย อสม.ทำหน้าที่ผู้ช่วยของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการเผยแพร่ความรู้ชุมชน คอยติดตามรายงาน สถานะสุขภาพของคนในชุมชน และรวมถึงการมีผู้นำและ ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งที่ได้ให้ความสำคัญของสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม ด้านการป้องกันการหกล้มอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Pholin¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ชุมชนที่ศึกษามีศูนย์ สุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง โดยประกอบด้วยทีมพยาบาลเยี่ยม พนักงนสุขภาพชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และ อสม.ประจำชุมชน มีความเข้มแข็งในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกัน โรค กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 60.8 จึงมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูง

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่

0.05 ซึ่งการศึกษาค้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) จะมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ต่ำกว่าผู้สูง อายุที่มีช่วงอายุตอนปลาย (80-89 ปี) 5.9 เท่า และช่วงอายุ ตอนต้น (60-69 ปี) จะมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุตอนปลาย (80-89 ปี) 1.1 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้ม การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการทํากิจกรรมทางกายลดลง นั้นรวมถึงพฤติกรรม การออกกำลังกายซึ่งเป็นกิจกรรมที่ สามารถสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันการหกล้มก็จะลดลง ไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahakote¹⁹ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุตอนต้น (60-69 ปี) พบว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับดี เนื่องจากช่วงอายุตอนต้นนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลง สภาวะทางกายภาพไม่มาก จึงยังมีความสามารถช่วยเหลือ ตนเองหรือทํากิจกรรมต่าง ๆ ได้นั่นเอง แต่ไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาหลายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของ Pongpaew⁹ ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เนื่องจากในการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ได้คะแนนเต็ม 20 คะแนน (ร้อยละ 89.4) การแสดงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุ จึงไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ Muangsiri²⁰ ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เช่นเดียวกัน การศึกษาค้นวิจัยพบว่า การประกอบอาชีพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพจะมีพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบ อาชีพ 3.1 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพจะ เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเรียกว่าเกิดกิจกรรมทางกาย²¹ ถือเป็นการออกกำลังกายทางอ้อม โดยในการศึกษาค้นนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งลักษณะของ อาชีพมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดการยืดหดตัวของกล้ามเนื้อ มากกว่าปกติและต่อเนื่อง ถือเป็นรูปแบบการเกิดกิจกรรม ทางกายขณะอยู่ในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Saejiw²² ที่ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ พบว่า

กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความหนักเพียงพอ และระยะเวลาที่มากพอจะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้กิจกรรมนั้นต้องไม่หนักมากเกินไป และผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุให้แข็งแรง ดังนั้นการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายถือว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongpaew⁹ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับต่ำถึงปานกลาง 6.4 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการหกล้มว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง เกิดความพิการ และรุนแรงที่สุดคือเสียชีวิตได้ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้มหรือผลของการหกล้ม มีผลทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มมากขึ้น¹⁵ ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มและรับรู้อันตรายของการหกล้ม จึงส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา สาระพันธ์⁷ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pimdee²³ พบว่าการให้ความรู้จะทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม และสอดคล้องกับ Gardiner และคณะ²⁴ ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ผลกระทบและอันตรายจากการหกล้มจะสามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

ในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูง 11.3 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านอุปสรรคระดับต่ำจะมองว่าการค้นหาแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เป็นสิ่งที่ตัวผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้โดยง่าย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสามารถหาทางจัดการเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarapun⁷ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยถึงปานกลาง 5.31 เท่า เนื่องจากผู้ที่สูงอายุได้รับข่าวสารการป้องกันการหกล้มจากแหล่งต่างๆ ผู้สูงอายุจะเกิดการรับรู้แนวทางที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะสามารถป้องกันการหกล้มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarapun⁷ พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการหกล้มมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pongpaew⁹ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ต่างกัน ทำให้พฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า สภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านที่มีสภาพความปลอดภัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านระดับมาก (OR = 60.62) และระดับปานกลาง (OR = 9.15) มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านที่มีสภาพความปลอดภัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านระดับน้อย เนื่องจากถ้าสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุมีความปลอดภัยมาก ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดการ

หกล้มน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodseeda²⁵ พบว่า สาเหตุของการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลคือสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเป็นสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน เช่น พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย สิ่งก่อสร้างภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม สภาพภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sorysang¹¹ พบว่า แนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongpaew⁹ พบว่า ความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยทั้งภายในและภายนอก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มโดยรวมของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะนำผลวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมนโยบายการเตรียมความพร้อมป้องกันการหกล้มตั้งแต่ช่วงวัยก่อนเข้าสู่สูงอายุและวัยสูงอายุเพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมหรือจัดบริการทางสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ มุ่งเน้นความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการหกล้ม เช่น การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม และกิจกรรมการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมที่ถูกต้อง และให้ผู้สูงอายุเกิดการปฏิบัติจริงที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ทำท่าทางการออกกำลังกายที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อ การแนะนำปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ

การแต่งกายที่เหมาะสมตามวัยสูงอายุ และไม่เสี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อวัยสูงอายุ เป็นต้น โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และสามารถช่วยเหลือตนเองได้

2. ควรมีการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยให้กับหน่วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการอ้างอิง ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อนำมากำหนดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยสูงอายุ เพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มที่มีประวัติการหกล้มและกลุ่มที่ไม่มีประวัติหกล้มโดยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อหาความแตกต่างของการรับรู้และเพื่อหาแนวทางสร้างกิจกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ และศึกษาปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น บทบาทของครอบครัว ผู้ดูแล หรือชุมชน บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of The Thai Elderly 2019. 1st ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Co., Ltd.; 2020. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Ya Kan Lome: Fall prevention guide for the elderly. 3rd ed. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2015. (in Thai).
3. Srichang N, Kawee L. Forecasting reports of falls among the elderly (age 60 years and older) in Thailand, 2017-2021. Nontaburi: Division of Non-Communicable Diseases, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health; 2016. (In Thai).

4. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Prevention Practices Assessment of falls in the elderly. 1st ed. Nontaburi: Sintavee printing; 2019. (in Thai).
5. Boonpleng W, Sriwongwan W, Pattana S. Rate and associated factors for falls among elderly people: Chaopraya Waterfront Community in Nonthaburi Province. *J Nurs Sci* 2015;33(3):74-86. (in Thai).
6. Samgampang T, Nathapindhu G. Factors related to the accidental incidence of elderly in Kham Pom Sub-district, Prayuen District, Khon Kaen. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen* 2011;18(1): 61-69. (in Thai).
7. Sarapun A, Sirisopon N, Kainaka P, Onsiri S, Outayanik B, Threrawachjareanchai S, et al. Factors related to a fall prevention behaviors of elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18: 215-22. (in Thai).
8. Lakman K. Perception and self-care behavior for falls prevention in elderly, Thakhumngoen Sub-district, Mae Tha District, Lamphun Province [Master of Public Health]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. (in Thai).
9. Pongpaew S. Predictive factors of fall prevention behaviors among olderadults, Nontaburi Province. *J Gerontol Geriatr Med* 2013;14(2):11-20. (in Thai).
10. Rosenstock I M. The health belief model and preventive health behavior. *health education monographs* 1974;2(4),354-86.
11. Sorysang L, Khompraya J, Natetanasombut K. A study of fall prevention guideline in older adult living in Mitraphappatana Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(1): 122-29. (in Thai).
12. Uthai Thani Provincial Public Health Office. Government documents [Internet]. 2017 [[cited 2017 Sep 18]. Available from: <http://uthaihealth.moph.go.th/uthaihealth/showmtdoc.php?mid=10>.
13. Thap Than Hospital. Government documents [Internet]. 2017 [[cited 2017 Sep 18]. Available from: <http://203.157.212.3/ustat/thdcopdcause.php>
14. Pholin T, Jitramontree N, Wirojratana V. The relationships between personal factors, health status, fear of falling, and fall preventive behaviors of community dwelling older persons. *Jornal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2017;29(1):36-50. (in Thai).
15. Phongphanngam S. falls, fear of falling, and activity avoidance due to fear of falling among Thai Community-dwelling older adults living in Suburban Chiang Mai Thailand. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(1):22-38. (in Thai).
16. Thiamwong L. Psychometric testing of the falls efficacy scale-international (FES-I) inThai older adults. *Songkla Med J* 2011;29:277-87. (in Thai).
17. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* (1991);39(2):142-48.

18. Tinetti M, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* 1990;45(2): 119-122.
19. Mahakote S, Khungtumneam K, Kompayak J. Factors related health promoting behaviors in elderly people: a case study in a Crowded Community, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(2):225-33. (in Thai).
20. Muangsiri K, Maharachpong N, Rodjarkpai Y. Factors relating the behavior of fall prevention among elderly in Chonburi Province. *Naresuan University Journal: Science and Technology* 2017;25(4):23-3. (in Thai).
21. Chantakeeree C. Promoting Exercise Behavior for Vulnerable Elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016;24(2):1-13. (in Thai).
22. Saejiw W. Physical activity and physical fitness of elderly active in Chonburi Province [Master of Science in EXERCISE AND SPORT SCIENCE]. Chonburi: Burapha University; 2016 (in Thai).
23. Pimdee A. Effectiveness of Health Education Program by application Health Belief Model and Social Support with Paslop dancing exercise for Falling Prevention in Pre-Elderly Thai Female, Roi-Et Province [Master of Public Health Thesis in Health Education and Health Promotion]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. (in Thai).
24. Gardiner S, Glogowska M, Stoddart C, Pendlebury S, Lasserson D, Jackson D. Older people's experiences of falling and perceived risk of falls in the community: A narrative synthesis of qualitative research. *Int J Older People Nurs* 2017;12(4)
25. Rodseea P. Fall prevention among the elderly living in a community: the nursing role in home health care. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2018;11(2):15-25.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

The Effects of Promoting an Individual and Family Self-Management Program on the Control of Sugar level Behavior and Accumulated Blood Sugar Levels among Type 2 Diabetic Patients

Received: Mar 8, 2021
Revised: Apr 7, 2021
Accepted: Apr 28, 2021

ทรงกรรณ ศฤงคาร, พย.ม. (Songkrot Saringkarn, M.N.S.)¹
มยุรี นิรัตธารอด, ปร.ด. (Mayuree Nirattharadorn, Ph.D.)²
ปริยัมกล รัชณกุล, ปร.ด. (Pregamol Rutchanagul, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมให้เป็นปกติได้ย่อมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 3) เครื่องตรวจระดับ HbA1c วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ dependent t test และ independent t test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p < .05$) และมากกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมฯ ($p < .05$) รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p < .05$) และน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมฯ ($p < .05$)

สรุปผล: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมีการจัดการร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: songkrot017@nurse.tu.ac.th

²Corresponding author, ^{2,3}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

E-mail: nmayuree@tu.ac.th, ³E-mail: pregamol@nurse.tu.ac.th

^{1,2,3}Faculty of Nursing, Thammasat University Rangsit Campus, Pathumthani, Thailand.

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวร่วมกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that requires ongoing care. If diabetic patients are unable to control their accumulated blood sugar level in a normal level, it can lead to complications which effect both diabetic patients themselves and their families.

Research objectives: To examine the effects of promoting an individual and family self-management program on the sugar-level-control behavior and accumulated blood sugar levels among type 2 diabetic patients.

Research methodology: This study employed a two-group pretest and posttest quasi-experimental design. Sixty adolescents living with type 2 diabetes and their families participated in this study. To be eligible for the study, the participant had to meet the following criteria: (a) have a diagnosis of type 2 diabetes mellitus (DM); (b) report accumulated blood sugar level of 7 and higher; (c) 30-59 years of age; (d) receive healthcare services at the chronic diseases clinic, primary care unit of a private hospital in Bangkok area; and (e) consent to participate. They were randomly assigned to the experimental and control groups, with 30 participants in each group. The experimental group received the individual and family self-management program, while the control group received a conventional care. Data was collected using the following instruments: (1) a general information questionnaire; (2) a questionnaire of a sugar level control behavior, and 3) HbA1c level tester. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, dependent t-test, and independent t-test.

Results: the study found that significant improvement by experimental group participants between baseline and follow-up was found for sugar level control behavior ($p < .05$). At follow-up, between-group significant difference of sugar level control behavior was found ($p < .05$). Moreover, among the participants in the intervention group, an accumulated blood sugar level at follow-up was found to be significantly lower than baseline ($p < .05$). At follow-up, between-group significant difference was also found on an accumulated blood sugar level ($p < .05$). Conclusion: Individual and family self-management program has an impact on diabetic patients and their families, especially on the enhancement of self-management behavior to control accumulated blood sugar levels which resulting in lower accumulated blood sugar levels

Implications for practice: Healthcare providers should promote family management and self-care management to diabetic patients to control accumulated blood sugar levels.

Keywords: Individual and family self-management program, type 2 diabetes patients, sugar level control behavior, accumulated blood sugar level

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยพบแนวโน้มอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.40, 6.60, 6.64, 7.08 และ 7.41 ตามลำดับ โดยร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีเพียงร้อยละ 11.68, 15.66, 19.76, 23.00 และ 26.90 ในปีเดียวกันตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปและพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมาได้¹⁻² ผลกระทบจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือมีบทบาทหน้าที่มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้³ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน^{1-2,4}

การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในเรื่องสำคัญคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด^{1,4-6} แต่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ทั้งนี้เพราะยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประกอบด้วยปัจจัยในตัวผู้ป่วย และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยในตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การกำกับตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{1,7-9} ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนของครอบครัว¹⁰ โดยพบว่าปัจจัยสำคัญในตัวผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

รวมทั้งการฝึกทักษะการกำกับตนเองในการจัดการตนเองเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาล แต่เนื่องจากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ เป็นผลมาจากหลายปัจจัยไม่เพียงปัจจัยส่วนบุคคลเท่านั้น ยังมีอิทธิพลจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นบริบทที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย¹¹ ที่มีส่วนสำคัญในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งการสื่อสารโดยตรงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการให้กำลังใจ อันจะเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความมั่นใจมีกำลังใจในการควบคุมโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้น¹²⁻¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีโครงการในรูปแบบต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่จากการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่มีเกณฑ์ HbA1c น้อยกว่า 7% มีเพียงร้อยละ 32.6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาส่วนมากมุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานมีส่วนน้อยที่มีครอบครัวร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย¹⁵ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องอาศัยเพียงการจัดการตนเองของผู้ป่วยจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจัดการตนเองได้ โดยการช่วยเหลือสนับสนุนที่สำคัญในการจัดการตนเองของผู้ป่วยคือการได้รับการสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวหรือการจัดการของครอบครัว^{13,16} นอกจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว¹⁵ ยังพบว่าพฤติกรรมออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียดก็ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ในงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาโดยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติผ่านกระบวนการจัดการตนเองและครอบครัวทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการจัดการความเครียด นอกจากนี้ในงานวิจัยนี้ยังสนับสนุนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างมีแบบแผนในกระบวนการเรียนรู้การจัดการตนเอง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานไม่ดี พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลใน

เลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในบริบทของการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีบทบาทและหน้าที่ในการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยในสถานพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวโดยการนำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-management Theory) ของ Ryan และ Sawin¹³ ในด้านกระบวนการจัดการตนเองมาใช้กำหนดกิจกรรมภายในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีความเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวจะสามารถจัดการตนเองให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องและยอมรับความเชื่อทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของตนเอง ภายใต้เงื่อนไขว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง ได้แก่ ด้านความรู้และความเชื่อ ด้านการฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง และด้านการอำนวยความสะดวกทางสังคมเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลมีประสิทธิภาพที่ดีจากการได้รับการอำนวยความสะดวกทางสังคมและได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้แก่ การรับประทานอาหารโดยควบคุมการรับประทานอาหารดัชนีน้ำตาลสูงและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายต่อเนื่องและสม่ำเสมอทำให้ความไวต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น เซลล์ร่างกายมีการเผาผลาญกลูโคสในกระแสเลือด การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และมีการจัดการความเครียดทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลง กระบวนการย่อยสลายน้ำตาลลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษามลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกปฐมภูมิ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณค่า effect size จากการศึกษาของ Intaboot Kalampakorn และ Pichayapinyo¹⁸ เท่ากับ 0.8 ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 มีค่าอำนาจการทดสอบ 0.8 โดยใช้โปรแกรม G*Power analysis ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 15 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกจากทะเบียนผู้ป่วยตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รับประทานยาโดยการรับประทานยา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประเมินจากผลการตรวจค่าระดับ HbA1c ครั้งล่าสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ตรวจภายใน

1 เดือนที่ผ่านมา หรือมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 130 มก./ดล. ติดต่อกัน 2 ครั้งสุดท้าย มีอายุระหว่าง 30-59 ปี ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และมีสมาชิกในครอบครัว อายุ 20 ปี ขึ้นไป สามารถให้การดูแลและนำผู้ป่วยร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ อ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด หรือมีเหตุจำเป็นทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลา ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะโลหิตจาง ทำการสุ่มโดยการนำรายชื่อจากการคัดเลือกมาเรียงลำดับกำหนดช่วงการสุ่มไม่เกินวันละ 10 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวรูปแบบการจัดการกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin¹³ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมความควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมความควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด จำนวนทั้งหมด 40 ข้อ ทดสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้เท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน เท่ากับ .81 และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มีการสอบเทียบและบำรุงรักษา โดยบริษัทผู้นำเข้าเครื่องตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ตามมาตรฐาน National Glycohemoglobin Standard Program (NGSP) และ International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) ทุก 3 เดือน ตรวจสอบภายใน ทำทุกครั้งก่อนมีการทดสอบ (Internal Quality Control) ตรวจสอบภายนอกทุก 2 เดือน (External Quality Control)

โดยใช้เครื่องเดียวกันและผู้ตรวจคนเดียวกันตลอดการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการณ์ทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการของครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของ Thuntira-sopanukul Wacharasin และ Deoisres³ ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด เท่ากับ .97 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เลขที่ 027/2563 รหัสโครงการวิจัย 001/2563 เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2563 และได้รับการอนุมัติในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารโรงพยาบาล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการสำรวจและคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้มีความเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง อายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ทำระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากทะเบียนนัด แล้วนำรายชื่อมาเรียงลำดับและทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 60 ครอบครัว ติดต่อกันนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันพุธและกลุ่มทดลองในวันพฤหัสบดีที่คลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มและดำเนินการดังนี้

- 2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติโดยในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลตามเครื่องมือ จากนั้นภายหลังสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8 จะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวในกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานสนใจเข้าร่วมโปรแกรม

2.2 กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 สถานที่ ห้องประชุม แหล่งเก็บข้อมูล

กิจกรรมได้แก่ ขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลตามเครื่องมือ แจ้งผลตรวจ HbA1c ประเมินโดย

เทียบกับแผ่นป้ายป้องกันจากรังสี 7 ซี เพื่อรับทราบความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน รับรู้ประสบการณ์ตรงโดยกำหนดให้ผลการประเมินป้องกันจากรังสี 7 ซี สัมผัสให้มีผลที่เท่า (ใช้ผ้าขูดติดสก็อตเทปใสปิดที่ผ้าเท่า) สีแดงให้มีผลที่เท่าและตาบอด (หน้าากอนามยชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้งพับครึ่งปิดตา) เปิดเพลงให้ร่ำวงโดยให้บุคคลในครอบครัวร่วมในการร่ำวง ระหว่างร่ำวงวิทยากรพูดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้คิดถึงอาการที่เกิดขึ้นและผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วยที่พบครบเวลาร่ำวงสุมเลือกให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดถึงผลกระทบของการมีแผลที่เท้าและการมีภาวะตาบอด ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวได้เล่าประสบการณ์ของการดูแลจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม กิจกรรม “การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting)” ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเป้าหมายเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล 1 ถึง 2 และเลือกความมั่นใจในการปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือไม้บรรทัดของความพร้อม กิจกรรม “การติดตามตนเองและสะท้อนคิด (Self-monitoring and Reflective Thinking)” ให้จับคู่ครอบครัวเพื่ออธิบายการตั้งเป้าหมายและการเลือกระดับความมั่นใจพร้อมระบุปัญหาวิธีการแก้ไขและการติดตามในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ กิจกรรม “การตัดสินใจและการวางแผน (Decision Making and planning)” เลือกเป้าหมายที่จะปฏิบัติและวางแผนในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายร่วมกับครอบครัว กิจกรรม “แหล่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (Social Facilitation)” ผู้วิจัยแนะนำทีมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ในการขอคำแนะนำ การเพิ่มไลน์กลุ่มเพื่อใช้ในการขอรับคำปรึกษาหรือการแสดงการปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ กิจกรรม “การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง” สอน สาธิต และฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง จากนั้นสรุปการเรียนรู้และให้คู่มือการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อใช้ทบทวนความรู้และเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

ครั้งที่ 2 (1 สัปดาห์หลังจากพบกันครั้งที่ 1) สถานที่ ห้องประชุม แหล่งเก็บข้อมูล

ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการประเมินตนเองในช่วงที่ผ่านมาและวางแผนการปฏิบัติต่อไปให้สำเร็จต่อเนื่อง กรณีมีปัญหาเสนอแนวทางในการแก้ไข ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ

ครั้งที่ 3 (2 สัปดาห์ หลังจากพบกันครั้งที่ 2) สถานที่ บ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการประเมินตนเองในช่วงที่ผ่านมาและวางแผนการปฏิบัติต่อไปให้สำเร็จต่อเนื่อง กรณีมีปัญหาเสนอแนวทางในการแก้ไข ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ

ครั้งที่ 4 (4 สัปดาห์หลังจากพบกันครั้งที่ 3) สถานที่ ห้องประชุมแหล่งเก็บข้อมูล

ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลตามเครื่องมือ สรุปโครงการวิจัยพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับการเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดใช้สถิติการทดสอบ dependent t test และ independent t test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.70 อายุเฉลี่ย 52.37 ปี (SD = 4.63) สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.30 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) 27.42 (SD = 4.25) รอบเอวเฉลี่ย 90.97 ซม. (SD = 10.88) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 63.30 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 36.70 อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.30 รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 28.4 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย 10,863.33 บาทต่อเดือน (SD = 9,136.37) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 29,393.20 บาทต่อเดือน (SD = 6,369.45) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 ปี (SD = 3.23) ลักษณะของครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันร้อยละ 66.70 เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 56.70 เป็น

สามิ/ภรรยา ผู้ดูแลเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ อายุผู้ดูแลเฉลี่ย 46.63 ปี (SD = 11.97) ระดับการศึกษาผู้ดูแลจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.00 อาชีพผู้ดูแลรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.3

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ($\bar{X}$ = 124.37, SD = 6.48) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ = 105.13, SD = 10.21) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ($\bar{X}$ = 7.93, SD = 0.63) มีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ = 8.46, SD = 0.88)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ด้วยสถิติ dependent t test มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 124.37, SD = 6.48) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 106.60, SD = 6.00) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 7.93, SD = 0.63) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 8.50, SD = 0.60) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ independent t test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว

การเปรียบเทียบ		ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	df	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง	105.13	10.21	124.37	6.48	13.24	29	<.001
	กลุ่มควบคุม	106.67	6.17	106.60	6.00	-.49	29	.626
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	กลุ่มทดลอง	8.46	0.88	7.93	0.63	-7.12	29	<.001
	กลุ่มควบคุม	8.41	0.53	8.50	0.60	1.74	29	.092

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว

		กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ก่อนการทดลอง	105.13	10.21	106.67	6.17	-0.70	58	.484
	หลังการทดลอง	124.37	6.48	106.60	6.00	11.02	58	<.001
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	ก่อนการทดลอง	8.46	0.88	8.41	0.53	0.25	47.61	.805
	หลังการทดลอง	7.93	0.63	8.50	0.60	-3.73	58	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว เป็นการจัดการทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวได้มีความร่วมมือกัน ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการตนเอง ได้รับความรู้และยอมรับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับประสบการณ์ตรงจากการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน การได้รับฟังประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลทั้งในภาวะปกติและมีความเครียด รวมทั้งการได้ฝึกทักษะในการกำกับตนเองในการตั้งเป้าหมาย ตัดสินใจวางแผนการปฏิบัติ ประเมินตนเองและจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการดูแลจัดการตนเอง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เข้า

ร่วมกิจกรรมการจัดการตนเองทำให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะทำให้ระดับน้ำตาลลดลงซึ่งเป็นไปตามมิติกระบวนการของการจัดการตนเองและครอบครัวของ Ryan และ Sawin¹³ ตลอดจนการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้รับเครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองไปใช้ติดตามการจัดการตนเองที่บ้าน ทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นารรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อตามสัดส่วนและพลังงานที่ควรได้รับ โดยมีครอบครัวคอยให้กำลังใจช่วยเหลือสนับสนุนอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงหรือรับประทานน้อยลงในกลุ่มที่ดัชนีน้ำตาลสูงมีผลให้การดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดลดลง¹⁹⁻²⁰ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอมากขึ้นโดยมีครอบครัวร่วมกิจกรรมด้วย มีผลทำให้ความไวต่ออินซูลินเพิ่มขึ้นและมีฤทธิ์อยู่ได้นานประมาณ 24-72 ชั่วโมงหลังออกกำลังกาย เป็นผลให้เซลล์ร่างกายมีการเผาผลาญกลูโคสในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ลดระดับน้ำตาลสะสมลงได้²¹⁻²² ในการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับประทานยาตามแผนการรักษาโดยมีครอบครัวที่คอยช่วยเหลือในการรับประทานยา จัดดูแลยา ซึ่งการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องทำให้ประสิทธิผลของยาต่อการลดระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นทำให้ค่าระดับน้ำตาลลดลง¹ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ร่วมโปรแกรมมีการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น

มีครอบครัวเป็นที่ยอมรับฟังช่วยเหลือทำให้ร่างกายหลังฮอร์โมนแคทีโคลามีนและหลังฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงกระบวนการย่อยสลายน้ำตาลลดลงมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง²³ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนใส่ใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้จัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลมากขึ้นและต่อเนื่องจึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดค่อย ๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Buasri¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวจะมีน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม จนเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมทำให้ค่าน้ำตาลในเลือด HbA1c ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Surawong Choowattanapakorn²⁴ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวทำให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจะต่ำลงในกลุ่มทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยยังสูงกว่าเป้าหมาย HbA1c < 7 ดังนั้นควรมีการกำกับติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ดีขึ้น

จะเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเป็นที่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้เป็นอย่างดีโดยทำให้ทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้เข้าใจถึงความเจ็บป่วย ความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น รวมทั้ง

การได้มีกิจกรรมร่วมกันและการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความมั่นใจในการปฏิบัติและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและส่งผลให้ระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication for practice)

พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ควรนำกระบวนการจัดการตนเองและครอบครัวไปใช้ในการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวให้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเสี่ยงทางสุขภาพของตนเองและฝึกการกำกับตนเองตามกระบวนการทั้ง 6 ขั้นตอนโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพคอยช่วยสนับสนุน นอกจากนี้การส่งเสริมการดูแลตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญ เช่น การเดิน (ออกกำลังกาย) เป็นแนวทางที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในชุมชนอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต (Implication for future research)

ควรทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวในระยะเวลาที่มากขึ้นเพื่อติดตามประเมินผลความคงอยู่ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว

References

1. Diabetes Association of Thailand, The Royal College Physicians of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research & Technology Assessment Department of Medical Services and National Health Security Office. Clinical practice guideline for diabetes 2017. 2nd ed. Pathumthani: Romyen Media Company Limited; 2017. (in Thai)
2. Office of The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Indicators report [internet]. 2019 [cited 2019 August 6]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/> (in Thai)
3. Thuntirasopanukul N, Wacharasin C, Deoisres W. Factors influencing family management in family with type 2 diabetes mellitus. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2011;19 (supplement 1):35-49. (in Thai)
4. Usai P, Muangsom N, Kowit P. Factors associated with level control blood sugar of type 2 diabetes patients registered in Tambon Khet health promoting hospital responsible for Ban Phai hospital Khon Kaen province. KKU Journal for Public Health Research 2012;5:11-20. (in Thai)
5. Jiamjarasrangsi W. Type 2Diabetes Epidemiology, Prevention and self-management support. Bangkok: Text and Journal Publication Company; 2017. (in Thai)
6. Chungsamarn S. Type 2 diabetes / metabolism. Nonthaburi : PTINTER PRINT; 2017. (in Thai)
7. Sirikutjatuporn K, Wirojratana V, Jitramontree N. Factors predicting self-management behavior of elderly type 2 diabetes patients. Journal Thai Nursing and Midwifery Council 2017;32:81-93. (in Thai)
8. Brunisholz KD, Briot P, Hamilton S. Diabetes self-management education improves quality of care and clinical outcomes determined by a diabetes bundle measure. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2014;7:533-42.
9. Jones A, Gladstone BP, Lubeck M, Lindekilde N, Upton D, Vach W. Motivational interventions in the management of HbA1c levels: A systematic review and meta-analysis. Prim Care Diabetes 2014;8:91-100.
10. Siriwatanapornkul T, Oba N, Intarakunhang Na Rachasima S. Factors related to blood glucose level among patients with diabetes mellitus type II. Journal of Nursing Science Naresuan University 2007;1:57-67. (in Thai)
11. Wacharasin C. Nursing interventions for families experiencing chronic illness. Chonburi: Chonburiprinting; 2017. (in Thai)
12. Kornchatree Y. Social support in type 2 diabetes patients in the 16th public health center (Lumphini), Bangkok Metropolitan [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (in Thai).
13. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing Outlook 2009;57:217-25.

14. Rungsin R, Tatsanavivat P, Medical research network of the consortium of the Thai medical school working group. Data collection and analysis for care among patients diagnosed with type 2 diabetes and hypertension visiting hospitals in care of ministry of public health and hospital in Bangkok in Thailand, 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 February 2]. Available from: <https://dmht.thaimedresnet.org/document/> (in Thai)
15. Buasri Y. Effects of self-and family management program on dietary behavior and blood sugar level among persons with type 2 diabetes [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai).
16. Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook* 2006; 54:278-86.
17. Polonsky W, Fisher L, Schikman CH, Hinnen DA, Parkin CG, Jelsovsky Z, et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces a1c levels in poorly controlled noninsulin-treated type 2 diabetes: results from the structured testing program study. *Diabetes Care* 2011;34:262-67.
18. Intaboot K, Kalampakorn S, Pichayapinyo P. The Effect of a Self-Management and Social Support Program for on New Cases with Type 2 Diabetes 2017;31:11-26. (in Thai)
19. Wungrath J, Saengyo S, Ummee K. Barriers to health care practice that impact to glycemic control among elderly with diabetes mellitus. *Journal of Community Development and Life Quality* 2018;6(2):351-61. (in Thai)
20. American Diabetes Association. Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: a consensus report. *Diabetes Care* 2019;42(5):731-54.
21. Tiyawisutrisri C, Chaia P, Wanchai A, Pinsakul C. Exercise to control blood sugar levels of patients with type 2 diabetes in Thailand: a systematic review. *Nursing Public Health and Education Journal* 2018;19(2):39-46. (in Thai)
22. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. (9th ed) 2014. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
23. Hackett RA, Steptor A. Type 2 diabetes mellitus and psychological stress – a modifiable risk factor. *Nat Rev Endocrinol* 2017;13(9):547-60.
24. Surawong S, Choowattanapakorn T. The effect of an individual and family self-management program on HbA1c in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2017;29(1):104-16. (in Thai)

บทความวิจัย

คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020

Desirable Characteristics among Graduate Nurses of

Rajabhat University in the A.D. 2020s

Received: Oct 8, 2020
 Revised: Feb 15, 2022
 Accepted: Mar 3, 2022

ทินกร บัวชู กศ.ด. (Thinnakorn Buachu, Ed.D.)¹
 ประภาพร เมืองแก้ว ส.ด. (Prapaporn Muangkaew, Dr.P.H.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: จากความท้าทายของโลกาภิวัตน์ต่อการอุดมศึกษาไทยในการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถทางวิชาการและความสามารถทางวิชาชีพตามอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาองค์ประกอบคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์เพื่อตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ตลาดแรงงาน และความคาดหวังจากผู้รับบริการและผู้ใช้บัณฑิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020 (ค.ศ. 2020-2029)

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงอนาคต โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้บริหารการศึกษายาบาล 4 คน กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏ 5 คน กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ 5 คน กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยเอกชน 3 คน และกลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 3 คน ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญโดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สร้างแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ย่อย ๆ ในแต่ละองค์ประกอบ ขั้นตอนที่ 3 นำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นอีกครั้ง แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย: คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020 มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน และมีองค์ประกอบย่อย จำนวน 58 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านเจตคติต่อวิชาชีพ จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านอัตลักษณ์ของสถาบัน จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านความรู้ความสามารถ จำนวน 16 ข้อ 5) ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 5 ข้อ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ จำนวน 9 ข้อ โดยพบว่าทุกข้อรายการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.00 ขึ้นไป และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.00 และพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงข้อมูลร้อยละ 6.63

สรุปผล: การวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในอนาคต เพื่อนำไปพัฒนา นักศึกษายาบาลให้มีคุณลักษณะดังกล่าวต่อไป

¹Corresponding author ผู้ช่วยคณบดี วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Email: Thinnakorn.b.1987@gmail.com

²ผู้ช่วยคณบดี วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม Email: prapaporn.m@psru.ac.th

^{1,2} College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏสามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏต่อไป

คำสำคัญ: คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ บัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏ คริสต์ทศวรรษ 2020

Abstract

Introduction: The challenges of globalization towards Thai higher education has affected the production of professional nurses with academic and professional abilities according to the identity of Rajabhat University for local development. Therefore, this study aimed to examine the composition and desirable characteristics of Rajabhat nursing graduates to respond to social change, labor market, and expectations of service clients and graduate users.

Research Objectives: This study aimed to examine desirable characteristics among graduate nurses of Rajabhat University in the A.D. 2020s (A.D.2020-2030).

Research Methodology: The study was future research using the Delphi Technique and collecting data from the opinions of 20 administrators and nursing instructors. All were knowledgeable and experienced in educational management of nursing curriculum. The participants included 4 nursing education administrators, 5 nursing instructors from Rajabhat University, 5 nursing instructors from a government university, 3 nursing instructors from a private university, and 3 nursing instructors from the Police Nursing College. The study consisted of three steps: Step 1: conduct semi-structure d interviews with experts; Step 2: analyze the essence of the data and create a questionnaire to allow the experts to comment on the level of importance of desirable sub-graduate attributes in each component, and Step 3: use expert opinion to calculate the median and interquartile range to summarize research results.

Results: Results showed that desirable characteristics of Rajabhat nursing graduates in the 2020s (2020-2030) consisted of 6 elements and 58 sub-elements: 1) attitude towards the profession 11 items; 2) personal characteristics 10 items; 3) institution identity 7 items; 4) knowledge and competence 16 items; 5) digital technology skills 5 items; and 6) professional skills 9 items. All items were found to have a median value of 4.00 and above. And a group of experts had consistent opinions. The interquartile range was not more than 1.00, and the data were found to change by 6.63%.

Conclusion: This study reflects the desirable characteristics of future Rajabhat nursing graduates to further develop nursing students to have such characteristics.

Implications for practice: The administrators of the Rajabhat University Institute of Nursing can use the results of this study to formulate policies for developing nursing students to have desirable graduate characteristics of Rajabhat University.

Keywords: desirable characteristics, graduate nurses, Rajabhat University, decade A.D. 2020s

บทนำ

ความท้าทายของโลกาภิวัตน์ต่อการอุดมศึกษาในประเด็นการบริการการศึกษาข้ามพรมแดนและการเคลื่อนย้ายนักศึกษาและบัณฑิตอันเป็นผลจากการรวมตัวของประเทศในภูมิภาคอาเซียนและสถาบันอุดมศึกษา มีความจำเป็นต้องสร้างความมั่นใจแก่สังคมว่า สามารถพัฒนาองค์ความรู้และผลิตบัณฑิตที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์มีความพร้อมเมื่อไปทำงานจริงในสถานประกอบการ ในระดับที่เรียกว่า บัณฑิตพร้อมใช้ (work-ready graduate) เพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ¹ ตามกรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2565) ในการผลิตบัณฑิตให้สามารถปรับตัวสำหรับงานที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตสามารถสร้างความรู้และนวัตกรรมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศและสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืนของท้องถิ่น โดยผู้ที่ได้รับผลโดยตรงคือบัณฑิตในอนาคต ดังนั้นสถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งควรจะผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์เพื่อตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยเฉพาะบัณฑิตจากสถาบันการศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏที่ร่วมผลิตบัณฑิตพยาบาลนักปฏิบัติมีอาชีพและเพื่อพัฒนาท้องถิ่นในชุมชนตามปรัชญาของมหาวิทยาลัย ซึ่งคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์นั้นหมายถึงลักษณะที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้เรียน อันเป็นคุณลักษณะที่สังคมต้องการในด้านคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม จิตสำนึกสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งในฐานะพลเมืองไทยและพลเมืองโลก จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตราที่ 22 24 และ 26 เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่เน้นให้ความสำคัญทั้งความรู้และคุณธรรม การจัดการกระบวนการเรียนรู้ต้องบูรณาการผสมผสานความรู้ด้านต่าง ๆ ให้ได้สัดส่วนสมดุลกัน ตามความเหมาะสมในแต่ละระดับและรูปแบบการศึกษา ทั้งนี้คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติพบว่า เป็นคนที่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ รักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ สามารถนำความเจริญมาสู่วิชาชีพ มีความเชี่ยวชาญในงานของตน พัฒนาความรู้ ทักษะสามารถถ่ายทอด และเป็นแบบอย่างได้ตลอดจนมุ่งเป้าหมายความสำเร็จอย่างมีคุณภาพและมี

มาตรฐาน² ปัจจุบันพบว่าการผลิตบัณฑิตพยาบาลจากมหาวิทยาลัยของรัฐ เอกชน และสถาบันบรมราชชนกแล้วนั้นยังไม่เพียงพอกับความต้องการของสังคม กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏจึงได้มีส่วนร่วมในการผลิตพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น ปัจจุบันมี 12 สถาบันของมหาวิทยาลัยราชภัฏที่เปิดทำการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดังนั้นเพื่อให้ได้คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020 (ค.ศ. 2020-2029) ที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม อาจารย์พยาบาลจึงควรปรับเปลี่ยนกลวิธีการสอนโดยเน้นการพัฒนาทักษะทางปัญญา ทักษะการคิดวิเคราะห์ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ รวมถึงการคิดสร้างสรรค์ในการยกระดับการศึกษาให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้³ ตามพันธกิจผลิตบัณฑิตของมหาวิทยาลัยราชภัฏที่ต้องการบัณฑิตมีคุณภาพเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มีทัศนคติที่ดีเป็นพลเมืองดีในสังคม และมีสมรรถนะตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต จากความคาดหวังของสังคมและสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภาพอนาคตของการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วยที่รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่⁴ การเคลื่อนย้ายแรงงานพยาบาลวิชาชีพ จนกระทั่งถึงการขาดแคลนกำลังคนพยาบาลวิชาชีพที่มีผลกระทบต่อโลกและการจัดการศึกษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อตลาดแรงงานและความไม่สอดคล้องระหว่างการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาองค์ประกอบของคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ เนื่องจากมหาวิทยาลัยราชภัฏยังเป็นสถาบันการศึกษายาบาลกลุ่มใหม่ ที่ทำการเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดังนั้นเพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานในการผลิตบัณฑิตพยาบาลและเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถทางวิชาการวิชาชีพ มีความสามารถด้านการพยาบาลในเชิงปฏิบัติ โดยใช้สื่อทางเทคโนโลยีเข้ามาจัดการด้านการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ แต่คงไว้ซึ่งการพยาบาลด้วยจิตใจของความเป็นมนุษย์ แล้วนำมาสร้างเป็นภาพอนาคตบัณฑิตพยาบาลไทยในคริสต์ทศวรรษ 2020

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020

1.1 ศึกษาองค์ประกอบของคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020

1.2 ศึกษาคุณลักษณะย่อยในแต่ละองค์ประกอบของคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020

2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพองค์ประกอบของคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอนาคต (future research) ประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้างและแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามถึงโครงสร้างเป็นข้อคำถามปลายเปิด สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดของคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020 คำถามที่ใช้มาจากการทบทวนกรอบแนวคิดทฤษฎีมี 1 ข้อ ดังนี้ “จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่า คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ที่จบจากมหาวิทยาลัยราชภัฏ ในช่วง ค.ศ. 2020-2029 ควรเป็นอย่างไร” โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการกำหนดนโยบายการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่มที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารการศึกษาพยาบาล จำนวน 4 คน 2) กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 5 คน 3) กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ จำนวน 5 คน 4) กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 3 คน และ 5) กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 3 คน รวมจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 20 คน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาที่มีผู้เชี่ยวชาญจำนวนตั้งแต่ 17 คน

ขึ้นไปจะพบว่าระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก⁶

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน มาวิเคราะห์แก่นสารของข้อมูล (thematic analysis) และสร้างแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคุณลักษณะที่พึงประสงค์ 6 ด้าน จำนวน 58 ข้อ แล้วส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวรอีกครั้ง (ระยะที่ 2) ก่อนส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คนแสดงความคิดเห็นถึงระดับความสำคัญ of ข้อคำถามรายชื่อซึ่งเป็นคุณลักษณะย่อยในแต่ละองค์ประกอบ หลังจากนั้นตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยจากการวิเคราะห์ค่าสถิติเพื่อนำเสนอข้อมูลกลับคืน วิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทุกข้อรายการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1.50

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมผลการคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นรายชื่อจากขั้นตอนที่ 2 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 20 คน อีกครั้งเพื่อยืนยันคำตอบ โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ อีเมลและแอปพลิเคชันไลน์ จากนั้นติดตามนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความคงที่ของระดับฉันทามติ พิจารณาจากค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าทุกข้อรายการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.0 ขึ้นไป โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1.00 และพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงข้อมูลร้อยละ 6.63 ซึ่งไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร (Regional Research Ethics Committee: RREC) แบบเร่งรัด (expedited) COA No. 001/2020 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ระยะที่ 1 แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง) และ COA No. 024/2020 เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 (ระยะที่ 2 แบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ) ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครของโครงการวิจัย (information sheet for research participant)

หลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดขั้นตอนทั้งหมดแล้ว ได้เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอด

ผลการวิจัย

คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020 มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน และมีองค์ประกอบย่อย จำนวน 58 ข้อรายการ ดังนี้

1. ด้านเจตคติต่อวิชาชีพ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 11 ข้อรายการ

2. ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 10 ข้อรายการ

3. ด้านอัตลักษณ์ของสถาบัน ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 7 ข้อรายการ

4. ด้านความรู้ความสามารถ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 16 ข้อรายการ

5. ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 5 ข้อรายการ

6. ด้านทักษะการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 9 ข้อรายการ

ทั้งนี้พบว่ามีคุณลักษณะย่อย จำนวน 57 ข้อรายการที่มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด และมีคุณลักษณะย่อย จำนวน 1 ข้อรายการที่มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก คือ มีความสามารถในการแปลความทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ถึง ตารางที่ 6

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ย่อย ด้านเจตคติต่อวิชาชีพ

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านเจตคติต่อวิชาชีพ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
มีความศรัทธาต่อวิชาชีพ	5.00	0.00	มากที่สุด
มีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาวิชาชีพ	5.00	0.00	มากที่สุด
มีจิตใจของการเป็นพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความเอื้ออาทร	5.00	0.00	มากที่สุด
มีจิตสาธารณะ	5.00	0.00	มากที่สุด
รู้จักการให้	5.00	0.00	มากที่สุด
รู้จักการให้เกียรติกับวิชาชีพพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ	5.00	0.00	มากที่สุด
รับบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลวิชาชีพภายใต้ศาสตร์ทางการแพทย์	5.00	0.00	มากที่สุด
มองประโยชน์ส่วนรวมก่อนประโยชน์ส่วนตน	5.00	0.00	มากที่สุด
ตระหนักในคุณค่าตนเอง บุคคล สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม	5.00	0.00	มากที่สุด
แสดงออกถึงการเคารพสิทธิ คุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านเจตคติต่อวิชาชีพ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย

จำนวน 11 ข้อรายการ โดยทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md=5, IR=0.00)

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ย่อย ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	Md	IR	ระดับความสำคัญ
มีคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความฉลาดทางอารมณ์	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความกระตือรือร้น	5.00	0.00	มากที่สุด
มีภาวะผู้นำ	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความอดทน	5.00	0.00	มากที่สุด
มีการพัฒนาตนเองและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความเข้าใจความเป็นมนุษย์ที่มีความแตกต่างกัน	5.00	0.00	มากที่สุด
เป็นพลเมืองดี มีความเป็นไทย	5.00	0.00	มากที่สุด
เป็นแบบอย่างด้านการดูแลสุขภาพของตนเองของบุคคลในชุมชนท้องถิ่น	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 10 ข้อรายการ โดยทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md=5, IR=0.00)

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ย่อย ด้านอัตลักษณ์ของสถาบัน

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านอัตลักษณ์ของสถาบัน	Md	IR	ระดับความสำคัญ
เข้าใจปรัชญาของหลักสูตรกับการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น	5.00	0.75	มากที่สุด
มีอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สอดคล้องกับปรัชญาของมหาวิทยาลัยราชภัฏในการพัฒนาท้องถิ่น	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความรัก ภาคภูมิใจในท้องถิ่นของตนเอง	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความเข้าใจในภาวะสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความเชี่ยวชาญในกลุ่มโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น	5.00	1.00	มากที่สุด
มีสมรรถนะการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น	5.00	0.75	มากที่สุด
สามารถสร้างนวัตกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนท้องถิ่น	5.00	1.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านอัตลักษณ์ของสถาบัน ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 7 ข้อรายการ โดยข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md=5, IR=0.00) ได้แก่ มีอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สอดคล้องกับปรัชญาของมหาวิทยาลัยราชภัฏในการพัฒนาท้องถิ่น มีความรัก ภาคภูมิใจในท้องถิ่นของตนเอง และมีความเข้าใจในภาวะสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ย่อย ด้านความรู้ความสามารถ

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านความรู้ความสามารถ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
มีความรู้ลึกในศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และรอบรู้ในศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล	5.00	1.00	มากที่สุด
มีความสามารถในการแปลความทางสถิติ	4.00	1.00	มาก
มีความสามารถในการอ่านงานวิจัย	5.00	1.00	มากที่สุด
มีความสามารถในการบริหารเวลา	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาต่างประเทศ	5.00	1.00	มากที่สุด
มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากหลากหลายวัฒนธรรม	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลได้ทุกช่วงวัยและทุกสภาวะสุขภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลอ้างอิงเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถนำองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถใช้กระบวนการวิจัยหรือการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	5.00	0.00	มากที่สุด
มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ	5.00	1.00	มากที่สุด
มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน	5.00	1.00	มากที่สุด
มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างสร้างสรรค์อย่างเป็นระบบ	5.00	0.00	มากที่สุด
เป็นผู้นำในการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ	5.00	0.75	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านความรู้ความสามารถ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อยจำนวน 16 ข้อรายการ โดยข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md=5, IR=0.00) ได้แก่ มีความรู้ลึกในศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และรอบรู้ในศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง มีความสามารถในการบริหารเวลา มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากหลากหลายวัฒนธรรม มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลได้ทุกช่วงวัยและทุกสภาวะสุขภาพ สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย สามารถวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลอ้างอิงเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สามารถนำองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการ

พยาบาลและการผดุงครรภ์ และศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สามารถใช้กระบวนการวิจัยหรือการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างสร้างสรรค์อย่างเป็นระบบ และมี 1 ข้อรายการที่มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก คือ มีความสามารถในการแปลความทางสถิติ (Md=4, IR=1.00) เนื่องจากเป็นทักษะความสามารถขั้นสูงที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยและการเลือกใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล จึงจะสามารถแปลความทางสถิติได้

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ย่อย ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	Md	IR	ระดับความสำคัญ
มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	5.00	0.00	มากที่สุด
รู้เท่าทันเทคโนโลยีดิจิทัล	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถเรียนรู้เทคโนโลยีดิจิทัลใหม่ ๆ ได้เป็นอย่างดี	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะทางการแพทย์	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์อย่างรู้เท่าทัน	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ย่อย จำนวน 5 ข้อรายการ โดยทุกข้อรายการมีระดับความ ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย คุณลักษณะ สำคัญมากที่สุด (Md=5, IR=0.00)

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ย่อย ด้านทักษะการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านทักษะการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
ให้บริการด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์	5.00	0.00	มากที่สุด
มีภาวะผู้นำในวิชาชีพด้านการบริหารและการปฏิบัติการพยาบาล บนฐานวิชาการ	5.00	0.00	มากที่สุด
มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ	5.00	0.00	มากที่สุด
มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือ	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถประสานการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ในการพยาบาลผู้ป่วย ในชุมชนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี	5.00	0.00	มากที่สุด
สามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและสิทธิของตนเอง	5.00	0.00	มากที่สุด
มีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสุขภาพที่รวดเร็ว	5.00	0.75	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านทักษะการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 9 ข้อรายการ โดยข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด ($Md=5$, $IR=0.00$) ได้แก่ การให้บริการด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ มีภาวะผู้นำในวิชาชีพด้านการบริหาร และการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานวิชาการ มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถประสานการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี สามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี และสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและสิทธิของตนเอง และมี 1 ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด ($Md=5$, $IR=0.75$) ได้แก่ มีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสุขภาพที่รวดเร็ว

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านเจตคติต่อวิชาชีพ พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ มีจิตใจของการเป็นพยาบาลเอื้ออาทร มีจิตสาธารณะ สอดคล้องกับคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลในหลาย ๆ กลุ่มสถาบันการศึกษาพยาบาล และยังสอดคล้องกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะเขวาคือ⁸ บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ให้การดูแลด้วยใจไม่ใช่ว่าเพียงการทำหน้าที่ เป็นการดูแลผู้รับบริการเสมือนญาติ มีคุณลักษณะเด่นคือ มีจิตอาสา มีกิริยาสุภาพอ่อนน้อม ทั้งนี้พบว่า เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลที่ดีจะส่งผลต่อความตั้งใจกับความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นอาจารย์ควรวางแผนพัฒนาการจัดการเรียนการสอนตลอดจนผลักดันกิจกรรมการพัฒนานักศึกษาที่ส่งเสริมด้านเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล อันเป็นคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสถาบันและสถานประกอบการผู้นำบัณฑิตไปใช้

2. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

และมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ มีคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาด้านคุณธรรมจริยธรรม¹⁰ โดยเมื่อนักศึกษาพยาบาลก้าวเข้ามาสู่วิชาชีพที่ต้องดูแลผู้อื่นด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ กอปรกับการขัดเกลาทางจิตใจจากอาจารย์พยาบาลจึงทำให้นักศึกษามีความโดดเด่นเกิดเป็นอัตลักษณ์ที่น่ายกย่อง สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย¹¹ ด้านคุณธรรมจริยธรรม เนื่องจากบัณฑิตจะได้รับการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมในการเรียนภาคทฤษฎี ทดลองและปฏิบัติตามปณิธานการผลิตบัณฑิตของมหาวิทยาลัยคือ การเป็นผู้มีประสิทธิภาพในการทำงานและมีจริยธรรมในการดำรงตนตระหนักในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และพร้อมที่จะเปิดรับองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ได้แก่ มีการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

3. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านอัตลักษณ์ของสถาบัน พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ มีอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สอดคล้องกับปรัชญาของมหาวิทยาลัยราชภัฏในการพัฒนาท้องถิ่น โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏควรกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานักศึกษาที่เป็นแผนระยะยาว¹² และคณะพยาบาลศาสตร์ควรกำหนดอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่ชัดเจน พัฒนารูปแบบเฉพาะ และส่งเสริมปัจจัยเกื้อหนุนการพัฒนาอัตลักษณ์ในด้านต่าง ๆ กอปรกับมีกลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล¹³ ได้แก่ การกำหนดนโยบายให้บูรณาการกับทุกพันธกิจภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น การจัดทำแผนปฏิบัติการเชิงรุกในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น พัฒนาความรู้และทักษะความเชี่ยวชาญในกลุ่มโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น และสนับสนุนให้จัดกิจกรรมเสริมผู้เรียนที่หลากหลายที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนท้องถิ่น เป็นต้น

4. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านความรู้ความสามารถ พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ ความเป็นนักวิชาการ มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถสืบค้นข้อมูลและเลือกใช้ข้อมูลอ้างอิงเพื่อแก้ไขปัญหาอย่าง

สร้างสรรค์ สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่กำหนดไว้คือ¹⁴ มีความรู้ความสามารถทางวิชาการและวิชาชีพ มีทักษะการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีทักษะการสืบค้นข้อมูล นอกจากนี้ความสามารถในการใช้กระบวนการวิจัยหรือการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย การอ่านงานวิจัยและการแปลความทางสถิติ ยังสอดคล้องกับตัวบ่งชี้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์¹⁵ ในการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในการแสวงหาความรู้เพื่อนำมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและการทำวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและองค์กรพยาบาล

5. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาลอย่างรู้เท่าทัน สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศไทยตามแนวประเทศไทย 4.0¹⁶ จากการขับเคลื่อนด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและความคิดสร้างสรรค์ ก็จะทำให้สถาบันอุดมศึกษาสามารถดำเนินงานตามพันธกิจด้านการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของประเทศที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้บัณฑิตที่จบออกไปเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย

6. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านทักษะการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ การให้บริการด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและสิทธิของตนเอง สอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ¹⁷ โดยปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ด้วยความเมตตากรุณาและเอื้ออาทร คำนึงถึงสิทธิและความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ สามารถแสดงออกถึงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีภาวะผู้นำทางการพยาบาล ทั้งนี้การพัฒนาทักษะในการคิดวิเคราะห์

คิดอย่างมีวิจารณญาณ ฝ่ายวิชาการและพัฒนา นักศึกษาควรบูรณาการการจัดกิจกรรมในรายวิชาต่าง ๆ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยกำหนดกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมให้สอดคล้องกับบริบทของมหาวิทยาลัยอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้ นักศึกษาเกิดทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และคิดอย่างมี วิจารณญาณ¹⁸ นอกจากนี้การสร้างความรู้ผ่านทักษะการคิดแก้ปัญหา ผู้สอนควรเลือกใช้ปัญหาหรือประสบการณ์ใหม่เป็น ตัวกระตุ้น ที่จะช่วยให้ผู้เรียนทำความเข้าใจกับปัญหา ผิคมอง ปัญหา ก็จะเกิดทักษะการคิดในการแก้ปัญหาอย่างมีหลักการ และเหตุผลอีกด้วย¹⁹

สรุปคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึง ประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020 ประกอบด้วยเจตคติต่อ วิชาชีพ คุณลักษณะส่วนบุคคล อัตลักษณ์ของสถาบัน ความรู้ ความสามารถ ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และทักษะการ ปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงควรบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อมุ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถ พัฒนาตนเองด้วยกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยการสอนแบบที่ช่วยให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้โดยไม่ต้องสอน เน้นการปฏิบัติในชุมชนที่ส่งเสริมการเรียนรู้สร้างสรรค์อย่างไร้พรมแดนที่มีการเชื่อม ต่อองค์ความรู้ผ่านเครือข่ายเทคโนโลยีดิจิทัล²⁰ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในยุคความ ปกติใหม่ด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อให้เกิดคุณลักษณะ บัณฑิตที่พึงประสงค์ในอนาคต ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการ พัฒนาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสารแบบออนไลน์²¹ และ สอดแทรกกระบวนการการ ชัดเจนทางด้านจิตใจเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะ ที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020 ตามปรัชญาเพื่อการ พัฒนาท้องถิ่นของมหาวิทยาลัยราชภัฏต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏสามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายใน การพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึง ประสงค์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ผลการวิจัยมาจากความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อยืนยันผลการวิจัย

ควรทำการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirm factor analysis) เพื่อยืนยันถึงคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลราชภัฏที่พึงประสงค์ในคริสต์ทศวรรษ 2020

References

1. Yurarach S. The quality development of Thai graduates' to ASEAN. Journal of Education Naresuan University 2013;15(4):142-53. (in Thai).
2. Pansawat N. Nurse characteristics of professional nurses' practices based on the way of Bodhisattva's perfection practices. Journal of MCU Peace Studies 2016; 4(2):120-33. (in Thai).
3. Dhabdhimsri V, Kemkhan P, Vanich W, Huengwattanakul P. The desired characteristics of graduate for Thailand Qualifications Framework and identities of graduates in bachelor of nursing science program from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok as perceived by their supervisors. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1):252-63. (in Thai).
4. Kaewsasri A, Nilliaum R, Heetaksorn C. Changes in Thai society and culture and trends of nursing profession. Songklanagarind Journal of Nursing 2017;37(3):160-69. (in Thai)
5. Anupunpisit V, Suwandee S, Wetcharungsri P, Sukjaroen N. Foresight of Thai nurses in ASEAN economic community. Journal of The Police Nurses 2016;8(2):119-28. (in Thai).
6. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: U&I Inter Media Co., Ltd; 2010. (in Thai).
7. Linestone HA, Turoff M. The Delphi method, techniques and application. Massachusetts: Addison-Wesky Publishing; 1975.
8. Udomluck S, Vongchaiya P, Tachawisad S, Sutjasakulrat S. Humanized health care identity among graduates of Boromarajonani College of Nursing, Phayao. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;25(3):15-26. (in Thai).
9. Chansakul S. The relationship between attitude toward nursing profession, factors affecting intention and the nursing professional intention of nurse students in Eastern Asia University. Journal of Nursing Siam University 2018;19(37):119-34. (in Thai).
10. Posri N, Kusoom W. Identity of nursing students Suan Sunandha Rajabhat University. Research and Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University 2017;9(1):135-45. (in Thai).
11. Harnyoot O, Rattanataworn R. Quality and identity of graduated nurses of school of nursing, Eastern Asia University in academic year 2010. EAU Heritage Journal 2013;7(2):99-107. (in Thai).
12. Popattanachai U, Phettriang S. Development of nursing student identity in Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;25(2):103-15. (in Thai).

13. Nawsuwan K, Wisalaporn, Sattayarak WD. Strategies to develop the nursing students' identity in nursing colleges, Ministry of Public Health. *Hatyai Journal* 2015;13(2):117-32. (in Thai).
14. Phumkokrux S, Sukonthasarn A, Wongwiriya Pun A, Liewtrakul T, Nakhapa W. Desired characteristics of graduates from faculty of nursing, Chiang Mai University as perceived by their supervisors/ employers. *Nursing Journal* 2016;43(Supplement):151-61. (in Thai).
15. Pochanakij C. Development of competency indicators for register nurses of Songklanagarind hospital. Songkla: Songkla University; 2017. (in Thai).
16. Tadawattanawit S. The characteristics of the graduates in accordance with the development of Thailand according to the "Thailand 4.0" economic model. *Dusit Thani College Journal* 2018;12(2):404-16. (in Thai).
17. Rattanaraj P. Desirable characteristics among graduate nurses of Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation* 2020;9(1):20-30. (in Thai).
18. Aramrom Y, Nawsuwan K, Singsri T, Silpakampises K. What is the relationship between experiences in nursing practicum and running student club's activities: any impact on the analytical thinking skills of the nursing students?. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016;3(2):117-32. (in Thai).
19. Ekthamasuth C, Suvithayasiri K. Cognitive constructivism through problem solving thinking skill. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(1):177-83. (in Thai).
20. Buachu T. A study of the opinion of teaching and learning models of undergraduate nursing curriculum, Phetchaburi Rajabhat University in the 21st Century. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018;30(3):26-37. (in Thai).
21. Cheevakasemsook A. Nursing teaching and learning management with blended learning in new normal era. *Journal of Health and Nursing Research* 2021;37(1):25-37. (in Thai).

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

Factors Related to Skin Whitening Product Consumption Behavior Among Undergraduate Students in Bangkok Metropolis

Received: Mar 9, 2021

Revised: Jun 2, 2021

Accepted: Jun 7, 2021

ชญญาลักษณ์ นาครินทร์ วท.ม. (Thanyalak Nakharin, M.Sc.)¹มลินี สมภพเจริญ ปร.ด. (Malinee Sompopcharoen, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความนิยมการมีผิวขาวและในปัจจุบันพบผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่ผิดกฎหมาย เช่น การลักลอบผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอางโดยไม่ได้รับอนุญาต การแสดงฉลากเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้อง การโฆษณาโอ้อวดเกินจริงผ่านสื่อต่าง ๆ และการหลอกลวงในเรื่องที่มาหรือแหล่งผลิตรวมถึงการแสดงเลขที่ใบรับแจ้งปลอม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการลักลอบใช้สารต้องห้าม เช่น โปรท ไฮโดรควิโนน เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการวิจัย: การสำรวจแบบตัดขวางโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบด้วยความตรงของเนื้อหาและวิเคราะห์หาความเที่ยง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 352 คน ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย: ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดทาภายนอก รองลงมาการรับประทาน ร้อยละ 38.64 และการฉีด ร้อยละ 11.36 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้แก่ อายุ บุคคลที่พักอาศัยด้วย เจตคติต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากครอบครัว อิทธิพลจากบุคคลที่ชื่นชอบ อิทธิพลจากบุคลากรทางการแพทย์ อิทธิพลจากพนักงานขาย และอิทธิพลปัจจัยเสริมภาพรวม

ข้อเสนอแนะ: สามารถเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวและออกมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อความขาวสามารถแก้ไขปัญหาให้ทันกับสถานการณ์ที่งานวิจัยนี้ค้นพบต่อไป ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว นักศึกษา พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว

¹นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: tyl_unun@hotmail.com

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: malisom2002@hotmail.com.

^{1,2}Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Undergraduate students preferred whitening skin. However, currently, it was found that illegal skin-whitening products were smuggled by the illegal cosmetics importers without permission. Also, showing inappropriate cosmetic labels, fake licenses, and deceiving manufacturers' names were illegal issues. Besides, illegal skin-whitening products contain banned ingredient substances with harmful side effects such as mercury, and hydroquinone leading to high-risk health problems.

Research objectives: This study aimed to examine factors related to skin-whitening products consumption behavior among the undergraduate students in the university, Bangkok.

Research methodology: This study used a descriptive cross-sectional design. Participants were 352 undergraduate students. Data were collected using a set of self-administered questionnaires. Content validity and reliability were tested. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation), and Chi-Square test. Significance level was set at $p < .05$.

Results: Results showed that half of the participants (50%) used the skin-whitening product absorbed through the skin, followed by oral consumption (38.64%), and injection (11.36%). Factors related to skin-whitening products consumption behavior were age, a person occupying the same room/house, attitude towards using skin-whitening products, perceived risk and severity of skin-whitening product behavior, peer influence, family influence, influence of favorite person, influence of healthcare workers, influence of salespersons, and influence of all reinforcing factors.

Implications: The results of this study would be used as a guideline for involved stakeholders, both governmental and non-governmental organizations, to promote public education regarding harmful ingredients in skin-whitening products. In term of policy implementation, the regulations related to skin-whitening products should be launched to protect the consumers and keep up with current situation.

Keywords: skin whitening products, undergraduate students, consumption behavior

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีวัตถุประสงค์การใช้เพื่อสุขภาพอนามัย รวมถึงเป็นผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนผลิตภัณฑ์ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีทั้งสิ้น 6 กลุ่มประกอบไปด้วย ผลิตภัณฑ์ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน¹ และปัจจุบันผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพกลุ่มเครื่องสำอางได้รับความนิยม ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการลักลอบผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอางโดยไม่ได้รับอนุญาต การแสดงฉลากเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้อง การโฆษณาโอ้อวดเกินจริงผ่านสื่อต่างๆ และการหลอกลวงในเรื่องที่มาหรือแหล่งผลิตรวมถึงการแสดงเลขที่ใบรับแจ้งปลอม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการลักลอบใช้สารต้องห้าม เช่น ปรอต ไฮโดรควิโนน เป็นต้น² การจำหน่ายเครื่องสำอางที่มีสารต้องห้ามและเป็นอันตรายกับผู้บริโภคเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีข้อบังคับให้ผู้ผลิตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) กล่าวคือ ยังคงเป็นระบบตามความสมัครใจทำให้ในปัจจุบันมีโรงงานที่ได้มาตรฐานเพียง 239 แห่ง จากจำนวนโรงงานที่จัดแจ้งกับ อย. ทั้งหมดกว่า 8,000 แห่ง³ และปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่น เพราะเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม และอิทธิพลของสื่อ เมื่อสภาพแวดล้อม ตลอดจนเทคโนโลยีต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลง วัยรุ่นจึงสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่าย และมีความอยากรู้อยากลอง⁴ ประกอบกับค่านิยมในการมีผิวขาวของวัยรุ่นจึงนำไปสู่การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีการกล่าวอ้างสรรพคุณเพื่อให้ผิวขาว

ปัจจุบันสังคมไทยเข้าสู่ยุคดิจิทัลอย่างเต็มตัว ด้วยอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง มีสื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก ยูทูบ อินสตาแกรม เป็นต้น ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข่าวสารข้อมูลได้ง่าย ส่งผลให้ค่านิยมผิวขาวมากขึ้น โดยสังเกตได้จากสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ไวท์เทนนิ่ง (whitening) และ

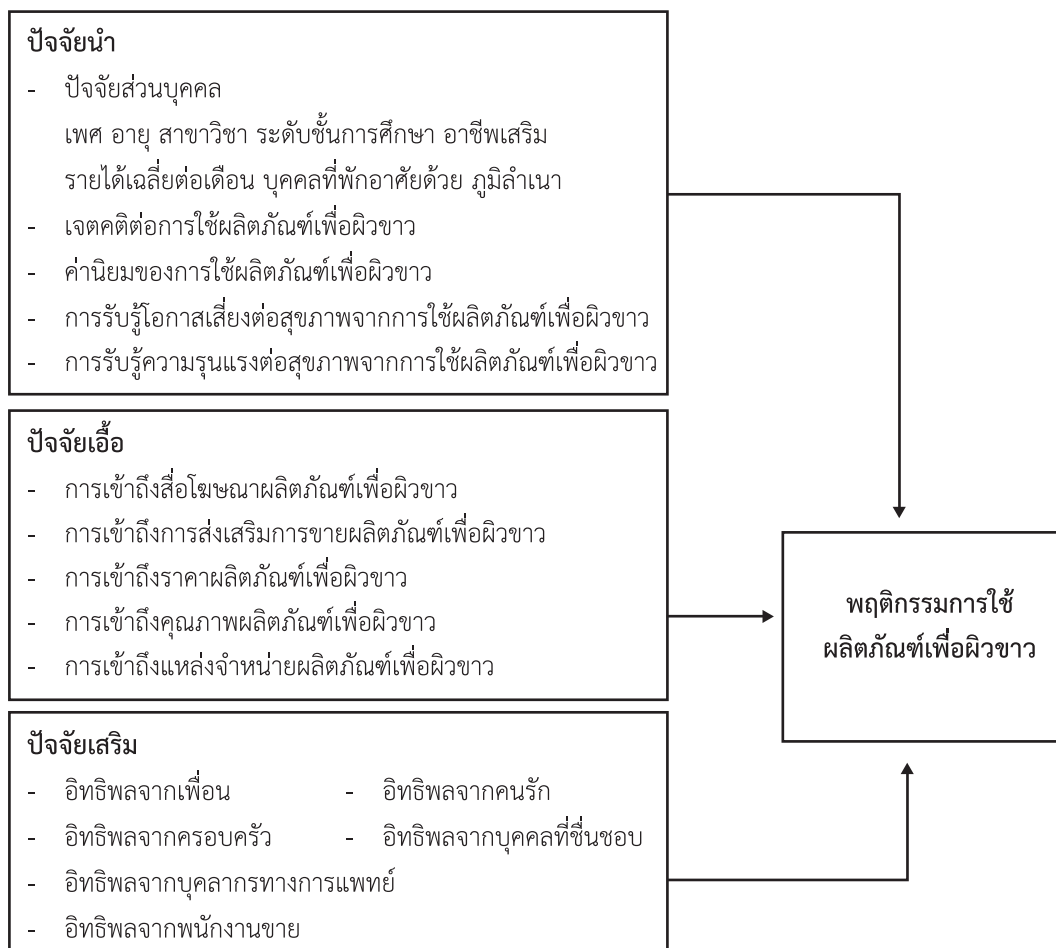
พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ผิวขาว ที่หันมารับประทานอาหารเสริมแบบชนิดเม็ดและชนิดดื่มที่มีส่วนประกอบของกลูตาไธโอน วิตามินซี คอลลาเจน และการฉีดสารกลูตาไธโอนเข้าร่างกายเพื่อปรับสีผิวให้ขาวขึ้น⁵ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แม้จะมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว แต่ส่วนมากเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวในรูปแบบการรับประทานและการทาภายนอก ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรตามคือพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวทั้ง 3 รูปแบบคือ การรับประทาน การทาภายนอก และการฉีด โดยเฉพาะการฉีดเป็นการรับเข้าสู่ร่างกายที่อันตรายกว่าวิธีอื่นๆ ผลการวิจัยนี้จะนำไปหาสาเหตุและการประมาณขนาดของปัญหาในการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว รวมไปถึงเป็นแนวทางการสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่นำไปสู่การป้องกันผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model⁶ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (multiple causality assumption) ที่มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย (multiple factors) ในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ จึงต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อใช้ประกอบการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป โดยประยุกต์ขั้นตอนที่ 3 คือขั้นตอนการวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (behavioral diagnosis) และขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษา (education diagnosis) นำมาประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวของบุคคล (internal factor หรือ individual cognitive perceptual factors) ซึ่งเป็นเหตุผลหรือแรงจูงใจให้บุคคลอยากใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว จึงครอบคลุมตัวแปรที่มีผลต่อ

การใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สาขาวิชา ระดับชั้นการศึกษา อาชีพเสริมขณะศึกษา อยู่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลที่แพ้อาศัยด้วย ภูมิสำเนา เจตคติต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ค่านิยมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว และการรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนเอื้ออำนวยให้นักศึกษาใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้ง่าย หรือยาก จึงครอบคลุมตัวแปรที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวได้แก่ การเข้าถึงสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การเข้าถึงการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การเข้าถึงราคาผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การเข้าถึงคุณภาพผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว

และการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว และ ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่นักศึกษาจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อนักศึกษา โดยอาจจะช่วยสนับสนุนในการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว จึงครอบคลุมตัวแปรที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากคนรัก อิทธิพลจากครอบครัว อิทธิพลจากบุคคลที่ชื่นชอบอิทธิพลจากบุคลากรทางการแพทย์ และ อิทธิพลจากพนักงานขาย เพื่อดูความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ปัจจัยต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ประชากร คือ นักศึกษาคณะวิทยาการจัดการ หลักสูตรนิเทศศาสตรบัณฑิตชั้นปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,910 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความผิดพลาดสูงสุดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ไม่เกิน 5% ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 320 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดและความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีก 10% ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่า 352 คน เลือกตัวอย่างโดยขั้นตอนแรกใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified sampling) แบ่งประชากรออกเป็นตามแขนงวิชา เพื่อให้ในแต่ละแขนงวิชามีสัดส่วนที่เท่ากันของจำนวนประชากร ขั้นตอนที่ 2 หลังจากรู้จำนวนตัวอย่างของแต่ละแขนงวิชา นำมาสุ่มหา Probability Proportional to Size (PPS) เพื่อกำหนดตัวอย่างของแต่ละแขนงวิชาของระดับชั้นการศึกษาตั้งแต่ปี 1-4 ขั้นตอนที่ 3 เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละระดับชั้นการศึกษาตอนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากไม่ใส่คืน จนครบจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม โดยมีการสร้างเครื่องมือ และองค์ประกอบของเครื่องมือ ดังนี้

การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามขอบเขตโครงสร้างของ

วัตถุประสงค์การวิจัย และสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา (CVI) การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองเพื่อตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม (try out) ในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน การวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ด้วยสถิติของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังนี้ เจตคติต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 ค่านิยมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 การรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 ปัจจัยเอื้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ปัจจัยเสริม ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

องค์ประกอบของแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สาขาวิชา ระดับชั้นการศึกษา อาชีพ เสริมขณะศึกษาอยู่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลที่ปรึกษาด้วย ภูมิสำเนา มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 เจตคติต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกของนักศึกษาต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว รวมทั้งทำที่ที่แสดงออกที่มีต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ ลักษณะการวัดใช้มาตราวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีการให้คะแนนมีทั้งข้อความด้านบวกและลบเหมือนกันตั้งแต่ตอนที่ 2-5 ดังนี้

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน	เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน	เห็นด้วยน้อย	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

ตอนที่ 3 ค่านิยมของการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ ลักษณะการวัดใช้มาตราวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

ตอนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะการวัดใช้มาตราวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

ตอนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะการวัดใช้มาตราวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

ตอนที่ 6 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การเข้าถึงการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การเข้าถึงราคาผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว การเข้าถึงคุณภาพผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว และการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น แบบเลือกตอบ

ตอนที่ 7 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากคนรัก อิทธิพลจากครอบครัว อิทธิพลจากบุคคลที่ชื่นชอบ อิทธิพลจากบุคลากรทางการแพทย์ และอิทธิพลจากพนักงานขาย จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2020-079 เมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลนักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและรายละเอียดต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอความร่วมมือและคำยินยอมในการทำวิจัยโดยให้ความมั่นใจแก่นักศึกษาว่าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิความเป็นบุคคลและการรักษาความลับจากผู้วิจัย หลังจากนักศึกษาตอบรับยินดีให้ความร่วมมือทำการวิจัย ผู้วิจัยจะให้นักศึกษาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย ในขณะที่นักศึกษาตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือคำอธิบายในกรณีที่นักศึกษามีข้อสงสัยในคำถาม โดยผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวรูปแบบใด

รูปแบบหนึ่ง (การทาภายนอก การรับประทาน หรือการฉีด) และตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ผ่านทางกระดาษ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 -45 นาที

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและเริ่มทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยเข้าพบคณะอาจารย์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมถึงประโยชน์และขออนุญาตเก็บข้อมูลที่มหาวิทยาลัย
2. การเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามได้ โดยที่ไม่มีผลกระทบทางลบใดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น
3. การรักษาความลับของข้อมูล โครงการวิจัยนี้มีการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย และจะเปิดเผยข้อมูลในรูปแบบที่เป็นข้อสรุปทางวิชาการเท่านั้น และเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและโครงการสิ้นสุดลงแล้ว แบบสอบถาม (กระดาษ) ทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.20 อายุเฉลี่ยประมาณ 19.67 ปี ศึกษาในสาขาวิชาเอกภาพยนตร์และสื่อดิจิทัล ร้อยละ 33 ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 36.60 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเสริม ร้อยละ 64.80 ส่วนใหญ่มีรายรับเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 7,174.72 บาท รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,237.78 บาท และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด ร้อยละ 62.20 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=352)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	11.9
หญิง	254	72.2
ทางเลือก	56	15.9
อายุ (ปี)		
18	45	12.8
19	119	33.8
20	113	32.1
21	56	15.9
22	19	5.4
Mean = 19.67 , Max = 22, Min = 18 , SD = 19.67		
สาขาวิชา		
วารสารศาสตร์	38	10.8
การประชาสัมพันธ์และการสื่อสารองค์กร	62	17.6
การโฆษณาและสื่อสารการตลาด	60	17.0
วิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์	76	21.6
ภาพยนตร์และสื่อดิจิทัล	116	33.0
ระดับชั้นปีการศึกษา		
ปี 1	129	36.7
ปี 2	118	33.5
ปี 3	62	17.6
ปี 4	43	12.2
อาชีพเสริมขณะศึกษาอยู่		
มีอาชีพเสริม	124	35.2
ไม่มีอาชีพเสริม	228	64.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	138	39.2
5,001-10,000 บาท	146	41.5
มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป	68	19.3
Mean = 7,174.72, Max = 20,000, Min = 500, SD = 3,956.63		
บุคคลที่พักอาศัยด้วย		
พ่อ/แม่, พี่น้อง, ญาติ	121	34.4
เพื่อน	107	30.4
ไม่มี(อยู่คนเดียว)	124	35.2
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	133	37.8
ต่างจังหวัด	219	62.2

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว

ระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวมีค่าพิสัยคะแนนระหว่าง 3-9 คะแนน โดยแบ่งเป็น เสี่ยงสูง (9 คะแนน) เสี่ยงปานกลาง (7-8 คะแนน) เสี่ยงต่ำ (3-6 คะแนน) ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 6.99 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลางต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ผิวขาว และเมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ผิวขาวอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 52.30 รองลงมา มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ผิวขาวระดับเสี่ยงต่ำ และระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ

34.40 และ ร้อยละ 13.40 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ($p\text{-value} = .041$) และบุคคลที่พักอาศัยด้วย ($p\text{-value} < .001$) การเข้าถึงปัจจัยเอื้อภาพรวม ($p\text{-value} = .021$) อิทธิพลจากเพื่อน ($p\text{-value} < .001$) อิทธิพลจากครอบครัว ($p\text{-value} < .001$) อิทธิพลจากบุคคลที่ชื่นชอบ ($p\text{-value} < .001$) อิทธิพลจากบุคลากรทางการแพทย์ ($p\text{-value} = .008$) และอิทธิพลจากพนักงานขาย ($p\text{-value} < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว				p-value
	n	เสี่ยงสูง n (%)	เสี่ยงปานกลาง n (%)	เสี่ยงน้อย n (%)	
อายุ (ปี)					.041*
18	45	6 (13.3)	29 (64.4)	10 (22.2)	
19	119	15 (12.6)	57 (47.9)	47 (39.5)	
20	113	20 (17.7)	63 (55.8)	30 (26.5)	
21,22	75	6 (8.0)	35 (46.7)	34 (45.3)	
บุคคลที่พักอาศัยด้วย					< .001*
พ่อ/แม่, พี่น้อง,ญาติ	121	14 (11.6)	53 (43.8)	54 (44.6)	
เพื่อน	107	7 (6.5)	81 (75.7)	19 (17.8)	
ไม่มี(อยู่คนเดียว)	124	26 (21.0)	50 (40.3)	48 (38.7)	
เจตคติต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว					.004*
เชิงปานกลางถึงบวก	89	5 (5.6)	59 (66.3)	25 (28.1)	96
เชิงลบ	263	42 (16.0)	125 (47.5)	(36.5)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว					< .001*
สูง	46	10 (21.7)	30 (65.2)	6 (13.0)	
ปานกลางและต่ำ	306	37 (12.1)	154 (50.3)	115 (37.6)	
สูง	56	12 (21.4)	30 (53.6)	14 (25.0)	
ปานกลางและต่ำ	296	35 (11.8)	154 (52.0)	107 (36.2)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว				p-value
	n	เสี่ยงสูง n (%)	เสี่ยงปานกลาง n (%)	เสี่ยงน้อย n (%)	
เพื่อน					.001*
อิทธิพลมาก	163	25 (15.3)	106 (65.0)	32 (19.6)	
อิทธิพลปานกลางและน้อย	189	22 (11.6)	78 (41.3)	89 (47.1)	
ครอบครัว					< .001*
อิทธิพลมาก	79	29 (36.7)	22 (27.8)	28 (35.4)	
อิทธิพลปานกลาง	147	13 (8.8)	84 (57.1)	50 (34.0)	
อิทธิพลน้อย	126	5 (4.0)	78 (61.9)	43 (34.1)	

ผลการวิจัย

จากตัวอย่างที่ศึกษา 352 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดทาภายนอกมากที่สุด ร้อยละ 50 เมื่อกลุ่มตัวอย่างซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว พบว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวเลย ร้อยละ 54.50 ได้รับคำแนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวทุกครั้งโดยไม่ต้องสอบถาม ร้อยละ 21 และต้องสอบถามถึงได้รับคำแนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ร้อยละ 19.90 เมื่อเกิดอาการผดผื่นหลังจากใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะหยุดใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ร้อยละ 52.80 และไม่หยุดใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ร้อยละ 47.20

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดทาภายนอก

จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 352 คน พบว่าใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดทาภายนอกจำนวน 176 คน (ร้อยละ 50) ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดทาภายนอกที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ กลูตาไธโอนพบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างใช้ถึง 141 คน (ร้อยละ 80.11) โดยใช้กลูตาไธโอน ทุกวัน 84 คน (ร้อยละ 47.70) นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่มีสารต้องห้ามในเครื่องสำอาง ได้แก่ กรดเรติโนอิกหรือกรดวิตามินเอ ซึ่งมีความนิยมรองลงมาจากกลูตาไธโอน พบการใช้ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน

(ร้อยละ 79.55) โดยใช้กรดวิตามินเอทุกวันจำนวน 55 คน (ร้อยละ 31.30) ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่มีสารไฮโดรควิโนนพบจำนวนการใช้ของกลุ่มตัวอย่าง 31 คน (ร้อยละ 17.60) ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่มีสารสเตียรอยด์ พบจำนวนการใช้ของกลุ่มตัวอย่าง 11 คน (ร้อยละ 6.20) และผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่มีสารปรอท พบจำนวนการใช้ของกลุ่มตัวอย่าง 5 คน (ร้อยละ 2.80) สาเหตุที่พบการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่มีสารต้องห้ามในเครื่องสำอางดังกล่าว เพราะเมื่อใช้แล้วเห็นผลเร็ว ผิวขาวเนียนใสจริง ภายในระยะเวลาอันสั้น⁷

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดรับประทาน

จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 352 คน พบว่าใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดรับประทานจำนวน 136 คน (ร้อยละ 38.60) ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดรับประทานที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ วิตามินซี พบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างรับประทานถึง 123 คน (ร้อยละ 90.40) รองลงมา คอลลาเจน 106 คน (ร้อยละ 77.90) กลูตาไธโอน 56 คน (ร้อยละ 56) และ สารสกัดถั่งงู 36 คน (ร้อยละ 26.40) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานวิตามินซี ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้ยังพบว่าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดรับประทานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานคอลลาเจนเป็นลำดับ รองลงมาจากวิตามินซี คอลลาเจนเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย เนื่องจาก

ในปัจจุบันมีการโฆษณาหลากหลายช่องทางทั้งในช่องทางโทรทัศน์และช่องทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้บริโภคได้ ฉะนั้นควรเลือกรับประทานผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดฉีด

จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 352 คน พบว่าใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดฉีดจำนวน 40 คน (ร้อยละ 11.40) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดฉีดทุกคนทั้ง 40 คน ฉีดวิตามินซี รองลงมา ฉีดกลูตาไธโอน 32 คน (ร้อยละ 80) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยฉีดผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวโดยพนักงานคลินิกเสริมความงามเป็นผู้ฉีดให้ 40 คน (ร้อยละ 100) รองลงมาฉีดโดยแพทย์หรือพยาบาล 22 คน (ร้อยละ 55) ในกรณีให้เพื่อนหรือคนรู้จักฉีด 8 คน (ร้อยละ 20) และฉีดเอง 6 คน (ร้อยละ 15) สาเหตุอาจมาจากการเข้าถึงแหล่งการซื้อขายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดฉีดง่าย โดยร้อยละ 60 ซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดฉีดจากอินเทอร์เน็ต การซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวด้วยตนเอง ทั้งจากร้านยา หรือแหล่งช้อปปิ้งออนไลน์ แล้วนำกลับมาให้แพทย์ฉีดนั้น ถือเป็นสิ่งที่ผิดและอันตรายเป็นอย่างมาก การศึกษาตนเองทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักถึงอันตรายการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดฉีด ดังนั้นควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น โดยให้ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดฉีดที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนยาและไม่มีใบอนุญาตในการจำหน่ายให้มีโทษสูงสุดเพื่อลดปริมาณในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้บริโภคต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว

อายุ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 19-20 ปี มีการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นและมีระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวเสี่ยงปานกลาง ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ ประสบการณ์เดิม ทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันไป ยิ่งในกลุ่มนี้เป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้ง

ทางร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม และอิทธิพลของสื่อ เมื่อสภาพแวดล้อมตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลง วัยรุ่นจึงสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ง่าย และมีความอยากรู้อยากลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klanruangsang⁸ ที่ศึกษาในกลุ่มของวัยรุ่นตอนปลาย มีช่วงอายุตั้งแต่ 18-22 ปี เป็นวัยที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี ซึ่งในกลุ่มวัยนี้มีการศึกษาพบว่ามียัตราการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่สูงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น

บุคคลที่พังกอาศัยด้วย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวส่วนใหญ่อยู่คนเดียวและมีระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวเสี่ยงปานกลาง เนื่องจากการพังกอาศัยอยู่คนเดียว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจ จึงพบว่ากลุ่มนี้มีการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวจำนวนมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klanruangsang⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวส่วนใหญ่พังกอาศัยอยู่กับเพื่อนหรืออยู่คนเดียว ร้อยละ 14.38 ซึ่งมากกว่าพังกอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 5.94

เจตคติต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับเสี่ยงปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว กลุ่มตัวอย่างมีความคิดหรือความเชื่อทางบวกต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The theory of Reasoned Action)⁹ ได้อธิบายว่าเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นตัวกำหนดหรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือ ธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทั้งใน ด้านบวกและด้านลบหรือด้านดีและไม่ดีของบุคคลนั้น เป็นการแสดงออกอย่างง่าย ๆ ถึงการตัดสินใจของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นดีหรือเลว ชอบหรือต่อต้านการกระทำนั้น สอดคล้องกับงานวิจัย Sripon⁵ พบว่าเจตคติเป็นองค์ประกอบที่มีอำนาจในการทำนายการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวมากที่สุด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ถ้ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงหรือมีผลกระทบต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่เกิดขึ้น

กับตนเอง จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย Sritoomma¹⁰ พบว่า ผู้บริโภคที่มีการรับรู้ความเสี่ยงน้อยจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์มากกว่าผู้บริโภคที่มีการรับรู้ความเสี่ยงมากถึงมากที่สุด

การรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว จากงานวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่มีสารต้องห้ามในเครื่องสำอาง ได้แก่ กรดเรติโนอิกหรือกรดวิตามินเอ สารไฮโดรควิโนน สารสเตียรอยด์ และสารปรอท ซึ่งสาเหตุที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่มีสารต้องห้ามในเครื่องสำอางดังกล่าว เพราะเมื่อใช้แล้วเห็นผลเร็ว ผิวขาวเนียนใสจริงภายในระยะเวลาอันสั้น และยังพบว่ากรณีผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว โดยกลุ่มตัวอย่างให้พนักงานคลินิกเสริมความงามเป็นผู้จัดให้ ปัญหาเหล่านั้นนับว่ายิ่งทวีคูณความรุนแรงมากยิ่งขึ้นไปเรื่อย ๆ หากบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงหรือมีโอกาสที่จะได้รับความรุนแรงหรือมีผลกระทบต่าง ๆ เกิดขึ้นกับตน จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลนั้นลงมือกระทำพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงหรือป้องกันความรุนแรงหรือมีผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การศึกษานี้เองทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักถึงอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดผิด ดังนั้นควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น โดยให้ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวชนิดผิดที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนยาและไม่มีใบอนุญาตในการจำหน่ายให้มีโทษสูงสุดเพื่อลดปริมาณในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้บริโภคต่อไป

อิทธิพลจากเพื่อน เพื่อนเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันหรือใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง มีรสนิยมหรือสนใจเหมือนกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khotsoykharm¹¹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว มักจะมีการชักชวนให้กลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวด้วย

อิทธิพลจากครอบครัว บุคคลในครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ ซึ่งเป็นสถาบันแรกที่เราได้รับการอบรมเลี้ยงดู และได้รับความรู้ต่าง ๆ บุคคลในครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม หากบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวด้วยเช่นกัน และสอดคล้อง

กับงานวิจัยของ Klanruangsang⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อเพิ่มความขาวของผิวได้รับคำแนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์จากครอบครัวหรือเพื่อน มากที่สุด

อิทธิพลจากบุคคลที่ชื่นชอบ บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างชื่นชอบ เช่น ดารา นักแสดง นักร้อง หรือ เน็ตไอดอล หากบุคคลเหล่านั้น ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวหรือมีการโฆษณาแนะนำ ชักชวน จะสามารถสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการอยากใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวตาม เพราะอยากสวย อยากขาว เหมือนกับบุคคลที่ชื่นชอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dangpathio¹² พบว่าผู้บริโภคมีการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อผิวขาว เพราะกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ เช่น กูรู/บล็อกเกอร์ ดารา นางแบบ รองลงมาเป็นการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อผิวขาว เพราะได้รับทราบสรรพคุณและประโยชน์จากสื่อโฆษณา

อิทธิพลจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ด้วย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ สามารถให้การคำปรึกษา แนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว จึงส่งผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klanruangsang⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มโอกาสในการใช้ผลิตภัณฑ์ 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับตัวอย่างที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

อิทธิพลจากพนักงานขาย จากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าถ้าพนักงานขายมีบุคลิกภาพที่ดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส มีการบริการที่ดี ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ได้อย่างละเอียด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากพนักงานขายไม่มีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้าที่มาซื้อก็ย่อมส่งผลในทางลบนั้นเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวแล้วจะได้รับผลเชิงลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวน้อย แต่ถ้าได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลผลิตภัณฑ์จากพนักงานขายที่ดีก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อ

ผิวขาวมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Plabplasri¹⁵ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามไม่ค่อยสนใจพนักงานขาย โฆษณาทางวิทยุ แต่ให้ความสนใจกับโฆษณาผ่านเว็บไซต์และการจำหน่ายในช่องทางอินเทอร์เน็ต

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคที่ควบคุมโดยเฉพาะผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่จำหน่ายผ่านทางช่องทางออนไลน์ ซึ่งกฎหมายที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมถึงสถานการณ์ในปัจจุบัน และความนิยมในการซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวทางออนไลน์มีมากขึ้นเรื่อย ๆ

2. หน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบควรเผยแพร่ข่าวสาร สร้างความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ควรจัดทำสื่อออนไลน์เกี่ยวกับอันตรายของผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวและสารอันตรายที่ผิดกฎหมายในผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว

3. จากการศึกษาที่พบว่าบุคคลที่ไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พนักงานคลินิกเสริมความงามเป็นผู้ที่ฉีดผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวให้แก่ผู้บริโภค เป็นต้น ดังนั้นหน่วย

งานที่รับผิดชอบควรมีการสุ่มตรวจตามสถานพยาบาลหรือคลินิกเสริมความงาม ควรมีบทลงโทษสูงสุดเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวในสถานศึกษาอื่น ๆ หรือ ในสาขาอาชีพอื่น ๆ เพื่อใช้ในการออกแบบการวิจัยแบบจัดกิจกรรมแทรกแซงด้วยทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (intervention) เพื่อให้เห็นแนวทางในการป้องกันและระมัดระวังการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวมากขึ้น

2. เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาแต่กลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ดังนั้นควรมีการศึกษาของกลุ่มอื่นด้วย กล่าวคือ ผู้ที่ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว หรือผู้เคยใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวปัจจุบันไม่ใช้แล้ว เพื่อศึกษาว่าเพราะเหตุใดผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวยังคงใช้อยู่ และผู้ที่เคยใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว เหตุใดจึงเลิกใช้ แล้วผู้ที่ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว ทำไมจึงไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาว เพื่อศึกษากำหนดขนาดปัญหา แล้วหาแนวทางป้องกันการมีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวที่ไม่เหมาะสมต่อไป

References

1. Phandet A. Empowering consumers across Thailand unite to report illegal health products and complain to the FDA with the mission to protect consumers on health products. FDA Journal 2014;76-8. (in Thai).
2. Prasongkool K, Ruengorn C. Analysis of the situation on contamination of prohibited harmful substances in facial cosmetics in Amphur Nangrong, Buriram province during 2013-2016. Thai Journal of Pharmacy Practice 2017;9(2):361-9. (in Thai).
3. Cosmetic Control Group Food and Drug Administration. List of establishments that have GMP certification [Internet]. 2019 [cited 2020 January 10]. Available from: <http://www.fda.moph.go.th/sites/Cosmetic/ViewGMP>
4. Phucharern O, Rodkaew A, Konkong C. Knowledge attitude and consumer behavior of glutathione products among university students. PSRU Journal of Science and Technology 2018; 3(3):50-63. (in Thai).

5. Sripon T, Kesama B, Suwannakul S, Chaksupa N, Phattarabenjapol S. The use of glutathione for whitening skin among UbonRatchathani university students according to the theory of planned behavior. *IJPS* 2016;11(Supplement): 171-8. (in Thai).
6. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and ecological approach. 3rd ed. Mayfield: Mountain View, CA; 1999.
7. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University Ramathibodi Pharmacy. Dangers of banned substances in cosmetics [Internet]. 2019 [cited 2020 April 10]. Available from: www.med.mahidol.ac.th
8. Klanruangsang P, Sompopcharoen M, Aimyong N. Decision making about skin whitening products among undergraduate student in Bangkok. *KKU Research Journal (Graduate Study)* 2018;18(1):13-23. (in Thai).
9. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research reading. Massachusetts: Addison Wesley; 1975.
10. Sritoomma C, Muktabhant B. Dietary supplement consumption behaviour of bachelor's degree students in social sciences, Khon Kaen University. *KKU Journal for Public Health Research* 2015;8(4): 6-13. (in Thai).
11. Khotsongkharm R, Vatanasomboon P, Therawiwat M. Factors associated with the use of skin whitening products among senior high school students, Chanthaburi province. *Thai Journal of Health Education* 2021;44(1):115-128. (in Thai).
12. Dangpathio H. Marketing mix, attitudes and motives affecting the purchasing decision in nutritional supplements for whitening skin of teenagers in Bangkok [master's thesis]. Bangkok: Bangkok University; 2017. (in Thai).
13. Plabplasri T, Cruawong P. The behaviors of consuming supplementary food of students Kamphaeng Phet Rajabhat University Maesot. *Naresuan 12th Researches and Innovation for Development* 2016;12:1439-51. (in Thai).

บทความวิจัย

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา: อะไรที่พระสงฆ์ต้องการ Health Care for Monks in a Muang District, Nakhon Ratchasima: What are the Health Needs of Monks?

Received: Sep 16, 2021

Revised: Jan 13, 2022

Accepted: Jan 20, 2022

ผกาทิพย์ สิงห์คำ พย.ม. (Pakatip Singkham, M.N.S.)¹พรฤดี นิธิรัตน์ ปร.ด. (Pornruedee Nitirat, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ การพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืนต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้านจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้ยังไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม 2) เพื่อเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาแบบวิจัยผสมวิธี The QUAN-QUAL Model (Triangulation Mixed Design) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณคือ พระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 379 รูป กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพคือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง และต้องการให้มีกิจกรรมถวายความรู้ที่วัด 2) พระสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมดี แต่ยังฉันทานอาหารหวานจัดและไขมันสูง และการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดเอื้อให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี แต่ยังต้องการการจัดการสัตว์นำโรคและสัตว์จรจัด รวมถึงการปรับห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ 4) พระสงฆ์ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 5) พระสงฆ์ได้รับการดูแลสุขภาพจากภรรยาสมาชิกที่สุดเรื่องการจัดการอาหารถวาย 6) พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในระดับปานกลาง และต้องการให้ปรับปรุงบริการสำหรับพระสงฆ์ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดทางวินัยสงฆ์ จากข้อค้นพบนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ 4 ด้าน คือ ด้านพระสงฆ์ ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านประชาชน และด้านการบริหารจัดการ

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, E-mail: pakatip@knc.ac.th

²Corresponding author ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, E-mail: pornruedee@knc.ac.th

^{1,2} Boromrajonni College of Nursing, Nakhomratchasima, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

สรุป: การพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ยังพบว่าเป็นปัญหาอยู่

ข้อเสนอแนะ: ผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ควรพิจารณานำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: พระสงฆ์, สุขภาพพระสงฆ์, ความต้องการทางสุขภาพ

Abstract

Introduction: Monks are a population at risk of health problems. Sustainable health enhancement in monks requires well-rounded perspectives from stakeholders. However, those perspectives are unclear.

Objectives: 1) to examine monks' needs based on predisposing, enabling, and reinforcing factors; 2) to propose policy recommendations for monk's health care in Muang District, Nakhon Ratchasima province.

Methodology: The study design was QUAN-QUAL model (Triangulation Mixed Design). Samples in a quantitative study were 379 monks in Muang District, Nakhon Ratchasima province, and the participants in a qualitative study were 30 stakeholders. Data were collected using a questionnaire, in-depth and focus-group interview guides, and an observation form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The study revealed that 1) monks had health knowledge in a middle level and requested for health education which periodically provided at their temple; 2) monks reported an overall good health behaviors, except for smoking, and consuming foods which contained high sugar and fat; 3) temple environment could help to promote monks' health, however, animal carriers elimination and elderly restrooms were needed; 4) monks still had limitations in health information access; 5) Buddhist folds mainly help monks only with food preparation; and 6) monks satisfied with public health services in a middle level and they asked for specific improvement concerning on monastic disciplines. These findings could generate policy recommendations in 4 aspects: monks, healthcare providers, Buddhists, and health system management.

Conclusion: The enhancement of monk's healthcare in Muang District, Nakhon Ratchasima province needs to emphasize problematic predisposing, enabling, and reinforcing factors.

Implication: Those responsible for monks' health should employ the findings from this study to improve monk-related healthcare in their areas with area-context adjustment.

Keywords: Monk, Monks' health, Health needs

บทนำ

ศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติไทย โดยปัจจุบัน ประชากรไทยร้อยละ 93.5 นับถือศาสนาพุทธ¹ พระสงฆ์เป็นผู้สืบทอดพระพุทธศาสนา โดยปฏิบัติและเผยแผ่หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า รวมถึงเป็นที่พึ่งทางจิตใจของพุทธศาสนิกชนและของชุมชน อย่างไรก็ตามพระสงฆ์เป็นนักบวชที่มีวิถีชีวิตแตกต่างจากประชาชนทั่วไป และดำรงชีพจากการสงเคราะห์ของคนในชุมชน ดังนั้นสังคมไทยจึงควรดูแลพระสงฆ์อย่างเหมาะสมในฐานะพลเมืองของประเทศ

ในเชิงสุขภาพ เนื่องจากพระสงฆ์ต้องรักษาศีล ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดีซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่²⁻⁴ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพพระภิกษุสามเณรทั่วประเทศจำนวน 252,851 รูป จาก 41,142 วัด ในปี 2559 พบว่ามีพระภิกษุสามเณรที่สุขภาพดีเพียงร้อยละ 52 ในขณะที่พบภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพร้อยละ 19 และอาหารถึงร้อยละ 30 โดยโรคที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมด ได้แก่ โรคเมหะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้อาหารคือ ระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ดัชนีมวลกายเกณฑ์มาตรฐาน และการสูบบุหรี่⁵ ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ยังมาจากการขาดความรู้และความตระหนัก รวมถึงการมีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การศึกษาที่จังหวัดขอนแก่นพบว่าเมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง และมีพระสงฆ์ ร้อยละ 31.88 ที่ระบุว่าตนเองไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ⁶ ซึ่งสะท้อนว่าพระสงฆ์ไม่ทราบถึงสิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2561 ที่พบว่าพระสงฆ์เพียงร้อยละ 33 ที่รู้ว่าพระสงฆ์มีสิทธิหลักประกันสุขภาพตามกฎหมาย⁷ นอกจากนั้นมีพระสงฆ์ที่ไม่เคยเข้ารับอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพราะไม่มีเวลาไปอบรม ไม่มีหน่วยงานเข้ามาอบรมให้ และไม่ทราบสถานที่อบรม โดยพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 67.8 ระบุว่ามีความรู้ในการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด 2 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาลตนเองและการไปตรวจสุขภาพประจำปี⁸

ประเทศไทยมีนโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เป็นรูปธรรมเด่นชัดคือ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560” ซึ่งกำหนดข้อตกลงที่เป็นเจตจำนงร่วมกันของพระสงฆ์ ชุมชน สังคมและหน่วยงานที่เป็นภาคีทุกภาคส่วน เพื่อใช้เป็นกรอบในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม⁹ การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในสังคมไทยปรากฏเพิ่มขึ้นตามลำดับ มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รวมถึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในหลายพื้นที่¹⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์และประชาชน องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงยังมีความจำกัดอยู่เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์และประชาชน ยังขาดข้อมูล/มุมมองที่หลากหลายจากภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในปีงบประมาณ 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 9 และจังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้าน ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่เป็นปัจจุบัน และยังขาดข้อมูลความต้องการของพระสงฆ์ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาเพื่อหาข้อมูลดังกล่าว จากมุมมองของพระสงฆ์ ฆราวาสผู้ดูแลในวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารสาธารณสุข โดยกำหนดขอบเขตความต้องการการดูแลสุขภาพตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งจะครอบคลุมทั้งปัจจัยที่มาจากตัวพระสงฆ์ และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก¹¹ และต้องการข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งในภาพกว้างและในเชิงลึก สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
2. เพื่อเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยผสมวิธี The QUAN-QUAL Model (Triangulation Mixed Design)¹²

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study: Descriptive study)

ประชากร คือ พระสงฆ์ทั้งหมดที่จำวัดอยู่ในวัด 160 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา รวมจำนวน 2,739 รูป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงสำรวจ โดยกำหนดขนาดประชากรพระสงฆ์ 3,000 รูป ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมรับความคลาดเคลื่อนของการประมาณสัดส่วนที่ $\pm 5\%$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 353 รูป¹² และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 รูป

ผู้วิจัยเลือกกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ เป็นพระสงฆ์สัญชาติไทยที่บวชและมีใบสุทธิพระมาแล้วอย่างน้อย 1 พรรษา และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออกได้แก่ พระสงฆ์ที่ตอบแบบสอบถามมีความสมบูรณ์น้อยกว่า ร้อยละ 50

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดย

1. แบ่งพื้นที่อำเภอเมืองเป็น 2 ส่วน คือ พื้นที่ในเขตเทศบาล (มีจำนวน 38 วัด มีพระสงฆ์ 493 รูป กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 70 รูป) และพื้นที่นอกเขตเทศบาล (มีจำนวน 122 วัด มีพระสงฆ์ 2,246 รูป กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 320 รูป)¹³

2. ในพื้นที่เขตเทศบาล ประกอบด้วยตำบลในเมือง (แบ่งเขตปกครองเป็น 6 เขต) และตำบลโพธิ์กลาง สุ่มอย่าง

ง่ายโดยการจับฉลากเลือกเขตปกครอง/ตำบล สุ่มได้เขตปกครอง 1 เขต และสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกวัดจำนวน 5 วัด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 รูป

3. ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล ประกอบด้วย 20 ตำบล สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกตำบล โดยกำหนดให้พระสงฆ์ทุกวัดในตำบลที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง สุ่มได้ 6 ตำบล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 343 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ปัจจัยนำ)¹¹ ปรับปรุงจากแบบสอบถามของพระสุกสะหวັນ บดชะหมวน⁹ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ประกอบด้วยการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ให้เลือกตอบมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจ = 0 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder Richardson 20 ที่ระดับ .92 การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตามหลักการของ Bloom¹⁴

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ปัจจัยนำ)¹¹ ปรับปรุงจากแบบสอบถามของพระสุกสะหวັນ บดชะหมวน⁹ ประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 22 ข้อ ให้ระบุความถี่ในการทำพฤติกรรม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อย โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .81

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อการจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ (ปัจเจกเอื้อ)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ระบุระดับความคิดเห็นต่อการจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดจำนวน 14 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี พอใช้ แย่ และแย่มาก โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .92

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของพระสงฆ์ (ปัจเจกเอื้อ)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ระบุระดับความยากง่ายในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจำนวน 5 ข้อและการเข้าถึงบริการสุขภาพของพระสงฆ์จำนวน 7 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ ง่ายมาก ง่าย ปานกลาง ยาก และยากมาก โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .86

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นต่อการได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จากฆราวาสผู้ดูแลในวัด (ปัจเจกเอื้อ)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ระบุระดับความคิดเห็นต่อการได้รับการดูแลสุขภาพจากฆราวาสผู้ดูแลในวัดจำนวน 5 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .82

ส่วนที่ 7 การได้รับบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้เฉพาะพระสงฆ์ (ปัจเจกเสริม)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการจัดที่นั้งเฉพาะ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยให้พระสงฆ์ที่เคยไปรับบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ ระบุว่าได้

รับบริการที่จัดให้เฉพาะแก่พระสงฆ์หรือไม่ กำหนดบริการที่จัดให้เฉพาะแก่พระสงฆ์จำนวน 6 เรื่อง

ส่วนที่ 8 ความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้พระสงฆ์ (ปัจเจกเสริม)¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) ความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่จัดให้แก่พระสงฆ์ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็นคะแนน 0-10 โดย 0 = ไม่พึงพอใจเลย และ 10 = พึงพอใจมากที่สุด และ 2) ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่จัดให้แก่พระสงฆ์ เป็นคำถามปลายเปิด

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study: Qualitative Description)¹⁵

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เลือกโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Maximum Variation Sampling) ตามแนวทางของ Miles and Huberman¹⁶ ประกอบด้วย 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ พระสงฆ์ ฆราวาสผู้ดูแลภายในวัด เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพระสงฆ์และฆราวาสผู้ดูแลในวัด ให้เสนอชื่อจากเจ้าคณะจังหวัดและเจ้าอาวาสวัด ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้วิจัยเลือกตามตำแหน่งงานที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นจำนวน 30 คน เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูล อาจเพิ่มหรือลดจำนวนผู้ให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธี คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูล จำนวนผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล/ แหล่งข้อมูล	ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูล	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/ เครื่องมือ
พระสงฆ์ลูกวัด (จำนวน 8 รูป)	- การดูแลสุขภาพตนเอง - การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ - การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของพระสงฆ์ - การสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากฆราวาสผู้ดูแลในวัด - ความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่มีให้แก่พระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้นำสงฆ์ ได้แก่ - เจ้าคณะจังหวัด - เจ้าคณะอำเภอ - เจ้าอาวาสวัด (จำนวน 5 รูป)	- การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ - ความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่มีให้แก่พระสงฆ์ - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
ฆราวาสผู้ดูแลในวัด (จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน)	- การสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากฆราวาสผู้ดูแลในวัด - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสนทนากลุ่ม/ แนวคำถามสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม
เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ (จำนวน 2 คน)	- การให้บริการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
เจ้าหน้าที่ อปท. (จำนวน 2 คน)	- การให้บริการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้รับผิดชอบระดับ นโยบาย ได้แก่ - เจ้าหน้าที่ สสจ. - เจ้าหน้าที่ สสอ. (จำนวน 3 คน)	- นโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - การให้บริการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของจังหวัด - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - แนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของจังหวัด	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
วัดจำนวน 10 วัด	การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ	การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม/ แบบบันทึกการสังเกต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ 1 คน พระสงฆ์ 2 รูป และผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 1 คน และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยประเมินคุณภาพของเครื่องมืออีกครั้ง ก่อนจะนำไปดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามเอกสารจริยธรรมรับรองเลขที่ COA No.05/2564 ระยะเวลารับรองคือ วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 25 มกราคม พ.ศ. 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่วัดแต่ละแห่งและดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญและเดินทางไปเก็บข้อมูลที่วัด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และมีการบันทึกเสียงระหว่างการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis)

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามคือ พระสงฆ์ 379 รูป ร้อยละ 81.5 เป็นพระสงฆ์ในวัดที่อยู่นอกเขตเทศบาล ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 37.5) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.59 ปี ($SD = 17.23$) บวชมาแล้วเฉลี่ย 9.89 พรรษา ($SD = 11.17$) เกือบทั้งหมดเป็นพระลูกวัด (ร้อยละ 84.2) เกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.3) ส่วนการศึกษาทางโลก พระสงฆ์ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.2) การตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่ได้

รับมากที่สุดคือ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว (ร้อยละ 70.7) ส่วนที่ได้รับน้อยที่สุดคือ การตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 46.7) ทั้งนี้พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.6) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 60.7)

ผลการศึกษาส่วนที่ 1 ความต้องการการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

จากการสอบถามพระสงฆ์ 379 รูป สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน และการสังเกตวัด 10 วัด ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

1. พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง และพระสงฆ์ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาถวายความรู้ที่วัดอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง (ปัจจัยนำ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.7) มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.35$, $SD = 5.66$) เรื่องที่พระสงฆ์มีความรู้มากที่สุดได้แก่ เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ ($\bar{X} = 0.87$, $SD = .34$) รองลงมาคือเรื่องการออกกำลังกายช่วยคลายเครียดได้ ($\bar{X} = 0.83$, $SD = .38$) ส่วนเรื่องที่พระสงฆ์มีความรู้น้อยที่สุดได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการนอนที่เพียงพอต่อวัน ($\bar{X} = 0.20$, $SD = .40$) รองลงมาคือไม่ทราบว่ามีผลไม้อะไรหวานจัดเป็นอันตรายต่อร่างกาย ($\bar{X} = 0.27$, $SD = .44$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันไปในทางเดียวกันว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพพระระดับหนึ่ง ซึ่งมีแนวโน้มว่าพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากการแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไปรับการรักษาโรค พระสงฆ์ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมถวายความรู้ที่วัด เรื่องการดูแลสุขภาพพื้นฐานอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อปี และพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ต้องการให้อบรม พัฒนาให้มีพระ อสว. เพิ่มขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“พระก็อยู่ตามสภาพแต่ละวัด การดูแลสุขภาพก็ประมาณพอใช้ถึงปานกลางไม่เต็มร้อย อยากได้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพทั่ว ๆ ไป อาหารการกิน ความเป็นอยู่” (พระสงฆ์)

“พระก็มีความรู้ประมาณหนึ่ง รูปที่ป่วยไปหาหมอ ก็ได้รับความรู้จากหมอ รูปที่ไม่ป่วยก็ไม่ค่อยมีใครเข้ามาให้ความรู้ที่วัด ท่านก็อาจจะได้จากการดูข่าว” (ผู้นำสงฆ์)

“โดยส่วนตัวคิดว่าเจ้าหน้าที่ควรลงมาให้ความรู้ที่วัด อย่างน้อยปีละครั้งสองครั้งก็ยังดี มาตรวจเช็คสุขภาพประจำปีไปด้วยเลย ให้ไปตรวจกันเองพระก็จะไม่ค่อยอยากไปตรวจ (พระสงฆ์)”

“อาตมาเป็นพระ อสว. รูปเดียวในตำบล ดูแลไม่ทั่วถึงหรอก ควรจะอบรมให้มีพระ อสว. เพิ่ม หรือไม่ก็ อบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพพระทั้งตำบลเลย ปีละครั้งก็ได้” (พระสงฆ์)

2. พระสงฆ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมดี แต่ยังฉันทาอาหารหวานจัดและไขมันสูงเพื่อสนองศรัทธาผู้นามถวาย รวมถึงเมื่อมีความทุกข์จะเก็บไว้โดยไม่ปรึกษาผู้อื่น และการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพระสงฆ์ (ปัจจัยนำ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับดี ($\bar{X} = 82.63$, $SD = 8.10$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พระสงฆ์ทำได้ดีที่สุดได้แก่ การล้างมือทุกครั้งหลังการขับถ่าย ($M = 4.66$, $SD = .76$) รองลงมาคือการฉันทาอาหารตรงเวลา ($\bar{X} = 4.62$, $SD = .78$) ส่วนพฤติกรรมที่พระสงฆ์ทำได้น้อยที่สุดได้แก่ การปรึกษาผู้อื่นเมื่อรู้สึกเครียด/มีความทุกข์ ($\bar{X} = 2.37$, $SD = 1.18$) รองลงมาคือหลีกเลี่ยงการฉันทาอาหารไขมันสูง ($\bar{X} = 2.99$, $SD = .94$) และอาหารหวานจัด ($\bar{X} = 3.07$, $SD = .95$) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 55.9 ที่สูบบุหรี่ และในจำนวนนี้เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวันและเกือบทุกวัน ร้อยละ 61.8

ข้อมูลเชิงคุณภาพสนทนากับพระสงฆ์บางรูปก็มีเรื่องที่ทุกซอก โดยเฉพาะเรื่องปัญหาปัจจัยที่จะนำมาใช้จ่ายส่วนตัวและภายในวัด แต่ท่านมักไม่ปรึกษาผู้อื่น พระสงฆ์ที่เจ็บป่วยพยายามเลี่ยงการฉันทาอาหารที่จะส่งผลต่อโรคที่เป็นอยู่ แต่ก็ยังต้องฉันทอยู่บ้างเพื่อไม่ให้ผู้ถวายเสียความตั้งใจ หรือต้องฉันทเพราะไม่มีอาหารให้เลือก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังระบุตรงกันว่าพระสงฆ์ฉันทเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำตามความชอบ และยอมรับว่ามีพระสงฆ์จำนวนมากที่สูบบุหรี่ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ความทุกข์ท่านก็มีนะ ยิ่งช่วงนี้โควิดมันกระทบทุกอย่าง กิจกรรมดลัมเลิกหมด....รูปที่ต้องเล่าเรียนก็ยังต้องใช้เงิน....พระก็มีค่าใช้จ่ายเยอะ แต่พระท่านก็ไม่กล้าพูดให้โยมฟังหรอก” (พระวาสนผู้ดูแลในวัด)

“พอป่วยก็จะปรับพวอาหารหวาน ๆ ลง กินกาแฟดำตามคำแนะนำของหมอ อย่างพวกเอมร้อย คาราบาว เป๊ปซี่ก็ลดลงเยอะ แต่บางทีอาหารที่ถวายมาไม่มีให้เลือก โยมซื้อใส่บาตรมาแบบไหน พระก็ต้องฉันท” (ผู้นำสงฆ์)

“การฉันทเครื่องดื่มชูกำลังพระก็จะฉันทบ้างตอนทำงาน แต่กาแฟจะฉันทเป็นประจำ ส่วนมากสะดวกเป็นทรินวัน....อาตมาว่าเป็นเพราะความเคยชินตั้งแต่ก่อนบวช หรือพระสูบบุหรี่ท่านสูบมาตั้งแต่ยังไม่บวชแล้ว ที่นี้มีพระ 10 รูป สูบบุหรี่ประมาณ 4 รูปได้” (ผู้นำสงฆ์)

อย่างไรก็ตาม การถวายเครื่องอุปโภคบริโภคของญาติโยมมีแนวโน้มเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น มีการคำนึงถึงสุขภาพพระสงฆ์มากขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“ญาติโยมก็เปลี่ยนนะ ถวายน้ำพริกผักเยอะขึ้น แกงกะทิน้อยลง ของหวานเริ่มน้อยลง เมื่อก่อนพวกขนมทองหยิบทองหยอดเยอะ ตอนนี้ก็เปลี่ยนเป็นผลไม้มากขึ้น” (พระสงฆ์)

3. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดเอื้อให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี แต่ยังต้องการการจัดการสัตว์นำโรค และสัตว์จรจัด รวมถึงการทำห้องน้ำให้เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ (ปัจจัยเอื้อ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) เห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 54.63$, $SD = 8.66$) สิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพมากที่สุดได้แก่ อากาศในวัดและในกุฏิถ่ายเทสะดวก ($\bar{X} = 4.22$, $SD = .83$) รองลงมาคือ ความเพียงพอของแสงสว่างภายในวัด ($\bar{X} = 4.20$, $SD = .79$) ในทางตรงกันข้ามสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพน้อยที่สุดได้แก่ ห้องน้ำไม่มีราวจับสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 1.05$) รองลงมาคือ การจัดตุ้ยไม่เป็นระเบียบ ($\bar{X} = 3.55$, $SD = .97$) และการมีสัตว์นำโรคในวัด ($\bar{X} = 3.66$, $SD = .92$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์บ่งชี้ว่าพระสงฆ์เป็นผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมในวัดเอง และสังเกตพบว่าวัดส่วนใหญ่

มีสุขภาพทั้งแบบนั่งยองและแบบชักโครก แต่ยังไม่ทำราวจับในห้องน้ำสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ วัดส่วนใหญ่จัดวางยาไว้ในตู้ยาหรือตู้กระจกโดยวางยาทุกชนิดรวมกัน และพบว่ามียาที่หมดอายุแล้ววางรวมอยู่ หนูเป็นปัญหาสัตว์นำโรคที่สำคัญของวัดในเขตเทศบาล ในขณะที่สุนัขและแมวจรจัดเป็นปัญหาของวัดนอกเขตเทศบาล ดังคำพูดต่อไปนี้

“ห้องน้ำของวัดก็มีทั้ง 2 แบบ หลวงพ่อแก่แล้วแต่ใช้แบบนั่งยองเพราะถนัดแบบนั้น ในห้องน้ำไม่มีที่จับ ก็ใช้มือทาบกำแพงเอาเวลาลุก.....ปกติพระทำความสะอาดห้องน้ำเอง” (ผู้นำสงฆ์)

“ยากี่แกะจากสังฆทาน จัดไว้ในตู้ก็ไม่ได้แยกหรือว่าเป็นยาภายในหรือภายนอก” (พระสงฆ์)

“ก็มีแต่หนูนี้แหละ เยอะมาก บางทีแม่ครัวก็ซื้อยามาเบื่อ...กำจัดไม่หมดหรอก วัดอยู่ใกล้ตลาด” (ฆราวาสผู้ดูแลในวัดในเขตเทศบาล)

“สัตว์เลี้ยงในวัดเป็นภาระของพระ มีคนเอามาปล่อย.....มันมีลูกเยอะแยะทั้งหมาทั้งแมว แมวเป็น 30 ตัว” (ฆราวาสผู้ดูแลในวัดนอกเขตเทศบาล)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพยายามในการควบคุมจำนวนสุนัขและแมวในวัด แต่พบว่ามีปัญหาอุปสรรคในเชิงการบริหารจัดการ ทำให้การแก้ปัญหาทำได้ยาก ดังคำพูดต่อไปนี้

“จะสำรวจประชากรสุนัขในวัดยังยากเลย....เจ้าหน้าที่ลงไปทำหมัน ไปฆ่าเห็บหมัด ไปฉีดวัคซีน ทุกอย่างพร้อมแต่จับหมาไม่ได้ตามเป้าเลย การจะจับหมาไปศูนย์พักพิง (ศูนย์พักพิงสุนัขจรจัด “นครชัยบุรินทร์”) ตอนนี้เหมือนกับว่าศูนย์เต็ม ทางเราก็มองไม่มีที่พักสัตว์” (เจ้าหน้าที่ อบท.)

4. พระสงฆ์เดินทางไปรับบริการสุขภาพได้สะดวก แต่ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (ปัจจัยเอื้อ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.3) รับรู้ว่าตนเองเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ง่าย ($\bar{X} = 44.66$, $SD = 7.78$) เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอันดับแรกที่พระสงฆ์รับรู้ได้แก่ การมีอาสาสมัครประจำบ้านไว้ฉีฉนเมื่ออาพาธ ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .84$) รองลงมาคือ การไปรับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\bar{X} = 3.96$, $SD = .82$) ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอันดับสุดท้ายที่พระสงฆ์รับรู้ได้แก่ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.39$,

$SD = .94$) รองลงมาคือ การได้พูดคุยความรู้เรื่องสุขภาพกับผู้อื่น ($\bar{X} = 3.45$, $SD = .92$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าพระสงฆ์เข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยไม่ลำบาก ทั้งการเดินทางและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามพระสงฆ์หลายวัดระบุตรงกันว่าไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาดูแลสุขภาพที่วัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าพระสงฆ์ยังไม่ใช้กลุ่มเป้าหมายหลักในการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นยังพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังคำพูดต่อไปนี้

“เวลาพระจะไปหาหมอ ก็มีโยมที่วัดพาไป ไม่ก็เรียกตุ๊กๆ เรียก Grab เรียกสามล้อไป ก็สะดวกอยู่ พระสงฆ์ที่นี้มีสิทธิ์บัตรทองทุกรูป” (ผู้นำสงฆ์)

“กลุ่มพระสงฆ์ ถ้าจัดลำดับก็จะอยู่ลำดับกลาง ๆ กลุ่มที่เราจะให้ความสำคัญก่อนจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่ม 7 โรคเรื้อรัง” (เจ้าหน้าที่ อบท.)

“อบต. มีงบของ สปสช.และมีงบของ อบต. เองทาง รพ.สต. เขียนโครงการมาของบได้ แต่ไม่เห็นทางของนามัยจะส่งโครงการดูแลพระสงฆ์มา ส่วนใหญ่เป็นดูแลคนกลุ่มอื่น” (เจ้าหน้าที่ อบท.)

“ไม่มีเจ้าหน้าที่มาให้ความรู้พระ พระก็จะหาข่าวสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต ก็อาจจะใช้ได้ไม่กี่รูป คนทำเป็นก็จะหาไม่ยาก แต่คนทำไม่เป็นก็จะยาก” (พระสงฆ์)

5. พระสงฆ์ได้รับการดูแลสุขภาพจากฆราวาสมากที่สุด เรื่องการจัดอาหารถวาย ทั้งแบบที่มีและไม่มีคำตอบแทนแต่ฆราวาสยังขาดการช่วยเหลือเมื่อพระสงฆ์มีเรื่องทุกข์ใจ (ปัจจัยเอื้อ)

ประมาณครึ่งหนึ่งของพระสงฆ์ (ร้อยละ 53.3) ระบุว่าได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากฆราวาสผู้ดูแลในวัดในระดับมาก ($\bar{X} = 11.34$, $SD = 2.65$) โดยเรื่องที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดได้แก่ การดูแลสุขภาพด้านอาหาร ($\bar{X} = 2.43$, $SD = .67$) ส่วนเรื่องที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยเหลือเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ($\bar{X} = 2.08$, $SD = .94$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่ามีฆราวาสเข้าไปดูแลจัดอาหารให้พระสงฆ์ แต่มีความแตกต่างกันระหว่างวัดในและนอกเขตเทศบาล กล่าวคือวัดในเขตเทศบาลอาจต้องจ่าย

คำตอบแทนให้ผู้ดูแล ในขณะที่วัดนอกเขตเทศบาลเป็นการเข้าไปดูแลโดยไม่คำตอบแทน นอกจากนั้นพระวาสผู้ดูแลในวัดยังระบุว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือพระสงฆ์ที่มีความทุกข์ได้ โดยทำได้เพียงการรับฟังปัญหาเท่านั้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อเช้าท่านก็ช่วยเหลือตัวเอง บิณฑบาตมาก็ฉัน ห้องใครห้องคนนั้น เมื่อเพลก็มีแม่ครัวทำให้ แม่ครัวก็จ้างจากเงินวัด ถ้าไม่จ้างคน ก็ไม่มีใครทำ” (พระวาสผู้ดูแลในวัดในเขตเทศบาล)

“ผมไปดูแลท่านเจ้าอาวาส ท่านแก่แล้ว ต้มข้าวต้มให้ท่านเกือบทุกวัน” (พระวาสผู้ดูแลในวัดนอกเขตเทศบาล)

“ผมก็ได้ฟังพระบ่นอยู่เหมือนกันว่าไม่มีกิจนิมนต์ ไม่มีปัจจัย เราก็ไม่รู้จะช่วยให้ยังไง เราก็หากินลำบากเหมือนกัน” (พระวาสผู้ดูแลในวัดในเขตเทศบาล)

6. พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในระดับปานกลาง และต้องการให้พระสงฆ์ได้รับการที่รวดเร็วขึ้น โดยคำนึงถึงวัตรปฏิบัติในการฉันเพล และควรจัดที่นั่งเฉพาะให้กับพระสงฆ์ตามความเหมาะสม (ปัจจัยเสริม)

โดยภาพรวมพระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่จัดให้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.77$, $SD = 2.20$) พระสงฆ์ที่เคยไปรับบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 88.2 ระบุว่าเจ้าหน้าที่ให้ความเคารพในฐานะที่เป็นพระสงฆ์ ร้อยละ 83.5 ได้ใช้สิทธิรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าพระสงฆ์ที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้เข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลทุกรูป แต่รูปที่ไม่เคยไปรับบริการอาจไม่รู้ว่าพระสงฆ์มีสิทธิการรักษาพยาบาล พระสงฆ์ระบุความต้องการที่สำคัญ 2 เรื่อง คือ 1) ให้สถานบริการของรัฐให้บริการพระสงฆ์ให้รวดเร็วขึ้น และควรเสร็จก่อนเวลาฉันเพล และ 2) ให้จัดที่นั่งสำหรับพระสงฆ์แยกจากฆราวาส หรือช่วยหาที่นั่งให้ เมื่อมีพระสงฆ์เข้าไปรับบริการ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พระท่านสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม เรื่องของการเข้าถึงสิทธิ์ตรงนี้ก็ทำให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ดีขึ้น” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

“พระสงฆ์ก็มีคิวเหมือนคนปกติ ถ้ามีช่องทางสำหรับพระสงฆ์เลยก็จะเร็วขึ้น ถ้าไปรอนานก็จะติดเรื่อง

ฉันเพลด้วย ยิ่งพระที่มาไกลมารอนานก็จะลำบาก” (ผู้นำสงฆ์)

“รพ. รัฐน่าจะมียี่งของพระสงฆ์ต่างหาก คนเยอะ ๆ บางทีก็เดินชนกันกับโยมเลย” (พระสงฆ์)

“บางทีก็เห็นว่ามีการจัดที่นั่งให้พระอยู่เหมือนกัน แต่โยมก็ไปนั่งกันจนเต็ม พระจะไปบอกกับโยมก็ไม่ได้ น่าจะมีเจ้าหน้าที่มาจัดการให้” (พระสงฆ์)

“ส่วนกลางไม่ได้มีนโยบายชัด ๆ ว่าให้จัดบริการเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาล อย่างที่ รพ. ผอ. เข้าใจว่าจะต้องดูแลพระยังไง ก็จัดที่นั่งสำหรับให้พระสงฆ์ วางนโยบายไว้เลย ที่ รพ. ...ก็พยายามมีตึกสงฆ์อาพาธอยู่นะ” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

7. นโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมายังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ต้องเกิดจากภาคส่วนเจ้าหน้าที่ประชาชน และพระสงฆ์ (ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม)

เจ้าหน้าที่ภาครัฐทั้งระดับปฏิบัติและระดับนโยบายระบุตรงกันว่า นโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน ที่เห็นเป็นรูปธรรมคือ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์” ซึ่งในจังหวัดนครราชสีมา มีเพียงบางพื้นที่ที่ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างเข้มแข็งและเป็นรูปธรรม การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงขึ้นอยู่กับการเห็นความสำคัญของผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ในสถานบริการแต่ละแห่ง ซึ่งจะกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามที่เห็นว่าเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ทุกคนเห็นสอดคล้องกันว่า ควรขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ประชาชน และพระสงฆ์

“จังหวัดเรามีการทำธรรมนูญร่วมกันว่าจะดูแลพระสงฆ์อย่างไร แต่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้เต็มรูปแบบ...งานนี้จะประสบผลสำเร็จได้มันต้องมาจากทั้งทางฝั่งพระและฝั่งสาธารณสุข และถ้ามีภาคส่วนอื่นร่วมอีกเช่น พชอ. ยิ่งดีมาก” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

“สสจ. มีนโยบายเรื่อง Health Station ในชุมชน รพ.สต. ของเราคิดว่าควรกำหนดให้วัดเป็น Health Station เพราะวัดเป็นจุดศูนย์รวมอยู่แล้ว พระก็จะได้เข้าร่วมด้วย” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

“สิ่งที่ประชาชนนำมาถวายพระก็สะท้อนว่าประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ขนาดไหน เราก็ต้อง

รณรงค์ควบคู่กันทั้งพระสงฆ์และประชาชน” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

“จริง ๆ แล้วการทำงานดูแลสุขภาพพระสงฆ์นั้นไม่มีตัวชี้วัดมาเป็นตัวกำกับ คนทำงานเขาก็จะทำงานที่มี KPI ก่อน จึงควรมี KPI การดูแลสุขภาพพระสงฆ์บ้าง แค่อ้อมผ่านในเกณฑ์มาตรฐาน แบบเป็น minimum requirement แล้วปีหน้าให้ขยับสูงขึ้น” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

ผลการศึกษาส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

จากข้อค้นพบสามารถสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายได้ ดังนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านพระสงฆ์

1.1 จัดบริการถวายองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพกายและจิตให้แก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการให้เจ้าหน้าที่ไปถวายความรู้ที่วัด

1.2 ส่งเสริมให้ทุกวัดมีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.1 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้วัดเป็น “สถานีสุขภาพ” (Health Station) ของชุมชน เพื่อให้พระสงฆ์ได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากขึ้น

2.2 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสนอโครงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านประชาชน

3.1 รณรงค์การถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่ม

3.2 ปลุกจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม โดยการไม่นำสัตว์เลี้ยงไปปล่อยที่วัด ร่วมกับการจัดการสัตว์จรจัดแบบครบวงจรตั้งแต่การควบคุมจำนวนและขยายสถานพักพิงสัตว์จรจัดให้เพียงพอ

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบริหารจัดการ

4.1 ผลักดันให้เกิดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และกำหนดเป็นภาระงานขั้นต่ำที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดำเนินการ ร่วมกับการติดตามงานในการประชุมระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

4.2 ส่งเสริมให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการที่เอื้อให้พระสงฆ์ได้รับการบริการอย่างรวดเร็ว มีที่นั่งรอรับบริการแยกจากประชาชนทั่วไป รวมถึงมีเตียง/พื้นที่เฉพาะสำหรับพระสงฆ์อาพาธที่ต้องเข้าพักในโรงพยาบาล

4.3 สนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้เห็นเป็นรูปธรรม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามปัจจัยการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน¹¹ ดังนี้

1. ด้านปัจจัยนำ พบว่าพระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลางและต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาถวายความรู้ที่วัดอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังไม่อาจหลีกเลี่ยงการฉ้อโกงอาหารหวานจัดและไขมันสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนหนึ่งยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พระสงฆ์ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมดูแลสุขภาพที่วัดอย่างต่อเนื่อง⁶ เหตุผลสำคัญที่พระสงฆ์ยังคงฉ้อโกงอาหารหวานมันอยู่เป็นเพราะญาติโยมนำมาถวาย แต่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ก็พยายามฉ้อโกงเพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนธนา สีฟ้า ที่พบว่า พระภิกษุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก แต่ต้องฉ้อโกงอาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารไขมันสูง⁴ ในด้านปัจจัยนำข้อมูลบางส่วนสะท้อนว่าพระสงฆ์ขาดความตระหนักถึง ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีการศึกษาที่บ่งชี้ว่าความตระหนักด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี^{17,18} การศึกษานี้ยังพบว่าเวลาที่พระสงฆ์

มีความทุกข์ ท่านมักจะไม่ปรึกษาผู้อื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พระสงฆ์ถูกคาดหวังจากสังคมว่าเป็นผู้มีจิตสงบ มีปัญญา และควรเป็นผู้ที่ละจากความทุกข์ได้ รวมถึงเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ให้พุทธศาสนิกชน ดังนั้นเวลาที่มีความทุกข์ใจจึงไม่กล้าบอก หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผลการศึกษาอีกประการ ที่น่าสนใจคือ การสูบบุหรี่เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ของพระสงฆ์ สอดคล้องกับผลการสำรวจการสูบบุหรี่ของ พระสงฆ์ 543 รูปจากจังหวัดต่าง ๆ ในปีพ.ศ. 2559 พบ พระสงฆ์ร้อยละ 48.4 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งที่เคยสูบ (ร้อยละ 26.7) และที่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 21.7) โดยร้อยละ 56.9 เข้าใจผิดเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ เพราะขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่¹⁹

2. ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่าสิ่งแวดล้อมภายในวัดเอื้อ ให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี แต่วัดในเขตเทศบาลยังต้องการ การจัดการสัตว์นำโรค โดยเฉพาะหนู ทั้งนี้เป็นเพราะวัดใน เขตเมืองตั้งอยู่ใกล้กัน และใกล้ตลาดที่ตั้งอยู่กลางเมือง ทำให้ หนูจากตลาดเข้าไปที่วัดได้ง่าย สอดคล้องกับข้อมูลทีมงาน ป้องกันและควบคุมโรคเทศบาลนครตรังสุ่มตรวจเฉลี่ยประชากร หนูในตลาด พบว่าอาจมีหนูประมาณ 20,000-30,000 ตัว ที่หากินอยู่ในตลาด เนื่องจากเป็นแหล่งอาหารที่สมบูรณ์²⁰ ซึ่งการกำจัดสัตว์นำโรคควรต้องมีหน่วยงานภายนอกเข้าไป ช่วยเหลือวัด เพราะพระสงฆ์ไม่สามารถล่าหนูหรือบอกให้ ผู้อื่นฆ่าให้ได้ ส่วนวัดนอกเขตเทศบาลพบปัญหาเรื่องสัตว์เลี้ยง ถูกนำมาปล่อยที่วัด ซึ่งสังเกตเห็นได้ว่าทุกวัดมีสัตว์จรจัดและ พระสงฆ์ต้องเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับข้อมูลตัวเลขจำนวน สุนัขและแมวไม่มีเจ้าของ ที่สำรวจโดยองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในปี 2562 ระบุว่าทั่วประเทศยกเว้นกรุงเทพฯ มีสุนัข และแมวไม่มีเจ้าของ 164,144 ตัว²¹ นอกจากนั้นการจัดการ สัตว์จรจัดยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ อย่างชัดเจน รวมถึงสถานกักกันมีไม่เพียงพอ แม้จังหวัด นครราชสีมาจะมีศูนย์พักพิงสุนัขจรจัด แต่ยังไม่สามารถรองรับ สุนัขจรจัดในจังหวัดได้อย่างเพียงพอ

สิ่งแวดล้อมที่วัดเกือบทั้งหมดต้องปรับปรุงคือ การทำราวจับช่วยพยุงและกันการหกล้มในห้องน้ำสำหรับ พระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งราวจับจะช่วยป้องกันอุบัติเหตุ ช่วยพยุงตัว ทรงตัว และป้องกันการลื่นล้ม ในจุดที่มีการนั่ง ลูกยืน และ เดิน²² ซึ่งการที่วัดไม่ได้ทำห้องน้ำให้เหมาะสมนั้น อาจเป็น

เพราะพระสงฆ์และฆราวาสผู้ดูแลในวัดยังไม่มีความรู้และ ยังไม่เห็นความสำคัญ

พระสงฆ์ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยพระสงฆ์รูปที่เจ็บป่วยเท่านั้นที่จะได้รับความรู้ด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่เมื่อไปรับการรักษา ส่วนรูปที่ไม่เจ็บป่วยจะได้ ข้อมูลสุขภาพบ้างจากการดูโทรทัศน์และทางสื่อสังคมออนไลน์ (ทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นหลัก) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ พระสกุสสะหวัณ บุตตะหวมวน ที่พบว่าพระสงฆ์ไม่เคยอบรม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพราะไม่มีเวลาไปอบรม ไม่มี หน่วยงานเข้ามาอบรมให้ และไม่ทราบสถานที่อบรม⁸ พระสงฆ์ในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 48.59 ปี และบวชมา แล้วเฉลี่ยเกือบ 10 พรรษา จึงเป็นไปได้ว่าจะมีทักษะด้าน เทคโนโลยีน้อย ทำให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางสื่อสังคม ออนไลน์ได้น้อย สิ่งที่ควรให้ความสำคัญคือ พระสงฆ์เข้าถึง ข้อมูลจากแอปพลิเคชันไลน์เป็นหลัก หากขาดสมรรถนะ การรู้เท่าทันสื่อ อาจทำให้เชื่อข่าวสารที่บิดเบือนได้

3. ปัจจัยเสริม พบว่าฆราวาสเข้าไปดูแลพระสงฆ์ เรื่องการจัดอาหารถวายเป็นหลัก อาจเนื่องจากพระธรรมวินัย กำหนดไว้ว่าให้ภิกษุฉันอาหารที่ได้รับประเคนแล้วเท่านั้น เพื่อให้ภิกษุสำรวมระวังไม่เหยียบฉวยของผู้อื่นโดยไม่ได้รับ อนุญาต²³ ส่วนเรื่องที่ฆราวาสดูแลพระสงฆ์น้อยที่สุดคือ การช่วยเหลือเมื่อพระสงฆ์มีเรื่องทุกข์ใจ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาข้างต้นที่พระสงฆ์ระบุว่าเวลามีปัญหา ท่านมัก ไม่ปรึกษาใคร อีกประการหนึ่งคือ ปัญหาที่พระสงฆ์ทุกข์ใจ อาจเป็นเรื่องส่วนตัวที่ฆราวาสจะเข้าไปช่วยเหลือได้ยาก และฆราวาสเองก็อาจรู้สึกอึดอัดใจที่จะเข้าไปดูแลสภาพจิตใจ ของพระ และอาจเห็นว่าพระสงฆ์มีการปฏิบัติเพื่อดูแล สภาวะทางจิตใจของตนเองได้ด้วยการเจริญสติและการทำ สมาธิ จึงทำให้พบว่าขาดการช่วยเหลือในด้านนี้มากที่สุด

ส่วนระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ พระสงฆ์มี ความพึงพอใจในระดับปานกลาง และต้องการได้รับการที่ รวดเร็วขึ้น เนื่องจากพระสงฆ์มีข้อจำกัดเรื่องการฉันอาหาร เพียงวันละสองมื้อ และมื้อเพลต้องฉันก่อนเที่ยงวัน นอกจาก นั้นต้องการให้จัดที่นั่งเฉพาะให้กับพระสงฆ์แยกจากผู้ป่วย ทัวไป เพื่อไม่ให้ใกล้ชิดกับฆราวาสมากจนอาจผิดพระวินัยได้ ซึ่งการปรับบริการสุขภาพให้เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์มีความ สำคัญ เพื่อให้พระสงฆ์ได้รับการดูแลตามสิทธิความเป็น

พลเมืองไทย และตามบริบทสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา

สำหรับนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา ควรสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ของจังหวัดนครราชสีมาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานบนพื้นฐานความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น ที่เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ช่วยให้พระสงฆ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินงาน⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ควร

พิจารณานำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ ทั้งด้านปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย ควรผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการ
2. ศึกษาต่อยอดเรื่องสุขภาพจิตและการจัดการความทุกข์ของพระสงฆ์ ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษานี้ ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปส่งเสริมสุขภาพจิตพระสงฆ์ได้

References

1. National Statistical Office. Results of the 2018 Social, Cultural and Mental Health Survey [Internet]. 2020 [cited 2020 November 1]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N21-09-61-1.aspx>. (in Thai)
2. Wuttisaksakul K. Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office 2018;24(1): 71-83. (in Thai)
3. Longchareon W. Health Behavior of Buddhist Monk in Amphoe Muang, Chanthaburi Province. [master,s degree]. Burapha University;2014. (in Thai)
4. Sifa S. The Study of Health Promoting Behavior of Monks in Pattani Province. [master,s degree]. Songkla: Prince of Songkla University;2017. (in Thai)
5. Khaosod. Health Check Up of 100,000 Monks [Internet]. 2019 [cited 2020 November 1]. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/iq_621225_8762.pdf. (in Thai)
6. PraKru Suvithanpatthanabandi, Daengharn T, Vapuchavitee S. Model Development of Monk's Holistic Health Care in Khon Kaen Province. Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen 2015;22(2): 117-29. (in Thai)
7. Hfocus. Monks and the health insurance system A big problem that still needs a lot of driving. [Internet].2018 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/09/>. (in Thai)
8. Boutkhamuan S. Self-Care of Monks in Dusit district, Bangkok. [Thesis of Master degree]. Bangkok: Thammasat University;2016. (in Thai)

9. PraKru Piphitsutathorn, Pramaha Prayoon Chothivaro, Boonyasopit W, Posayanon T, Larphananon P, Yodmongkol N, et al. National Monk Health Constitution 2017. 6th ed. Bangkok: O.S. Print House Co.,Ltd.;2017. (in Thai).
10. Nakkanrian M, Nakkanrian B, Saramart C. A Synthesis of Researches in Monks'Health Promotion During 2013-2018. Journal of Yanasangvorn Research Institute 2020;11(1): 13-23. (in Thai)
11. Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Strategies for Health Literacy and Health Behavior Promotion. Bangkok: Sam Charoen Panich Co.,Ltd.;2018. (in Thai).
12. Kanchanawasi T, Kanchanawasi S. Research Methodology. 3rd ed. Bangkok: 3B Printing and Rubber Stamp Co.,Ltd.;2020. (in Thai)
13. Buddhist Clergy, Mueang Nakhon Ratchasima District. Temple Visit to Evaluate the Five-Precept Village Project and Support the Training Unit of Local Government Organization, Nakhon Ratchasima Province in 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 November 1]; Available from: <http://www.songkorat.com/>. (in Thai).
14. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
15. Sandelowski, M. Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description?. Research in Nursing & Health 2000;23:334-40.
16. Miles, M. B., & Huberman, A. M. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2nd ed. Sage Publications, Inc; 1994.
17. Tiparat W, Suwanweala S, Sumrit W. The Effects of Self-Awareness Development Program on Stroke Prevention Behaviors among Hypertension Patients in Muang District, Trang Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(2):94-107. (in Thai)
18. Sukolrattanamettee P. Consumer's Health Knowledge, Motivation, Consciousness, Behavior and Communication Behavior. [Internet].2009 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1998812>. (in Thai).
19. Hfocus. Survey of Smoking in Monks. [Internet].2019 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751>. (in Thai)
20. Thairath. A Sampling of Rat Population in markets [Internet]. 2019 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.thairath.co.th/news/society/1655766>. (in Thai)
21. Bangkokbiznews. Dogs, the Pet Problem in Thai Society [Internet]. 2019 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/895503>. (in Thai)
22. Rattanai S. Elder care manual. 1st ed. Bangkok: Sangdaw; 2012. (in Thai).
23. Monks at Wat Na Pa Phong. Ariyavinai [Internet]. 2009 [cited 2021 August 23]; Available from: https://download.watnapahpong.org/data/static_media/อริยวินัย_2.pdf

บทความวิจัย

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Model Development for Health-Care Services in Response to the Needs of the Patient Family Members in the ICU of Surat Thani Hospital

Received: Nov 11, 2020
Revised: Dec 12, 2020
Accepted: Jan 12, 2021

พรพิมล ไพเมือง พย.ม. (Pornpimon Paimuang, M.N.S.)¹

บุญทิพย์ สิริธรรังศรี ปริญญาโท (Boontip Sirirungsri, Ph.D.)²

รัชณี นามจันทรา พย.ด. (Rachanee Nanjuntra, Ph.D.)³

จอห์นผะจ พึ่งจาด ปริญญาโท (Johnphajong Phengjard, Ph.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดบริการสุขภาพในหอผู้ป่วยไอซียูไม่เพียงตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่สมาชิกครอบครัวต้องได้รับการบริการดังกล่าวซึ่งเป็นการบริการแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีสร้างรูปแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ สมาชิกครอบครัวสำหรับวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการบริการสุขภาพในหอผู้ป่วยไอซียู ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ 32 คน และ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 20 คน และผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 4 คน เครื่องมือวิจัย มี 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์สภาพการณ์และความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งเป็นของมอลเตอร์และเลสเก (1983) ที่ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.78 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) สภาพการณ์และความต้องการการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ ด้านความต้องการความเชื่อมั่น ด้านความต้องการข้อมูล ด้านความต้องการการสนับสนุน และด้านความต้องการความสบายมีสิ่งอำนวยความสะดวก ตามลำดับ

¹Corresponding author นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
E-mail : pornpimon60009@gmail.com

²ศาสตราจารย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail : boontip.sir@stou.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต E-mail : rachanee.n@rsu.ac.th

⁴รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย E-mail : jPj@stin.ac.th

^{1,2}Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

³School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand.

⁴Red Cross College of Nursing, Bangkok, Thailand.

2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 7 องค์ประกอบ (1) การสื่อสารข้อมูลอย่างชัดเจน เป็นจริง และต่อเนื่อง (2) การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับอุปกรณ์การบำบัดรักษาและประโยชน์ในการนำมาใช้ (3) การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลอย่างใกล้ชิด (4) การให้การดูแลและเฝ้าระวังสภาพจิตใจสมาชิกครอบครัว (5) การให้ได้รับรู้สิทธิต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (6) การจัดสภาพแวดล้อมและจัดบริการให้เอื้ออำนวยต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัว (7) การให้บริการการพยาบาลที่รวดเร็วและมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย และ 3) ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียูที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม ร้อยละ 88.88

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวเป็นผู้รับบริการที่มีความสำคัญ นำไปสู่การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม และยังช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในไอซียู

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการจัดการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู อย่างไรก็ตาม ในการนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้รับบริการ และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

คำสำคัญ: รูปแบบ การจัดการบริการสุขภาพ ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ไอซียู

Abstract

Introduction: Providing health-care services in Intensive Care Unit (ICU) must also be extended to the patient's family members to provide holistic care to all of them. .

Research objectives: This mixed methods study aimed to: analyze the situations and expectations for health-care services of patient's family members in the ICU of Surat Thani hospital; develop a model for health-care services in response to the needs of patient's family members, and evaluate the appropriateness of the developed model.

Research methodology: Sample were recruited using purposive sampling technique and consisted of two groups. The first group was for analyzing the situation and expectations for health care services of patient's family members in the ICU. This group consisted of 52 participants (32 for quantitative data, and 20 for qualitative data). The second group was to evaluate the appropriateness of the developed model. This group consisted of 4 experts. Two sets of questionnaires were used: 1) questionnaires and an in depth-interview form for analyzing the situation and expectations of health care services of patient's family members in the ICU. Nancy C. Molter and Jane Stover Leske (1983) gave us a permission to translate this tool into Thai and then this tool was used in this study; and 2) an evaluation form to evaluate the appropriateness of the developed model. The content validity of these tools were verified by 4 experts, and it was 0.78. Qualitative data were analyzed using content analysis, and descriptive statistics were used to analyze quantitative data.

Results: Research findings were as follows. 1) The patient's family members in the ICU rated the situation and their expectations for health care services overall at the high level; in order from high to low expectation: assurance, information, support, and comfort, respectively. 2) The developed model consisted of seven components including: (1) communication of clear, true, and continuous information; (2) information about the necessity and benefits of the medical instruments used; (3) patient family members' participation in decision making and taking care of patients; (4) psychological care and therapy for patient's family members; (5) knowledge about rights and benefits associated with medical treatment, and coordination with relevant divisions; (6) a suitable environment and services to meet the needs of patient's family members; and (7) fast medical services with modern equipment. Finally, 3) the developed model for health care services of patient's family members in the ICU of Surat Thani hospital was evaluated as suitable (88.88%).

Conclusions: This study reflected that patient's family members are the important clients which significantly lead nurses to provide holistic care, and also to improve the quality of nursing care in the ICU.

Implications for practice: The developed model can be used to provide health-care services to meet the needs of patient's family members in ICU. However, it may take into account that the needs of the family members might be different and it depends on the context of each hospital.

Keywords: model, health-care services, needs of the patient's family members, ICU

บทนำ

การเจ็บป่วยรุนแรงของสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดประกอบกับข้อจำกัดของระเบียบการเยี่ยม ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ได้รับไม่ชัดเจนแน่นอน จึงก่อให้เกิดความเครียดต่อสมาชิกครอบครัวโดยรวม

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤตส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (situational crisis) เกิดความรู้สึกตึงเครียด กัดดัน ยุ่งยากใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้เช่นปกติ^{1,2} อีกทั้งพยาบาลมักจะมุ่งรวบรวมข้อมูลที่คุกคามชีวิต ข้อมูลทางห้องทดลอง สิทธิการรักษา หรือสถานะของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่าการให้สมาชิกครอบครัวได้พูดระบายความ

รู้สึก^{3,4} นอกจากนั้น การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกับพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความต้องการ หรือการรับการตอบข้อข้องใจเพียงสั้น ๆ และไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนเองและขาดการให้กำลังใจ ยิ่งทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น⁵ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในไอซียูจึงต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลคือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การประเมินความต้องการของผู้ป่วยจะต้องคำนึงว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย

จะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วยดังนั้นนอกจากจะประเมินความต้องการของผู้ป่วยแล้วต้องประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งสมาชิกครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตหายเร็วขึ้น⁶ พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียู มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวิกฤต และสมาชิกครอบครัวมากที่สุด⁷ และจากการศึกษาของ Singdong และ Jitdbpuyya⁸ พบว่า ครอบครัวสะท้อนมุมมองต่อการดูแลของพยาบาลใน 6 ด้าน ทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่ตอบสนองและไม่ตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ 4) การได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และ 6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียู มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหา และการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

แนวทางในการปฏิบัติต่อความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไอซียู คือการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว และผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขึ้น เรียกว่าแบบสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory: CCFNI) ตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต เพื่อศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แนวคิด และเครื่องมือดังกล่าวถูกนำไปใช้แพร่หลายในงานการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วทุกภูมิภาคในโลก Wichittrakulthavorn⁹ ได้ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมตามแนวคิดของ Molter and Leske¹⁰ โดยใช้ CCFNI ในการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พบว่า การบริการสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้อย่างสม่ำเสมอหรือในระดับสูง ดังนี้ การตอบ

สนองความต้องการทางกาย การตอบสนองความต้องการทางจิตอารมณ์ และจิตวิญญาณ การตอบสนองความต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด การตอบสนองความต้องการการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา และการตอบสนองความต้องการในการกิจประจำวัน การใช้แนวคิดของ Molter and Leske จึงเป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลได้

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ขนาด 800 เตียงได้ผ่านการรับรองมาตรฐานระดับคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น 3 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (Hospital Accreditation) มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการทุกระดับจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู ต่อการบริการ (IP Voices, 2562) ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ติดต่อแพทย์พยาบาลที่ให้การรักษอย่างเต็มที่ แต่ก็ยังรู้สึกสับสน รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึกไม่สบายใจที่ตนต้องเผชิญกับโรคที่ร้ายแรง และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความเห็นว่าคุณภาพการแพทย์ให้การรักษผู้ป่วยอย่างเต็มที่ แต่โรงพยาบาลมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทำให้รู้สึกอึดอัด สิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลมีให้ยังไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของครอบครัว¹¹ จากการสอบถามคุณภาพการให้บริการพบว่า คุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับพอใจ คิดเป็นร้อยละ 56 แต่ยังไม่มีการประเมินความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยไอซียู 15 ปี จึงสนใจศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู และความสามารถในการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการรักษาพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และให้บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญโดยใช้แนวคิดการประเมินความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และใช้ Stetler Model เป็นกรอบในพัฒนารูปแบบ

การจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา สภาพการณ์ความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู สร้างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method research) ระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1. สำหรับการวิเคราะห์สภาพการณ์

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษายาบาลในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 8 ไอซียู รวม 2,295 คน โดยเทียบข้อมูลจากผู้ป่วย 1 คน มีสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ต่อเนื่อง 1 คน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) จากหอผู้ป่วยไอซียู 8 ไอซียู ะละ 4 คน จำนวน 32 คน

กลุ่ม 2. สำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่เลือกเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มี 3 ชุด

ได้แก่

ชุดที่ 1. แบบสอบถามสภาพการณ์ความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหอผู้ป่วยไอซียู นำมาจากแบบสอบถามของ Molter¹² โดยได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล 2) ด้านความสบายมีสิ่งอำนวยความสะดวก 3) ความต้องการด้านข้อมูล 4) ความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน และ 5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .95

ชุดที่ 2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหอผู้ป่วยไอซียู พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Molter 5 ด้าน โดยนำมาสร้างประเด็นคำถาม 5 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านคิดว่าการดูแลรักษาที่บุคคลในครอบครัวของท่านได้รับขณะอยู่ในหอผู้ป่วยไอซียู เป็นอย่างไรบ้าง 2) เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยไอซียู ท่านมีการเตรียมตัวเมื่อรับทราบว่าต้องย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยไอซียูอย่างไร 3) กรุณาเล่าเหตุการณ์ในแต่ละวันของท่านเมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยไอซียู 4) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลครอบครัวที่ได้รับจากพยาบาล 5) นอกจากสิ่งที่สมาชิกครอบครัวได้รับการดูแลอยู่แล้ว ท่านคิดว่าน่าจะได้รับการดูแลอะไรเพิ่ม เพราะเหตุใด ได้นำแบบสัมภาษณ์มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ .83

ชุดที่ 3. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พัฒนามาจากแบบประเมินแนวปฏิบัติของ The AGREE Collaboration¹³ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ด้านความชัดเจนของรูปแบบและด้านแนวทางการนำไปใช้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ .60/2562 ระบุการดำเนินการวิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ การลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การรักษาความลับ การนำเสนอผลการศึกษาภาพรวม และ
ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ความต้องการบริการ
สุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหอผู้ป่วยไอซียู โดยเก็บ
ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วย
ไอซียู ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 32 คน ดำเนินการ
ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดที่ 1 ให้กลุ่ม
ตัวอย่างตอบ โดยชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล
ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ออกหรือมีปัญหาทาง
สายตา ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟัง และ
ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ละเอียด แล้วบันทึกคำตอบลงใน
แบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามใช้เวลาคนละประมาณ
20-30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว
ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถาม
ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วย
ตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์จากเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 โดย
ถามกลุ่มตัวอย่างทีละคน ทีละคำถาม พร้อมขออนุญาต
บันทึกเทปและจดบันทึกประเด็นสำคัญ

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบ โดยนำข้อมูลที่ได้จาก
การศึกษาความต้องการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความ
ต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์
และนำมาสร้างรูปแบบโดยใช้แนวทางของ Stetler Model¹⁴

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ
ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
ประเมินทีละคน โดยใช้เครื่องมือวิจัยชุดที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลสภาพการณ์และความต้องการ
บริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู
ที่เป็นแบบสอบถามโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content
analysis) สำหรับแบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายเปิด

2. วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินความเหมาะสมของ
รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของ
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู ด้วยสถิติเชิง
พรรณนานำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์และความต้องการการบริการสุขภาพ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี ดังตาราง

สภาพการณ์และความต้องการการบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านความต้องการความเชื่อมั่น	4.53	0.40	มากที่สุด
2. ด้านความต้องการข้อมูล	4.26	0.64	มาก
3. ด้านความต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	4.08	0.58	มาก
4. ด้านความต้องการการสนับสนุน	3.71	0.66	มาก
5. ด้านความต้องการความสบายมีสิ่งอำนวยความสะดวก	3.60	1.04	มาก
เฉลี่ย	4.04	0.51	มาก

จากตาราง สภาพการณ์และความต้องการ การบริการสุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้าน พบว่า โดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.51$) เรียงตามลำดับคือ ด้านความต้องการความเชื่อมั่นมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.53$, $SD = 0.40$) รองลงมาคือ ด้านความต้องการข้อมูล ($\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.64$) ด้านความต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.58$) ด้านความต้องการการสนับสนุน ($\bar{X} = 3.71$, $SD = 0.66$) และด้านความต้องการความสบายมีสิ่งอำนวยความสะดวก มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.60$, $SD = 1.04$)

2. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ในการวิจัยปริมาณและการวิจัยคุณภาพ มุ่งองค์ประกอบของรูปแบบ 7 องค์ประกอบ คือ (1) การสื่อสารข้อมูลอย่างชัดเจน เป็นจริง และต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ (2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์การบำบัดรักษา ความจำเป็น และประโยชน์ในการนำมาใช้ (3) การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลอย่างใกล้ชิด (4) การให้การดูแลและเยียวยาสภาพจิตใจสมาชิกครอบครัว (5) การให้ได้รับรู้สิทธิต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (6) การจัดสภาพแวดล้อมและจัดบริการให้เอื้ออำนวยต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัว (7) การให้บริการการพยาบาลที่รวดเร็วและมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย

3. ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู พบว่า มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .78 มีความเหมาะสมโดยรวม ร้อยละ 88.88 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ พบว่า ด้านแนวทางการนำไปใช้ มีคะแนนมากที่สุด ร้อยละ 93.75 รองลงมาคือ ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ มีคะแนนร้อยละ 90.62 ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีคะแนนร้อยละ 90.62 ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ มีคะแนนร้อยละ 83.37 และด้านความชัดเจนของรูปแบบ มีคะแนนร้อยละ 83.37

อภิปรายผล

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามองค์ประกอบของรูปแบบ และความเหมาะสมของรูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและยอมรับได้ โดยรูปแบบมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .78 คะแนนความเหมาะสมโดยรวมร้อยละ 88.88 ซึ่งเกินร้อยละ 70¹⁵ มีความเหมาะสมเพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้ได้ข้อมูลที่ตอบสนองถึงความต้องการ จนได้รูปแบบที่สมบูรณ์และครอบคลุม รวมทั้งนำข้อเสนอแนะของสมาชิกครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนารูปแบบ และได้ทำการสังเคราะห์มาตรฐานการบริการต่าง ๆ ที่ โรงพยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติเหมาะสมกับบริบท ซึ่งรูปแบบสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู จากการนำแนวคิดของ Molter & Leske มาใช้ ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล ด้านความสะดวกสบาย ด้านข้อมูลด้านการได้อยู่ใกล้ชิด และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนสอดคล้องกับการศึกษาของ Yublapthan¹⁶ ที่พบว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยในการบริการสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยบทบาทของญาติที่จะสนับสนุนและมีส่วนร่วมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และส่งผลต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพโดยรวม และประการที่ 4 คือ รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม

2. องค์ประกอบของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า มี 7 องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบอภิปรายได้ ดังนี้

2.1 การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจน เป็นจริง และต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ คือ การมีระบบการให้ข้อมูลแผนการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจในแนวทางการรักษา และสามารถลดความกังวลในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ การสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยที่เหมาะสมนับเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Price และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการได้รับคำตอบที่เปิดเผยตามความเป็นจริง ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ต้องการทราบว่า มีทีมบุคลากรให้การดูแลผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย ต้องการทราบอาการความเจ็บป่วย และการรักษาตามความเป็นจริง

2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์การบำบัดรักษา ความจำเป็นและประโยชน์ในการนำมาใช้ หอผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องมีเครื่องมือและศักยภาพในการดูแลรักษาที่ดีและสามารถให้การรักษาสืบเนื่อง¹⁹ ผู้ป่วยบางรายจึงอาจมีอุปกรณ์มากมายเป็นสายระโยงระยาง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงอยากทราบถึงคุณสมบัติของอุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น

2.3 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการตัดสินใจและการดูแลอย่างใกล้ชิด คือ การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาหรือตลอดเวลา หรือมีห้องพักญาติรอเยี่ยมที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ ทำให้ลดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ngoenchum²⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yublapphan²¹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในบริการสุขภาพที่พบว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ได้รับผลลัพธ์โดยตรงจากการรับบริการสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพบริการสุขภาพ บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยรูปแบบ “พูดเมื่อสงสัย” มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทที่จำเป็นเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่ปลอดภัยมากที่สุด ได้แก่ การสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยในการรักษา การเอาใจใส่ในรายละเอียดการเจ็บป่วย การค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การทำความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตนและการใช้ยา การให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ไว้วางใจได้

เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา รวมถึงการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

2.4 การให้การดูแลและเยียวยาสภาพจิตใจสมาชิกครอบครัว คือ ในกรณีที่ผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการรุนแรงต้องให้การดูแลแบบประคับประคองทางการแพทย์ การพยาบาล รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วย จากความร่วมมือของทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูล และทางเลือกที่เหมาะสมกับความต้องการของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยกับแนวคิดของ Phajanasunthorn²² และ Mitnick และคณะ²³ ที่กล่าวว่า ความต้องการการเอื้ออาทร การรับฟัง การระบายความรู้สึก ความยืดหยุ่นต่อวิถีปฏิบัติ การพูดคุย อธิบายการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลผู้เป็นที่รัก ของพยาบาลมีความสำคัญต่อชีวิตระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวคลายความเศร้าโศกและเผชิญวาระสุดท้ายอย่างสงบ

2.5 การให้ได้รับรู้สิทธิต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ มีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิทักษ์สิทธิ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nakarawong²⁴ ได้ศึกษาการรับรู้บริการตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้บริการตามสิทธิผู้ป่วยตามแนวคิดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยทั้งโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก แบ่งเป็นรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ ด้านสิทธิส่วนบุคคลในร่างกายของตน และโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ให้บริการยึดถือคำประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยแก่ผู้รับบริการทุกระดับ เพื่อสร้างเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีเกิดประโยชน์ต่อทุกคนต่อไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nuanmai²⁵ ได้ศึกษาการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยด้านการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัวอยู่ในระดับน้อย การได้รับการ

ปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตามสิทธิในด้านที่จะได้รับการทางสุขภาพ ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ด้านสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว

2.6 การจัดสภาพแวดล้อมและจัดบริการให้อำนวยความสะดวกต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัว คือ การจัดระบบสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่สับสนวุ่นวาย การที่สมาชิกครอบครัวถูกแยกจากครอบครัว มีการจำกัดในการเข้าเยี่ยม ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตเช่นเดียวกับผู้ป่วย²⁶ สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัว และการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว และจากการศึกษาพบว่า ความต้องการให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อน พุดคุยให้กำลังใจ มีคะแนนน้อยที่สุดนั้น ทั้งนี้เนื่องจาก บริบทของหน่วยงานที่ศึกษามีลักษณะการมอบหมายงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ สัดส่วนผู้ป่วย 2 ราย ต่อพยาบาล 1 ราย แบ่งการทำงานเป็นผลัด ๆ ละ 8 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Wongsuansiri²⁷ ที่กล่าวว่า การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นการทำกิจกรรมการดูแลเอาใจใส่ และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตามที่คาดหวังไว้ เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการบนพื้นฐานวิชาชีพ

2.7 การให้บริการการพยาบาลที่มีความรวดเร็วและมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย คือ สมรรถนะพยาบาล ในหอผู้ป่วยไอซียู ที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยด้วยความรวดเร็ว แม่นยำ สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jalowiec และ Power²⁸ ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์การบำบัดรักษา ความจำเป็น และประโยชน์ในการนำมาใช้จากการที่ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์การบำบัดรักษาที่หลากหลายชนิด จำนวนมากขึ้น ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกหวาดกลัว และไม่มั่นใจว่าจะช่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยได้เพียงพอ การจัดบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียู พยาบาลพึงให้คำอธิบายให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกเชื่อมั่น และให้ความร่วมมือตามแต่ละการใช้อุปกรณ์ชนิดนั้น ๆ รวมทั้งการให้การดูแล และเฝ้าระวังสภาพจิตใจสมาชิกครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินความต้องการจากความรู้สึกที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อวางแผนการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคลและแต่ละโอกาส

1.2 พยาบาลควรตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีในการรักษาผู้ป่วย อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการพยากรณ์โรคในภาวะวิกฤตแก่สมาชิกครอบครัวอย่างชัดเจน

1.3 พยาบาลควรเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้พุดระบายนความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อรับการปรึกษา และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ด้วยการพุดคุยที่วาจาสุภาพ อ่อนโยน

2. ด้านนโยบาย

2.1 ควรเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ต่อผู้บริหารระดับหอผู้ป่วย และระดับองค์กร เพื่อประกาศเป็นนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติในการดูแลครอบครัวผู้ป่วย

2.2 ในการนำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพตอบสนองเพื่อความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู ไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและเหมาะสมกับบริบทที่มีความแตกต่างของแต่ละโรงพยาบาล

3. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยในอนาคต

3.1 ควรมีการศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีไปใช้ เพื่อปรับปรุงรูปแบบ และขยายผลเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ควรมีการศึกษากการพัฒนาแบบบริการสุขภาพ กรณีผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป เพื่อเป็นการสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ จนพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

References

1. Aquilera, D. C. Crisis intervention. In: Birkhead LM, editors. Psychiatric/ mental health nursing: The therapeutic use of self. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1989. 229-50.
2. Pryzby BJ. Effects of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*; 2005;21(1):16-23.
3. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a "Good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*; 2006;15(1):38-46.
4. Calvin AO, Kite-Powell DM, Hickey JV. The neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*; 2007;39(3):143-50.
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
6. Thongprateep T. Nurse: A fellow in distress, terminally ill. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
7. Kongsuwan W, Nilmanat K, Matchim Y. Barriers to critical care at the emergency room: The nurse's experience. *Songkhla Nakarin College of Nursing* 2014;34(3): 97-108. (in Thai).
8. Singdong P, Jitdpuyya C. Caring for the family of critically ill patients: perspective from their relatives. *Journal of Narathiwat Rajanagarindra University*; 2011;3(3):17-32. (in Thai).
9. Wichittrakulthavorn S. Needs and obtaining a response to the need of elderly patients and their families in the intensive care unit. *Journal of Nursing Message*; 2013;40(Supplement) :35-46. (in Thai)
10. Molter N, Leske JS. Critical care family needs inventory. Available from Authors; 1983.
11. Suratthani Hospital. General information of Surat Thani hospital. Surat Thani: Surat Thani Hospital; 2017. (in Thai).
12. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients : A descriptive study. *Heart and Lung*; 1979;8(2): 332-339.
13. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) instrument. [Internet]. 2006 [cited 2006 November 23] Available from: <http://www.agreecollaboration.org>.
14. Stetler CB, Updating Stetler model of research utilization to facilitate evidenc-based practice. *Nursing Outlook*; (2001;49(6):272-279.
15. Chahngmai S. Evaluation of guidelines for research use and evaluation. *Christian University Journal* 2006;12(1):15-24. (in Thai).
16. Yublaphan P. The involvement of patients in the creation of safety in health-care services. *Journal of Academic Resources Prince of Songkla University*; 2016; 27(3):127-38. (in Thai)
17. Bunyaratklin P. Communicating with the families of patients in the critical ward: nurse's role. *Journal of Nursing Thai Red Cross Societ*; 2019;12(2):90-99. (in Thai).

18. Price DM, Forrester DA, Murphy PA, Monaghan JF. Critical care family needs in an urban teaching medical center. *Heart and Lung*; 1991;20(2):183–188.
19. Wilaichon W, Permpikul C. Know before you go ... ICU 12 facts you must know. Bangkok: Hellervirk Co., Ltd; 2014. (in Thai)
20. Ngoenchum K. Participation in care decisions of the mentally ill family caregivers. *Journal of the Asian Graduate School*; 2018;8(special):216229. (in Thai).
21. Yublaphan P. The involvement of patients in the creation of safety in health-care services. *Journal of Academic Resources Prince of Songkla University*; 2016; 27(3):127-38. (in Thai)
22. Phajanasunthorn, B. Health status assessment in critically ill patients. Documentation of critical therapy lectures for nurses, Faculty of Nursing Khon Kaen University; 2007. (in Thai)
23. Mitnick S, Leffler C, Hood VL. American college of physicians ethics, professionalism and human rights committee. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *Journal General Intern Medicine*. [Internet]. 2010 [cited 2010 January 10] Available from: <http://www.spingerlink.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1007/s11606009-1206-3>
24. Nakarawong A. Perception of services according to patient rights of inpatient patients of a private hospital Hat Yai district, Songkhla province [master's thesis]. Hat Yai Thaksin University; 2011. (in Thai).
25. Nuanmai J. Awareness of inpatient rights of inpatients Suan Saranrom hospital Suratthani Province. *Southern Journal of Technology*; 2015;8(1):47-54. (in Thai)
26. Leske JS. Intervention to decrease family anxiety. Protocols for practice applying research at the bedside. *Critical Care Nurse*; 2002;22(6):61-74.
27. Wongsuansiri S. Guidelines for the provision of nursing services for patients in medium term Nonthaburi: Media Tawan Co., Ltd. 2017; (in Thai)
28. Jalowiec A, Power MJ. Stress and coping in hypertensive and emergency room patient. *Nursing Research*; 1981;30(1):10-15. (in Thai)

บทความวิจัย

ประสิทธิภาพการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ ต่อความรู้ ทักษะการตรวจครรภ์ของ
นักศึกษาพยาบาลตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิกThe Effective of Knowledge Pregnancy Examination Skills of Student Nurse by
Using Simulation Pregnancy Model According to the Objective-Structured Clinical
Examination: OSCE

Received: Nov 29, 2021

Revised: Jan 25, 2022

Accepted: Mar 3, 2022

วรัญญา แสงพิทักษ์ ปร.ด. (Waralya Sangpithak, Ph.D.)¹รสจรินทร์ รัตนสุนทร วศ.ด. (Rodjarin Rattanasoontron, D.Eng.)²เกษร สุวิทยะศิริ สค.ม. (Kesorn Suvithayasiri, M.A.)³สุภัทสร ภูเมฆ พย.ม. (Soopussara Pumeek, M.N.S.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: นวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลในสังคมปกติวิถีใหม่ ที่ช่วยลดการสัมผัสผู้รับบริการ และเสริมสร้างความมั่นใจให้การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อประเมินความรู้ ทักษะการตรวจครรภ์จากการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เมื่อเทียบเกณฑ์ผ่านมาตรฐานร้อยละ 70 ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE)

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่ง กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563-2564 จำนวน 44 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model แบบทดสอบความรู้ และแบบวัดทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ KR -20 เท่ากับ 0.63 และค่าความเชื่อมั่นแบบวัดทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) เท่ากับ 0.77 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการใช้สถิติเชิงบรรยาย และค่าสถิติ paired t-test และ Independent t-test

ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author, อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: waralya.s@bcn.ac.th

²อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ E-mail : rodjarin.r@sci.kmutnb.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail: Kesorn.s@bcn.ac.th

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail: Soopussara.p@bcn.ac.th

^{1,3,4}Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand

²Faculty of Applied Science, King Mongkut's University of Technology North Bangkok, Bangkok, Thailand

ผลการวิจัย: 1) คะแนนความรู้หลังจากใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(43)} = -21.536, p < .001$) 2) คะแนนทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) หลังจากใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(42)} = -19.065, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ผ่านตามาตรฐานร้อยละ 70 ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล

สรุปผล: การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมหุ่นตรวจทารกในครรภ์มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ และทักษะการตรวจครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลแก่นักศึกษา และมีการทบทวนทักษะทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: หุ่นตรวจทารกในครรภ์ ความรู้การตรวจครรภ์ ทักษะการตรวจครรภ์

Abstract

Introduction: Nursing innovations are essential to develop nursing skills in the New Normal society which reduce the clients' exposure to risk and enhance nursing confidence of nursing students.

Research objective: This study aimed to evaluate knowledge pregnancy examination skills using the Simulation Pregnancy Model compared to 70% of the benchmark according to the Objective Structured Clinical Examination (OSCE).

Research methodology: This study used a quasi-experimental design (one group pretest-posttest design). Sample consisted of 44 nursing students who were in the 3rd and 4th year of the undergraduate program during the 2020-2021 academic year. Instruments were the Simulation Pregnancy Model, knowledge test, and Pregnancy examination skills with OSCE. Based on IOC content, content validity was 0.84 and the KR -20 knowledge test was 0.628. According to the OSCE, reliability of Pregnancy examination skills was tested using Cronbach's alpha coefficient (0.770). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: 1) Post-test mean scores of the knowledge were significant higher than pre-test scores ($t_{(43)} = -21.536, p < .001$). 2) At follow-up, there were statistically significant difference ($t_{(42)} = -19.065, p < .001$) between the Pregnancy examination skills with OSCE from the Simulation Pregnancy Model and the 70% benchmark of Nursing Practicum.

Conclusions: Findings of this study shows that the Simulation Pregnancy Model is effective in improving knowledge and the pregnancy examination skills of nursing students.

Implications: Nursing innovations should be promoted to improve nursing skills for students. The nurse refresher course should be provided specifically for registered nurses in need of an update in nursing skills.

Keywords: Simulation Pregnancy Model, knowledge of pregnancy examination, Pregnancy examination skills

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีความหลากหลาย ที่สำคัญคือการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจกระบวนการพยาบาล และมีทักษะในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ การจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เป็นแบบบรรยาย ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้ความสนใจของผู้เรียนมีเพียง 45 นาทีแรก ส่งผลให้การติดตามการเรียนรู้ไม่ต่อเนื่อง การจินตนาการภาพพัฒนาการของทารกในครรภ์อาจไม่ชัดเจน สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ผู้เรียน กล่าวว่า “หนูนึกภาพไม่ออกว่าทารกเป็นอย่างไร” “ทารกมีพัฒนาการอย่างไร” จากคำกล่าวของผู้เรียนทำให้ทราบว่า ผู้เรียนไม่สามารถฝึกทักษะการตรวจครรภ์ได้ การเรียนรู้ในชั้นเรียน การเกิดจินตนาการภาพเกี่ยวกับพัฒนาการทารกในครรภ์ได้ไม่ชัดเจน ประกอบกับสื่อการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของวิทยาลัยฯ มีเฉพาะสื่อพัฒนาการทารกไตรมาส 3 ที่เป็นระยะทารกเจริญเติบโตเต็มที่ในครรภ์ มีอายุครรภ์ 9 เดือน พร้อมทั้งออกมาสู่โลกภายนอก ทำให้เห็นว่า วิทยาลัยฯ ยังขาดสื่อเสริมทักษะพัฒนาการทารกในครรภ์แต่ละไตรมาส ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของทารกในครรภ์ที่จะช่วยเสริมสร้างทักษะในการปฏิบัติเสมือนจริง ซึ่งมีความจำเป็นต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลแผนกฝากครรภ์ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ โดยนักศึกษาจะต้องมีทักษะการตรวจครรภ์เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ประกอบกับเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 2019 ภายในประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน ส่งผลให้การเรียนการสอนในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้เรียนต้องฝึกทักษะการตรวจครรภ์ภายในห้องปฏิบัติการพยาบาลทดแทนการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการต้องใช้หุ่นเสมือนจริงในการฝึกทักษะการพยาบาล

ผู้วิจัยจึงมีการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนในระยะตั้งครรภ์ ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างต่อเนื่องจากการพัฒนาสื่อการตรวจทารกในครรภ์รุ่นที่ 1 (Simulation pregnancy model) ที่มีผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการเรียนรู้จากสื่อ Simulation Pregnancy

Model รุ่นที่ 1 มีความรู้เรื่องการตรวจครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ และทักษะการตรวจครรภ์มากกว่าก่อนการฝึกการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05^1 สอดคล้องการศึกษาของนักเรียนพยาบาลกองทัพบกชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 47 และรุ่นที่ 48 พบว่าการฝึกกับหุ่นตรวจครรภ์ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ดีขึ้น และยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ฝึกจากวีซีดีการตรวจครรภ์และหุ่นตรวจครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<0.01^{2,3}$ นอกจากนี้ยังพบว่าการเรียนรู้จากการฝึกในห้องปฏิบัติการสามารถลดความเครียดของนักศึกษา และสามารถช่วยนักศึกษาในการเตรียมความพร้อมของตนเองได้ดียิ่งขึ้นฝึกปฏิบัติงาน⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้การตรวจครรภ์สามารถที่เรียนรู้ได้จากหุ่นที่เสมือนจริงได้ แต่หุ่นตรวจทารกในครรภ์ที่ใช้ในการฝึกในห้องปฏิบัติการพยาบาลมีเพียงลักษณะทารกอายุ 9 เดือน ซึ่งเป็นหุ่นที่นำเข้าจากต่างประเทศ ไม่สามารถที่เคลื่อนไหว หมุนรอบทิศทางตามการเคลื่อนไหวตามสภาพจริง ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาวัตกรรมการเรียนการสอนเนื่องจากสถาบันผลิตพยาบาลควรมีอุปกรณ์การฝึกปฏิบัติอย่างเพียงพอ และเหมาะสมเพื่อให้นักศึกษาได้นำความรู้จากภาคทฤษฎีมาฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลก่อนที่จะปฏิบัติจริง⁵ จึงได้เกิดความร่วมมือระหว่างวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ผลิตหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation pregnancy model โดยใช้วัสดุภายในประเทศในการผลิตสื่อการเรียนการสอนการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ และการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เสมือนจริง คือการตรวจครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายทารก สุขภาพทารก แต่ละไตรมาส ซึ่งเป็นสื่อมัลติมีเดียที่ใช้ประกอบหุ่น Simulation pregnancy model ได้ การพัฒนาหุ่นตรวจทารกในครรภ์ของทีมผู้วิจัยเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากรุ่นที่ 1 จนประสบความสำเร็จได้หุ่น Simulation pregnancy model รุ่นที่ 3 ที่มีการเพิ่มเสียงหัวใจทารกในครรภ์เพื่อใช้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ที่จะช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ เกิดจินตนาการในการเรียนรู้ และช่วยพัฒนาทักษะการฝึกปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์ รวมถึงสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดการเสียดุลการค้าระหว่างประเทศได้

ดังนั้นเมื่อประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 2019 จึงมีการปรับกิจกรรมการเรียนการสอนจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงเป็นห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีสถานการณ์จำลองเสมือนปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจริง โดยนำหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation pregnancy model มาเป็นผู้ป่วยเสมือนในการฝึกตรวจครรภ์แต่ละไตรมาส ด้วยการกำหนดสถานการณ์การเรียนรู้หน่วยฝึกครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (Objective-Structured Clinical Examination: OSCE) ซึ่งการสอบ OSCE เป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อประเมินทักษะ ความรู้ ความสามารถผ่านการสร้างสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมเสมือนจริง เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ สัมผัสและฝึกฝนประสบการณ์การให้การดูแลผู้รับบริการให้เกิดความมั่นใจเสมือนการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย^{6,7} จึงเกิดคำถามการวิจัยว่า หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation pregnancy model มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ และทักษะการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้หุ่นทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ต่อความรู้เรื่องการตรวจครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้หุ่นทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ต่อทักษะการตรวจครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model สูงกว่าก่อนการฝึกใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model
2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจครรภ์หลังการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model สูงกว่าก่อนการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เมื่อเทียบเกณฑ์ผ่านมาตรฐานร้อยละ 70 ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก

ระเบียบวิธีวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้หุ่นทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ต่อความรู้ และทักษะการตรวจครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 286 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3-4 ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 44 คน คำนวณจาก G*power 3.1 กำหนดอำนาจกลุ่มในการทดสอบ เท่ากับ 0.80 มีค่า Effect size เท่ากับ 0.50 และ ค่า Alpha เท่ากับ 0.05 โดยจำแนกนักศึกษาเป็นชั้นปีละ 22 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่ายจากนักศึกษาที่ลงทะเบียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 คัดเลือกอาสาสมัครวิจัยตามช่วงเวลาที่นักศึกษาชั้นฝึกปฏิบัติงาน โดยการแบ่งกลุ่มของรายวิชาเป็นการคละนักศึกษาตามเกรดเฉลี่ย เก่ง กลาง อ่อน จำนวน 7-8 คน ต่อกลุ่ม ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการกำหนดหมายเลขกลุ่มลงในกล่อง จับฉลากกลุ่มชั้นปีละ 3 กลุ่ม ได้จำนวนอาสาสมัครวิจัยชั้นปีที่ 3 จำนวน 22 คน และอาสาสมัครวิจัยชั้นปีที่ 4 จำนวน 22 คน โดยอาสาสมัครวิจัยทั้งหมด มิได้มีการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่หอผู้ป่วยจริง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 จึงถือว่าเป็นนักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลระยะตั้งครรภ์ คล้ายคลึงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาหุ่นตรวจทารกในครรภ์ร่วมกับคณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการตรวจครรภ์ การสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์และการตรวจครรภ์ แล้วประชุมเพื่อ

ออกแบบหุ่นตรวจทารกในครรภ์ เมื่อการออกแบบสำเร็จจึงปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทางวิศวกรรมชีวการแพทย์ ได้พัฒนาหุ่นตรวจทารกในครรภ์ ต่อเนื่องจากรุ่นที่ 1 โดยใช้วัสดุภายในประเทศ ร่วมกับการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เสมือนจริง ประกอบด้วยการตรวจครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายทารก สุขภาพทารก แต่ละไตรมาส มีการเพิ่มเสียงหัวใจทารกในครรภ์เพื่อใช้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์

2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย และประสบการณ์การเรียนรู้ในห้องทดลองโดยใช้หุ่นเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตรวจครรภ์และพัฒนาการทารกในครรภ์จากการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบวัดทักษะการตรวจครรภ์จากการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เป็นแบบวัดทักษะตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแบบประเมินการตรวจครรภ์ที่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จำนวน 17 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-34 คะแนน เกณฑ์ผ่าน ร้อยละ 70 ให้ความหมายของคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

2 หมายถึง มีทักษะตรวจครรภ์ถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์

1 หมายถึง มีทักษะตรวจครรภ์ถูกต้องบางส่วน

0 หมายถึง มีทักษะตรวจครรภ์ไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ผู้วิจัยนำหุ่นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

ด้านมารดาทารกและผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์วิศวกรรมชีวการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการพัฒนา ปรับปรุงจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตรวจครรภ์ และพัฒนาการทารกในครรภ์ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน ให้ความถูกต้องครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการวัด ความเหมาะสมของสำนวนภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence = IOC) เท่ากับ 0.84 และนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลางที่ยอมรับได้¹⁶ เท่ากับ 0.63

3) แบบวัดทักษะการตรวจครรภ์จากการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ผู้วิจัยนำแบบวัดทักษะให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน ให้ความถูกต้องครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการวัด ความเหมาะสมของสำนวนภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence = IOC) เท่ากับ 0.84 และนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม หมายเลขโครงการ 2562-15 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งอาสาสมัครวิจัยสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่มีได้เป็นอาสาสมัครวิจัยจะได้รับการทบทวนการฝึกตรวจครรภ์ด้วยหุ่นตรวจทารกในครรภ์ก่อนสิ้นสุดรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์จากผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ และมีกรขอขยายระยะเวลาจริยธรรมการวิจัยเนื่องจากสถานการณ์โควิด และมีการชำระของหุ่นตรวจทารกในครรภ์ในปีการศึกษา 2564

2) ผู้วิจัยประสานงานกับรองวิชาการ อาจารย์ประจำชั้น หัวหน้าประจำชั้น เพื่อจัดหาวันเวลาในการรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยดำเนินการแจ้งขั้นตอนการทำวิจัยแก่อาสาสมัครวิจัยและเงื่อนไขการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการเรียนการสอนและสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีเมื่ออาสาสมัครวิจัยประสงค์ยุติการร่วมตอบแบบสอบถาม และให้อาสาสมัครวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

4) ผู้วิจัยให้อาสาสมัครวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ และวัดทักษะการตรวจครรภ์ก่อนเข้าร่วมการทดลอง (pretest)

5) ผู้วิจัยดำเนินการสอน และสาธิตการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการตรวจครรภ์ 4 ท่าด้วยหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model และการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ให้แก่อาสาสมัครวิจัย

6) ผู้วิจัยให้อาสาสมัครวิจัยฝึกการตรวจครรภ์ 4 ท่าในแต่ละไตรมาสด้วยหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model อย่างน้อย 2 ครั้ง

7) ผู้วิจัยให้อาสาสมัครวิจัยทำแบบทดสอบความรู้และวัดทักษะการตรวจครรภ์ด้วยหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model (posttest) ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ตามวันเวลาที่กำหนด

8) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ถ้าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จะส่งคืนและนัดวันเก็บรวบรวมครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที ชนิด 1 กลุ่มโดยวัดก่อนและหลัง (paired- t-test) และเปรียบเทียบทักษะการตรวจครรภ์กับเกณฑ์ผ่านมาตรฐานวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 70 ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 21 ปี เกรดเฉลี่ย 3.02 กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเรียนรู้ในห้องทดลองโดยใช้หุ่นหรือสื่อประกอบการเรียนการสอน ร้อยละ 77.3 และมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าสื่อการเรียนการสอนเช่น หุ่นคลอด แขนให้น้ำเกลือ มีส่วนเสริมทักษะการให้การพยาบาล ร้อยละ 70.5

2) คะแนนความรู้ก่อนการฝึกทักษะการตรวจครรภ์จากหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ($\bar{X} = 4.86$, $SD = 2.39$) ต่ำกว่าหลังการฝึกทักษะการตรวจครรภ์จากหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ($\bar{X} = 11.47$, $SD = 0.98$)

3) คะแนนทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ก่อนการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ($\bar{X} = 1.40$, $SD = 0.00$) ต่ำกว่าหลังการฝึกทักษะการตรวจครรภ์จากหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ($\bar{X} = 1.88$, $SD = 0.17$)

4) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังจากใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(43)} = -21.536$, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) หลังจากใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(42)} = -19.065$, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ผ่านตามมาตรฐานร้อยละ 70 ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model (n=44)

ความรู้	$\bar{X}$	SD	df	t	sig
ก่อนใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์	4.86	2.39	43	-21.536	.000
หลังการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์	11.47	1.47			

กำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจครรภ์ตามสถานการณ์ที่กำหนด จากการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model กับเกณฑ์ผ่านมาตรฐานของวิชาปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 70 ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) (n=44)

ทักษะการตรวจครรภ์	$\bar{X}$	SD	df	t	sig
เกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 70	1.40	0.00	42	-19.065	.000
ทักษะการตรวจครรภ์ตามสถานการณ์	1.88	0.17			

กำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้จากการเรียนรู้จากหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model และเกิดทักษะการตรวจครรภ์ สามารถตรวจครรภ์แต่ละไตรมาสได้หลังจากการฝึกตรวจครรภ์กับหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ซึ่งเป็นตามผลการทดสอบสมมติฐานว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เพิ่มสูงกว่าก่อนการฝึกใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับผลการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกของนักศึกษาที่พบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตามเกณฑ์สูงสุด⁹ และสอดคล้องกับการประเมินผลการใช้หุ่นตรวจครรภ์ผิดปกติของนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 48 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกพบว่านักเรียนพยาบาลสามารถตรวจครรภ์แยกครรภ์แฝดออกจากครรภ์ปกติได้หลัง

จากการฝึกตรวจครรภ์กับหุ่นตรวจครรภ์ผิดปกติและเกิดทักษะจากการฝึกกับหุ่นตรวจครรภ์ผิดปกติภายหลังการฝึกตรวจครรภ์กับหุ่นตรวจครรภ์ผิดปกติ ครั้งที่ 2

นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการสอบทักษะทางคลินิกโดยใช้ OSCE วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีปัญหา ในระยะคลอดและหลังคลอด พบว่า มีผู้เข้าสอบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) จำนวน 52 คน สอบผ่านความรู้ในภาพรวมจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 80.77 มีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-20 คะแนน ($\bar{X} = 16.71$, $SD = 1.58$) โดยคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ถึง ดีมาก มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 75¹⁰ แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้จากหุ่นตรวจทารกในครรภ์ด้วยสถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เรื่องที่มีความสัมพันธ์ซับซ้อนได้อย่างเข้าใจ เนื่องจากได้มีประสบการณ์ที่เห็นประจักษ์ด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติสัมผัสโดยมีต้องจินตนาการทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้สูง ผู้เรียนได้เรียนอย่าง

สนุกสนาน พร้อมทั้งมีโอกาสฝึกทักษะการตรวจครรภ์ในระยะต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ของมารดาผ่านหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model และกระบวนการคิดวิเคราะห์ตามสถานการณ์จำลองที่กำหนด ทำให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ขึ้นมาด้วยตนเองโดยการเชื่อมโยงความรู้ที่มีอยู่เดิมกับประสบการณ์ใหม่อย่างกลมกลืน โดยการผ่านกระบวนการย่อยความรู้ที่สร้างใหม่ และปรับกระบวนการรู้คิดตามวิธีการของแต่ละบุคคล ซึ่งสิ่งที่เรียนรู้อาจมีความหมายเมื่อ 1) ผู้เรียนมีสติปัญญาในการแปลข้อมูล 2) ข้อมูลหรือสิ่งที่เรียนเป็นเหตุเป็นผล 3) สิ่งที่เรียนรู้ต้องเฉพาะเจาะจง คือ ทักษะการตรวจครรภ์ ทั้ง 4 ท่า และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการเรียนภาคทฤษฎี โดยการเรียนรู้เป็นกระบวนการภายในของแต่ละบุคคลที่ต้องสร้างด้วยตนเอง มีผู้สอนเป็นผู้สนับสนุน ชี้แนะ และจัดโอกาสให้ผู้เรียนค้นพบการเรียนรู้ด้วยตนเอง¹¹

การใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ในการตรวจครรภ์ทั้ง 4 ท่า ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะการตรวจครรภ์ ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ถือเป็นการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่ม Gestalt และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา¹² เนื่องจากการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเป็นการเน้นให้ผู้เรียนเรียนด้วยความเข้าใจ ลงมือกระทำเอง (Learning by Doing) มากกว่าเน้นการเรียนรู้แบบท่องจำ ด้วยการอาศัยสื่อที่ชัดเจนประกอบการเรียน คือหุ่นตรวจทารกในครรภ์ และต้องเรียนด้วยการปฏิบัติจริง คือการฝึกทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) แล้วสถานการณ์จำลองยังเป็นการฝึกให้ผู้เรียนสามารถโยงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ที่เรียนไปแล้วกับความรู้ใหม่ ช่วยให้จำได้นาน ส่งเสริมการใช้กระบวนการคิดอย่างหลากหลายจากสถานการณ์จำลอง เช่น การคิด วิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์ การคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ

นอกจากนี้ผู้เรียนยังเรียนรู้จากการสังเกตหรือการเลียนแบบ จากสถานการณ์จำลองที่ฝึกปฏิบัติทักษะการตรวจครรภ์ เนื่องจากผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่รอบ ๆ ตัวแบบไม่จำเป็นต้องเป็นตัวอย่างที่มีชีวิตเท่านั้น แต่

อาจจะเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ คือ หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model จึงถือว่าการเรียนรู้ก็เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อม โดยผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ถือได้ว่าทั้งผู้เรียนที่ต้องการจะเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่แสดงออกด้วยทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก ทำให้ได้ความรู้ใหม่ที่เชื่อมโยงความรู้เดิมผ่านหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969-2011 พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองที่มีเทคโนโลยีร่วมด้วย สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ต้องการของผู้เรียนในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ระดับมาก¹³ จึงทำให้ความรู้ภายหลังการฝึกใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์สูงกว่าความรู้ก่อนใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจครรภ์หลังการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model สูงกว่าก่อนการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เมื่อเทียบเกณฑ์ผ่านมาตรฐานร้อยละ 70 ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยฝึกทักษะการตรวจครรภ์ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) หลังการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเทียบเกณฑ์ผ่านมาตรฐานร้อยละ 70 ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับวิจัยผลสัมฤทธิ์และการรับรู้ความสามารถทักษะปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกด้วยรูปแบบการสอบ OSCE ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์และทักษะปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การใส่สายยางกระเพาะอาหารทางปากและการดูดเสมหะทางปากและจมูก พบว่า ทั้งสองทักษะมีความแตกต่างกับเกณฑ์ผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=70.51, p<.05$) และ ($t=72.82, p<.05$) ตามลำดับ¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลอง

เสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล พบว่าก่อนการเรียนรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการเรียนรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁵

นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้หุ่นจำลองสมรรถนะสูงเพื่อพัฒนาทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์ ทักษะการคิดวิเคราะห์และประสิทธิภาพการทำงานของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์ และทักษะการคิดวิเคราะห์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กลุ่มทดลอง มีประสิทธิภาพการทำงานระดับสูง ร้อยละ 95.5 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับสูง ร้อยละ 61.4¹⁶ เช่นเดียวกับงานวิจัยผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี พบว่า นักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นมากขึ้นหลังจากได้รับการใช้สถานการณ์จำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.35, p < .05$)¹⁷ และนักศึกษาพยาบาลให้ความคิดเห็นในการเรียนการสอนในห้องฝึกทักษะว่าการใช้หุ่นพลาสติกช่วยในด้านการฝึกหัดการ เช่น การทำแผล การฉีดยาได้ แต่ไม่สามารถจำลองให้เหมือนจริง จึงได้นำสถานการณ์จำลองมาใช้ร่วมกับการสอนในห้องฝึกปฏิบัติการจะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจสถานการณ์จริงมากขึ้น¹⁸

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ตามรูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ช่วยให้เกิดทักษะการตรวจครรภ์ และสามารถแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะการตรวจครรภ์และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) เป็นวิธีการประเมินผลทักษะทางคลินิกที่มี

มาตรฐาน สามารถแยกแยะระดับความรู้ของนักศึกษาเป็นรายบุคคลได้อย่างแท้จริง เป็นวิธีการประเมินผลที่ครอบคลุมการวัดความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการตัดสินใจในการดูแลตามสถานการณ์จำลอง ด้วยโจทย์สถานการณ์เป็นเงื่อนไขให้นักศึกษาแสดงสมรรถนะหรือทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างแท้จริง จึงสามารถสรุปได้ว่า หุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model เป็นสื่อการเรียนการสอนเสมือนจริง และสามารถนำมาใช้แทนมารดาขณะตั้งครรภ์ในการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

- 1) ควรส่งเสริมให้มีการนำหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ไปใช้ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ทั้งภาวะปกติและผิดปกติ) เพิ่มขึ้น
- 2) ผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีการนำหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model ไปใช้ ประกอบการเรียนการสอนทุกวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เนื่องจากหุ่นตรวจทารกในครรภ์ Simulation Pregnancy Model คณะผู้วิจัยผลิตและจัดอนุสิทธิบัตรแล้ว โดยหุ่นตรวจทารกในครรภ์นี้ มีความแตกต่างจากหุ่นที่นำเข้าจากต่างประเทศทั้งกลไกการทำงานของหุ่น และขนาดหุ่นทารกในครรภ์ที่สามารถตรวจครรภ์ได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 3-9 เดือน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ เช่น สถานการณ์การตรวจครรภ์ทารกในครรภ์ผิดปกติ ทำการศึกษาในแต่ละชั้นปี เป็นต้น
2. ควรศึกษาวิจัยการใช้รูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ในรายวิชาอื่น ๆ เพื่อพัฒนาทักษะก่อนขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

References

1. Hongnoi D. The Effective of Simulation pregnancy box on learning of nursing student of Boromarajonani College of Nursing Bangkok. Research Report. Boromarajonani College of Nursing Bangkok. 2018. (in Thai)
2. Koaaiem H. and Duandee K. The Evaluation of Pregnancy Model and VCD of Obstetrical examinationin Pregnant women among nursing student of Royal Thai Army Nursing College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2013;14(3):189-95. (in Thai)
3. Koaaiem H. and Duandee K. The Evaluation of Abnormal Pregnancy Model in Obstetrical Examination Among 3rd Year Nursing Student of Royal Thai Army Nursing College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(2):155-9. (in Thai)
4. Gerdprasert S and Phumonsakul S. The perceptions of nursing students and instructors of Midwifery Practicum course on the midwifery clinical skill laboratory practice before undergoing to labour ward. *Rama Nurs J* 2013;19(3):400-15.
5. World Health Organization. Nurses and midwives for health: A WHO European strategy for nursing and midwifery education. World Health Organization, Copenhagen. 1999.
6. Klangsin S., Suwanrath C., Khanuengkikong S., Saeai N and Boonkumnerd S. The Comparison of Skills in the Objective Structured Clinical Examintion Scores of 6th Year Medical Students in Department of Obstetrics and Gynecology.Songklanagarind Medical Journal 2016;34(6):331-8. (in Thai)
7. Lertbunnaphong T. Simulation Based Medical Education. *Siriraj Medical Bulletin* 2015;8(1):39-46.
8. Srisuk K. Research methodology. Krongchang Printing. 2009. (in Thai)
9. Lohapaiboonkul N. and Palakarn B. The Effects of an Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs) Test to Evaluate The Knowledge and Clinical Skills in Basic Medical Treatment and Perceive of Preceptors from Community of The Clinical Skills of Nursing Students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014;13(2):24-34. (in Thai)
10. Ekthamasuth C., Taweesuk P., and Chojjoho R. The Development of Objective-Structured Clinical Examination Instrument in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum II. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok.* 2017;33(3):27-37. (in Thai)
11. Driver, R and Oldham V. A constructivist approach to curriculum development. *Studies in Science Education.* 1986;13:105-22.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2):191-215.
13. Suwannakeeree W., Jullmusi O. and Tangkawanich T. Simulation-Based Learning Management for Nursing Students. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2016;28(2):1-13. (in Thai)

14. Klaypeth P. Achievement and Self-Efficacy of Nursing Clinical Skills with Objective Structured Clinical Examination (OSCE) of Nursing Students. NRRU Community Research Journal 2020;14(3): 144-54. (in Thai)
15. Norkaeo D., Kangyang M., Buranarom P., Taveekaew C., Kanbupar N. and Promwong W. The Effect of High-Fidelity Simulation Teaching Program on Student Nurses' Knowledge, Skill, and Self-efficacy regarding Nursing Care for Pregnant. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2019;29(3):53-65. (in Thai)
16. Hall SW. High-Fidelity Simulation for Senior Maternity Nursing Students. Nursing Education Perspectives 2016;36(2):124-6.
17. Tantanukul S., Rattanasak S., Sengpanich C., Srisung W. and Tungkawanich T. The Effect of Simulation-Based Learning on the Ability Development of Primary Medical Care Practicum of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2016;28(2):1-13. (in Thai)
18. Houghton C.E., Casey D., Shaw D. and Murphy K. Staff and students perceptions and experiences of teaching and assessment in clinical skills laboratories: Interview findings from a multiple case study. Nurse Education Today. 2012.;32(6):621-728.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมพุทธจิตวิทยาต่อจิตปัญญาของพยาบาล

The Effects of Buddhist Psychology Program on Contemplative of Nurses

Received: Nov 19, 2020

Revised: Jun 15, 2021

Accepted: Jun 24, 2021

วริทธิ์ตา จารุจินดา พธ.ด. (Variththa Charuchinda., Ph.D.)¹ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล วท.ด. (Tanavan Sriamonruttanakul., Ph.D.)²อำพันรุ้ พรหมศรี พย.บ. (Ampun Pornmesri, M.N.S.)³ระวี แช่มชื่น พย.บ. (Rawee Chaemchuen, M.N.S.)⁴สมพร จิตรัตนพร พธ.ม. (Somporn Jitruttanaporn, M.A.)⁵พิมพ์ประภา โตสงคราม กศ.ด. (Pimprapa Tosongkram, Ed.D.)⁶

บทคัดย่อ

บทนำ: จิตปัญญาพยาบาลเป็นทักษะที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสติและมีปัญญา มีความรัก ความเมตตาต่อผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน อันนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติที่ดีต่อกันในสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพุทธจิตวิทยาต่อจิตปัญญาของพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพุทธจิตวิทยา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 13 กิจกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินจิตปัญญาพยาบาลด้านจิตสำนึก ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต ด้านพลังแห่งความเมตตา และด้านความมีใจกรุณา มีความเชื่อมั่น .96, .88, .85 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาพยาบาลด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต ด้านพลังแห่งความเมตตา ด้านความมีใจกรุณา มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) แต่ คะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาพยาบาลด้านจิตสำนึก ไม่แตกต่างกัน

สรุปผล: โปรแกรมพุทธจิตวิทยาสามารถพัฒนาจิตปัญญาพยาบาลด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต ด้านพลังแห่งความเมตตา และด้านความมีใจกรุณาได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมพุทธจิตวิทยาไปใช้ในการพัฒนาพยาบาลให้มีจิตปัญญาต่อไป

คำสำคัญ : จิตปัญญา พุทธจิตวิทยา พยาบาล

¹Corresponding author นักวิจัยอิสระ E-mail: variththa789@gmail.com

²อาจารย์ประจำหลักสูตรการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: tanavan.s@ptu.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ E-mail: Mamampun@gmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ E-mail: raweeSTOU2560@gmail.com

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: Somporn@ptu.ac.th

⁶อาจารย์ภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: Pimprapa@hotmail.co.th

²⁵Faculty of Allied Health Sciences, PathumThani University, Pathum Thani, Thailand

³⁴Samut Prakan Hospital, Samut Prakan, Thailand

⁶Faculty of Nursing, PathumThani University, Pathum Thani, Thailand

Abstract

Introduction: Contemplative is an important skill for nursing practice resulting in a conscious and intelligent life with love and compassion for patients and colleagues and leads to good behavior towards one another in society.

Research objectives: Aimed to examine effects of Buddhist Psychology program to create Contemplative in nursing.

Research methodology: This was a quasi-experiment study. Participants were 45 nurses and they were randomly selected and allocated to two groups (20 in an experiment group and 25 in a control group). Instruments used in the study were a Buddhist Psychology program consisting of 3 steps (13 activities). Data were collected using a questionnaire of contemplative in nursing including a mental awareness, an understanding of the truth of life, a power of compassion, and a kindness, with the reliability of .96, .88, .85 and .92 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t- test, and Independent t-test

Results: Findings showed that at follow-up, the experiment group had statistically significant higher understanding of the truth of life, the power of compassion, and the kindness scores than those at baseline ($p < .05$). However, the average score of mental awareness was not significantly different.

Conclusions: Findings demonstrated that the Buddhist Psychology program can be used in developing the understanding of the truth of life, the power of compassion, and the kindness in nursing.

Implications: The Buddhist Psychology program can be used in developing contemplative in nursing.

Keywords: contemplative, Buddhist Psychology, nurse

บทนำ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ได้ให้ความหมายของจิตว่าหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือสิ่งที่ทำหน้าที่คิด นึก และรู้ ในขณะที่ปัญญา หมายถึง ความรอบรู้ ความรู้ทั่วไปและความฉลาดเกิดแต่เรียนและคิด นอกจากนี้สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต)¹ ยังกล่าวถึงปัญญาว่า หมายถึง ความรู้ทั่ว ปรชาหยั่งรู้เหตุผล ความรู้เข้าใจชัดเจน หยั่งแยกได้ ในเหตุผลดีชั่ว คุณโทษ ประโยชน์ มิใช่ประโยชน์ เป็นต้น และรู้ที่จะจัดการดำเนินการทำให้ผลล่งพ้นปัญหา ดังนั้น จิตปัญญา จึงหมายถึง ความรู้สึนึกคิด หยั่งรู้เหตุผล เข้าใจแยกแยะได้ ในเหตุผลดีชั่ว และรู้ที่จะจัดการ ดำเนินการทำให้ผลล่งพ้นปัญหา รอบรู้ในสังขารมองเห็นตามเป็นจริง สอดคล้องกับ พระไพศาล วิสาโล² ที่กล่าวว่า การมีปัญญา เป็นหัวใจของการแก้ปัญหา เพราะนำไปสู่การเข้าใจในความจริงของชีวิต จนเห็นว่าทุกข์ทั้งปวงเป็นเรื่องธรรมดา เพราะสังขารทั้งหลายตกอยู่ภายใต้ความไม่เที่ยง มีความพร่องไม่สมบูรณ์อยู่เสมอ ซึ่งคนมีปัญญาเห็นความจริง ย่อมไม่ถือนั่นในสิ่งทั้งปวง ว่าต้องเป็นดังใจตน

พยาบาล เป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ซึ่งในการทำงานของพยาบาลนั้นอยู่ภายใต้ความตึงเครียด ความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงาน มีเพียงร้อยละ 13.10 โดยมีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 90.00³ ดังนั้นการพัฒนาด้านสุขภาพทางปัญญาจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้พยาบาลไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง รวมถึงสร้างกำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานต่อไปได้ และการที่จะสามารถให้บริการได้อย่างเป็นองค์รวมนั้น พยาบาลต้องมีจิตปัญญาก่อน ในการสร้างความเมตตาปรารถนาดีให้กับตัวเอง คนในครอบครัวก่อนจึงจะแสดงพฤติกรรมบริการไปถึงผู้ป่วยที่แสดงออกอย่างธรรมชาติ จากความรู้สึกนึกคิดของตน โดยไม่ได้แสเสร้าง ทำด้วยความสุขและผู้รับบริการก็จะมีสุขไปด้วย⁴ และเนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สังคมคาดหวัง หากมีเจตคติที่ไม่ดีต่อวิชาชีพแล้วจะไม่สามารถให้การบริการที่ดี และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายได้⁵

โปรแกรมพุทธจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างจิตปัญญาของพยาบาล เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์หลักพุทธธรรม ไตรสิกขา⁶

ร่วมกับทฤษฎีการบริการการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง⁷ ทฤษฎีการบริการอรรถภาวะนิยม⁸ มาพัฒนาจิตปัญญานำไปสู่ความสุขจากภายในจิตใจ มีความรู้สึกพอเพียง มีความพึงพอใจในชีวิต มีความต้องการวัตถุภายนอกน้อยลง นำไปสู่การบริโภคและการใช้ทรัพยากรน้อยลง ทำให้การแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวลดลง ลดการเบียดเบียน รู้จักให้และแบ่งปันแก่ผู้อื่นมากขึ้น ก่อให้เกิดความสุขที่ยั่งยืนในสังคม⁹ การที่พยาบาลจะมีจิตปัญญา โดยสามารถพัฒนาจิตภายในตนเอง โดยเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงให้คุณค่าในเรื่องการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ และการรับฟังด้วยใจเปิดกว้าง เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานอย่างลึกซึ้งทางความคิดและจิตสำนึกใหม่ เกี่ยวกับตนเองและโลก จะส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสติเกิดปัญญาและมีความรักความเมตตาต่อสรรพสิ่งซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติกิจอันเป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล¹⁰

โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นโรงพยาบาลที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านคุณภาพการบริการ บุคลากรทางการพยาบาลเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ในปี 2562 ที่ผ่านมา พบว่าดัชนีความสุขโดยรวมของบุคลากรทางการพยาบาล เท่ากับ 59.04 ในด้าน Happy soul ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.96 ประกอบกับปัจจุบัน พบว่า มีเสียงสะท้อนจากสังคมต่อวิชาชีพพยาบาลถึงพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลไม่เหมาะสม โดยพบข้อร้องเรียนในเรื่องการสื่อสาร 300 เรื่อง ในปี 2560-2562 พบข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ จำนวน 2,211 เรื่อง ตามลำดับ และระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 82.00, 80.00 และ 78.2 ตามลำดับ¹¹

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการพยาบาลจะต้องได้รับการพัฒนาจิตปัญญา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพราะจะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลตระหนักรู้ถึงคุณค่าในชีวิต มีเป้าหมายเกิดแรงจูงใจ เกิดทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ นำไปสู่ความสุข ความสำเร็จ สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ รับรู้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมพุทธจิตวิทยาต่อจิตปัญญาของพยาบาล เพื่อการส่งเสริมบุคลากรตามอัตลักษณ์ของโรงพยาบาลเพื่อก้าวสู่มาตรฐานองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม อีกทั้งนำข้อค้นพบจากการศึกษาไปขยายองค์ความรู้ในเรื่อง

จิตปัญญาบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ในการเสนอแนะแนวทางการพัฒนาจิตปัญญาที่เหมาะสมกับบริบทวิชาชีพพยาบาลในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนจิตปัญญาพยาบาลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพุทธจิตวิทยา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนจิตปัญญาพยาบาลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพุทธจิตวิทยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยที่สภากาชาดไทยรับรอง ปฏิบัติงานให้บริการด้านบริการสุขภาพในหน่วยงานโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 500 คน

โปรแกรมพุทธจิตวิทยา เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์การนำหลักพุทธธรรมทางพระพุทธศาสนา คือ หลักไตรสิกขา⁶ เป็นหลักและบูรณาการร่วมกับองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาตะวันตกกลุ่มมนุษยนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโดยการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง⁷ และทฤษฎีการปรึกษาอัตถภาวะนิยม⁸ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

1) ขั้นตอนเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพด้วยความประทับใจ และ
กิจกรรมที่ 2 ต้นไม้ของฉัน

2) ขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ

- กิจกรรมที่ 3 สมาทานกรรมฐานวิธีแห่งความรู้สึกตัว
กิจกรรมที่ 4 ผ่อนพัก ตระหนักรู้
กิจกรรมที่ 5 ทุกข์กาย ทุกข์จิต
กิจกรรมที่ 6 กระบวนการสู่การตั้งใจคิด ฟังสติ
กิจกรรมที่ 7 วิธีชีวิตบัว บทเรียนสุดท้าย
กิจกรรมที่ 8 จงกรม รับผิดชอบต่อ
กิจกรรมที่ 9 การผ่อนคลาย NLP Relaxation
กิจกรรมที่ 10 การสร้างสัมพันธภาพกับตนเองและผู้อื่น
กิจกรรมที่ 11 ความรัก/ ความกรุณาตนเอง
กิจกรรมที่ 12 งานพยาบาลที่ฉันรัก

3) ขั้นตอนสรุป ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

- กิจกรรมที่ 13 ศิลปะสะท้อนความเข้าใจชีวิต มองนอก ดูใน

จิตปัญญาพยาบาล

- 1) ด้านใจตื่นรู้
- 2) ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต
- 3) ด้านพลังแห่งความเมตตา
- 4) ด้านความมีใจกรุณา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย¹² เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง¹³ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมจำนวนทั้งสิ้น 52 ราย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในโปรแกรมพุทธจิตติวิทยาครบทุกครั้งโดยไม่ออกระหว่างการดำเนินการวิจัย และทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจับคู่ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ในด้านอายุ ประสบการณ์การทำงานและคะแนนจิตปัญญาพยาบาล โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมพุทธจิตติวิทยา และแบบประเมินจิตปัญญาพยาบาล ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านพุทธศาสตร์ นักจิตวิทยานักพฤติกรรมบำบัด อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1) โปรแกรมพุทธจิตติวิทยา ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์แนวคิดหลักพุทธธรรมทางพระพุทธศาสนา ด้านหลักไตรสิกขา⁶ เป็นหลักของโปรแกรมร่วมกับองค์ความรู้ทางด้านจิตวิทยาตะวันตกกลุ่มมนุษยนิยม ทฤษฎีการปรึกษาการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์⁷ ทฤษฎีการปรึกษาอัตถภาวะนิยมของแฟรงค์⁸ เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบวิธีการในการเสริมสร้างจิตปัญญาบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนใหญ่ ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ 2) ขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม 3) ขั้นตอนสรุป รวมเวลาจัดกระบวนการ 2 วัน ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาโดยผู้ทรง

คุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ IOC (Index of Item-Objective Congruence) ตั้งแต่ 0.60-1.00 นำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่า ระยะเวลาและบางกิจกรรม ยังไม่เหมาะสม จึงปรับลดเวลาและเพิ่มรายละเอียดในบางกิจกรรม

1.2) แบบประเมินจิตปัญญาพยาบาล เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับสภาวะจิตใจที่เกิดความรู้เท่าทันความคิดอย่างมีสติ (เห็นความคิด) มีความสุขสงบ ผ่อนคลาย มีเป้าหมายในชีวิต มีเมตตา กรุณา ลดอัตตา เน้นพัฒนาภายในตนเองให้ลดกิเลส ในงานวิจัยครั้งนี้วัดจิตปัญญาทั้ง 4 ด้าน คือ ใจตื่นรู้ ความเข้าใจความจริงของชีวิต พลังแห่งความเมตตา และความมีใจกรุณา มีจำนวน 23 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านใจตื่นรู้ มีจำนวน 6 ข้อ ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต มีจำนวน 3 ข้อ ด้านพลังแห่งความเมตตา มีจำนวน 10 ข้อ ด้านความมีใจกรุณา มีจำนวน 4 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์รายข้อ เท่ากับ 0.60-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96, .88, .85 และ .92 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .94

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการแล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมประสานกับหัวหน้าพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานวิจัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย ประสานงานและนัดหมายวันจัดโปรแกรม

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แนะนำการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ กิจกรรม และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามพินัยสิทธิ์ และให้ตอบแบบสอบถามจิตปัญญาพยาบาล

3. ดำเนินการให้กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมพุทธจิตติวิทยา เป็นระยะเวลา 11 ชั่วโมง (2 วัน)

4. หลังโปรแกรมเสร็จสิ้น ให้ทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบสอบถามจิตปัญญาพยาบาลทั้ง 4 ด้านทันที โดยรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมพุทธจิตติวิทยา แสดงได้ดังแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมพุทธจิตวิทยา

กิจกรรมในโปรแกรมพุทธจิตวิทยา
วันที่ 1 เวลา 9.00 น.-16.00 น. ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1-2 ดังนี้
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพด้วยความประทับใจ (40 นาที) วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจ สมาชิกเข้าใจบทบาทของตนเอง กิจกรรม สร้างเป้าหมาย กติกาที่ต้องตกลงร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกจัดประสบการณ์เรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ด้วยบรรยากาศที่สมาชิกแต่ละคนเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจกัน ยอมรับ และจริงใจต่อกัน การประเมินผล สังเกตความตั้งใจของสมาชิก สัมพันธภาพระหว่างสมาชิก ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการแสดงความคิดเห็นจากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปรึกษากลุ่ม
กิจกรรมที่ 2 ต้นไม้ของฉัน (1 ชั่วโมง) วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจคุณค่าตนเอง การมีชีวิตอย่างมีความหมาย ความสามารถ และทางเลือกในชีวิต เพื่อมุ่งไปสู่ความหมายที่แท้จริงของชีวิต กิจกรรม ให้สมาชิกเขียนความต้องการและความหมาย ความหวังในชีวิต ให้จับคู่เพื่อนสมาชิกโดยทำความรู้จักเพื่อนเล่าให้เพื่อนสมาชิกฟัง ผู้นำกลุ่มถามความรู้สึกและสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้ โดยทุกคนร่วมฟังอย่างใส่ใจ ติดตามเรื่องราว สะท้อนสิ่งที่รับรู้กลับไปด้วยความเป็นกัลยาณมิตร เป็นการเชื่อมสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในการอยู่ร่วมกัน 2 วัน 1 คืน ผู้นำกลุ่มสรุปความต้องการและความคาดหวัง ความหมายของสมาชิกกลุ่ม การประเมินผล สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และสามารถบอกคุณค่าของความหมายในการดำรงชีวิตอยู่ได้
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการกลุ่ม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3-12
กิจกรรมที่ 3 สมาทานกรรมฐาน (วิถีแห่งความรู้สึกตัว : Concept ความคิด) (1 ชั่วโมง 30 นาที) วัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาบุคคลที่มีทุกข์ภายในใจ ให้สามารถเข้าใจความจริงของธรรมชาติของชีวิตแนวพุทธ กิจกรรม ใช้การสนทนาสื่อสารกับสมาชิกด้วยความเป็นกัลยาณมิตร เพื่อเอื้อให้สมาชิกสามารถเข้าใจทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และใช้ปัญญาไตร่ตรองให้คลี่คลายทุกข์ได้ด้วยตนเอง สามารถพัฒนาตนให้ถึงพร้อมในไตรสิกขาในด้านความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ความรู้สึก การประเมินผล สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่าง ความคิด ตั้งใจคิด และความคิดเผละคิดได้
กิจกรรมที่ 4 ผ่อนพัก ตระหนักรู้ (30 นาที) วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกผ่อนคลาย อยู่กับปัจจุบันขณะ กิจกรรม ใช้คลื่นเสียง CRYSTAL BOWL เข้าไปกระตุ้นการทำงานของสมองทำให้เกิดการผ่อนคลาย การประเมินผล สมาชิกมีใบหน้าผ่อนคลาย การหายใจสม่ำเสมอ จังหวะ ลึก ยาว
กิจกรรมที่ 5 ทุกข์กาย ทุกข์จิต (1 ชั่วโมง) วัตถุประสงค์ เอื้อให้สมาชิกพิจารณาปัญหาภาวะทุกข์ใจที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยใจที่สงบ มีสติพร้อมที่จะเผชิญกับความทุกข์ กิจกรรม ให้พินิจร่อยแยก คือ การมุ่งหารอยแยกอันเป็นรากเหง้าของความทุกข์ ตามหลักธรรมอริยสัจ 4 ต้องกำหนดรู้ด้วย 3 ประเด็นย่อยดังนี้ (1) สังเกตทุกข์ด้วยจิตสมาธิ (2) เผชิญหน้ากับความทุกข์ (3) ยอมรับทุกข์ว่าเป็นเรื่องเกิดขึ้นได้ การประเมินผล เข้าใจและสามารถปฏิบัติเจริญสติตามแนวทางหลวงพ่отิยาน จิตตสุโณ ได้

ตารางที่ 1 รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมพุทธจิตวิทยา (ต่อ)

กิจกรรมที่ 6 กระบวนการสู่การตั้งใจคิด “ฝึกสติ” (1 ชั่วโมง) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมรู้และเข้าใจหลักการเจริญวิปัสสนากัมมัฏฐานตามแนวสติปัฏฐาน 4 กิจกรรม ชวนให้เห็นและเข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เอื้อให้สมาชิกเกิดกระบวนการคิดแบบโยนิโสมนสิการ (1) ปลุกกุศลในจิตให้เกิดการคิดแบบโยนิโสมนสิการ (2) ชวนให้ใคร่ครวญจนมองเห็นสาเหตุของทุกข์ (ความคาดหวังและการยึดมั่น) (3) ใช้เทคนิคการตั้งใจคิด เพื่อสร้างบุญกุศล สร้างความสุข การประเมินผล จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเข้าใจทุกข์และการจัดการความทุกข์ที่ผ่านมา
วันที่ 2 เวลา 9.00 น.-16.00 น. กิจกรรมที่ 7 วิถีชีวิตบัว “บทเรียนสุดท้าย” (1 ชั่วโมง) วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจการรักษาใจผู้ป่วยระดับจิตวิญญาน เข้าใจวิธีการน้อมจิตผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวดทางกาย กิจกรรม ฝึกเข้าใจตนเอง รับรู้ความรู้สึกของตนเอง (Awareness) ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้ 1. เข้าใจความทุกข์ชัดเจนด้วยปัญญา 2. ปลุกเร้าจิตให้เป็นกุศล 3. ให้มีสติ มีสมาธิ และจิตเป็นอิสระ เพิ่มขึ้น การประเมินผล เข้าใจการรักษาใจ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
กิจกรรมที่ 8 จงกรม รับอรุณ (30 นาที) วัตถุประสงค์ เพื่อฝึกฝนให้มีสติสัมปชัญญะ มีสมาธิ อยู่กับการเดิน ไม่คิดฟุ้งซ่าน ให้สมาชิกอยู่กับสิ่งที่ตนกระทำ รู้เท่าทันอารมณ์ กิจกรรม ปฏิบัติการเดินจงกรมศาสนา กำหนดสติให้อยู่กับการเคลื่อนไหวของกาย วางจิตให้อยู่กับการเดิน ไม่คิดเรื่องอื่น การประเมินผล สังเกตจากการตั้งใจ เดินจงกรม ปิดวาจา
กิจกรรมที่ 9 การผ่อนคลาย NLP (Natural Language Processing) Relaxation (20 นาที) วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้อยู่กับตนเอง อยู่ในสภาวะผ่อนคลายได้ และสามารถบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ กิจกรรม ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย NLP เป็นโปรแกรมการสื่อสารกับตัวเองและคนอื่นทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก การประเมินผล สมาชิกเกิด ความผ่อนคลาย และพร้อมใคร่ครวญในการปรึกษาต่อไป
กิจกรรมที่ 10 การสร้างสัมพันธ์สภาพกับตนเองและผู้อื่น (30 นาที) วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเกิดเข้าใจตนเอง ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น เป็นการพัฒนาดน และเป็นพื้นฐานในการเข้าใจผู้อื่น กิจกรรม ให้จับคู่กัน แสดงท่าทางเลียนแบบเสมือนกับเป็นกระจกสะท้อนภาพ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากกระจกสะท้อน สรุปเพิ่มเติมเรื่องการตระหนักรู้ในตนเอง ให้สมาชิกทราบบว่าการตระหนักรู้ในตนเอง เป็นพฤติกรรมด้านอารมณ์และความรู้สึกที่มีความสัมพันธ์กับ ความรู้ ความคิด ความคาดหวัง การประเมินผล สังเกตจาก การแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทาง การร่วมแลกเปลี่ยน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก
กิจกรรมที่ 11 ความรัก/ ความกรุณาตนเอง (30 นาที) วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสมาชิกให้ทบทวนคุณค่าตนเอง เรียนรู้ มอบความรักต่อตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข กิจกรรม ให้สมาชิกตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจุบัน ให้นึกถึงคำพูดที่ดีที่สุด ให้กล่าว “พรกับตนเอง” ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพิจารณา “พร” ที่ตนเองให้กับตนเอง และเชิญให้สมาชิกเล่าให้เพื่อนฟัง ผู้นำกลุ่มยกประเด็น การแบ่งปันประสบการณ์ในกลุ่ม การประเมินผล การสะท้อนตนเองของสมาชิก

ตารางที่ 1 รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมพุทธจิตวิทยา (ต่อ)

กิจกรรมที่ 12 งานพยาบาลที่ฉันรัก (แลกเปลี่ยนประสบการณ์ /แบ่งกลุ่มฝึกการดูแลผู้ป่วยมิติจิตวิญญาณ)
(1 ชั่วโมง 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกวิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยจากพระวิทยากร นำมาปรับใช้กับ Case กรณีศึกษา และให้สมาชิกได้นำปฏิบัติการทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย กรณีศึกษาด้านมิติจิตวิญญาณ อย่างเป็นรูปธรรม

กิจกรรม เปิดคลิปกรณีศึกษา ร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษา วางแผนการพยาบาลช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่นำเสนอด้วย

การประเมินผล บันทึกการสะท้อนตนเองของสมาชิก

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุป ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 13

กิจกรรมที่ 13 ศิลปะสะท้อนความเข้าใจชีวิต มองนอก ดูใน (1 ชั่วโมง 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกสามารถนำแนวทางการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธธรรม เข้าใจหลักธรรมไตรสิกขา

กิจกรรม ฝึกภาวะตื่นรู้ การดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

1) แจกกระดาษแข็งให้ทำเป็นรูปวงกลม จะได้ 8 วง 2) ในแต่ละวงให้เขียนคำตอบในวงกลม 1 ถึง 8 วงที่ 1 คิดชอบ วงที่ 2 ดำริชอบ วงที่ 3 พุดจาชอบ วงที่ 4 กระทำชอบ วงที่ 5 อาชีพชอบ วงที่ 6 เพียร วงที่ 7 สติชอบ วงที่ 8 สมาธิชอบ 3) ให้สมาชิกนำเสนอความคิด 4) แจกกระดาษวาดเขียน ตัดเป็นวงกลม พร้อมดินน้ำมัน ให้สมาชิกวาดภาพดอกไม้ตามจินตนาการ ใช้สมาธิอยู่กับตนเอง 5) นำเสนอภาพวาดของแต่ละคน ให้สมาชิกได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอความคิด

การประเมินผล การสะท้อนตนเองของสมาชิก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ รหัสโครงการ Oq 04163 ลงวันที่อนุมัติ 2 กรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบการแจกแจงคะแนนตัวแปรทั้ง 4 ด้าน ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาด้านใจตื่นรู้ ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต ด้านพลังแห่งความเมตตา ด้านความมีใจกรุณา ภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ในด้านเพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่ปฏิบัติในปัจจุบันและระยะเวลาปฏิบัติงาน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น เป็นเพศหญิงและเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Chi-Square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของทั้ง 2 กลุ่ม รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Chi- Square test (Fisher's Exact Test)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					.026
ชาย	1	5.00	1	4.00	P value =1.000
หญิง	19	95.00	24	96.00	
2. อายุ					.180
30-35 ปี	2	10.00	3	12.00	P value =.981
36-40 ปี	2	10.00	3	12.00	
41-45 ปี	2	10.00	3	12.00	
มากกว่า 45 ปี	14	70.00	16	64.00	
3. ตำแหน่งปัจจุบัน					.218
ชำนาญการ	11	55.00	12	48.00	P value =.641
ชำนาญการพิเศษ	9	45.00	13	52.00	
4. หน่วยงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน					.185
หอผู้ป่วย	9	45.00	10	40.00	P value =.980
ผู้ป่วยนอก	4	20.00	6	24.00	
ห้องตรวจพิเศษ	6	30.00	8	32.00	
ฝ่ายการพยาบาล	1	5.00	1	4.00	
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน					.585
น้อยกว่า 5 ปี	1	5.00	2	8.00	P value =.965
6-10 ปี	3	15.00	3	12.00	
11-15 ปี	1	5.00	2	8.00	
15-20 ปี	1	5.00	2	8.00	
มากกว่า 20 ปี	14	70.00	16	64.00	

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนจิตปัญญาพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

2.1 ผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาพยาบาลในทุกด้านมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาพยาบาล ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

2.2 ผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาพยาบาล ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาพยาบาล ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต ด้านพลังแห่งความเมตตา ด้านความมีใจกรุณา และจิตปัญญาพยาบาลโดยรวม มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการใจตนรู้พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจิตปัญญาพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จิตปัญญาพยาบาล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	MD	t
ด้านการใจตื่นรู้						
กลุ่มทดลอง	26.45	2.625	26.95	2.305	.500	3.684**
กลุ่มควบคุม	25.76	3.004	25.92	2.753	.160	1.281
Independent t-test	MD = .690	t = .821	MD = 1.030	t = 1.339		
ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต						
กลุ่มทดลอง	10.75	1.585	11.45	1.191	.700	3.390**
กลุ่มควบคุม	10.44	1.917	10.60	1.780	.160	1.445
Independent t-test	MD = .310	t = .594	MD = .850	t = 1.912*		
ด้านพลังแห่งความเมตตา						
กลุ่มทดลอง	41.85	3.376	42.25	3.291	.400	3.559**
กลุ่มควบคุม	40.04	3.446	40.12	3.420	.080	1.000
Independent t-test	MD = 1.810	t = 1.771	MD = 2.130	t = 2.111*		
ด้านความมีใจกรุณา						
กลุ่มทดลอง	17.25	1.410	17.75	1.333	.500	2.127*
กลุ่มควบคุม	16.88	1.563	16.96	1.513	.080	1.000
Independent t-test	MD = .370	t = .833	MD = .790	t = 1.833 *		
จิตปัญญาพยาบาลโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	96.30	7.079	98.00	7.348	1.700	2.555*
กลุ่มควบคุม	93.12	7.667	93.60	7.100	.480	1.998
Independent t-test	MD = 3.180	t = 1.443	MD = 4.400	t = 2.026*		

หมายเหตุ * P value < .05, ** P value < .01

อภิปรายผลการวิจัย

1) จิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพุทธจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากจิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ เป็นจิตปัญญาที่เน้นในด้านความรู้สึกภายใน เสมือนฐานกำลังนำไปสู่การแก้ปัญหาโดยการคิดไตร่ตรองหาต้นเหตุของปัญหา โดยโปรแกรมพุทธจิตวิทยามีกิจกรรมที่ 13 ศิลปะสะท้อนความเข้าใจชีวิต มองนอกดูใน ที่ช่วยเสริมสร้างภาวะตื่นรู้ ที่สะสมประสบการณ์มาจากทั้ง 12 กิจกรรม

จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาด้านใจตื่นรู้เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ ไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากการที่จะเกิดจิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ได้ จะต้องผ่านขั้นตอนกระบวนการทางจิตที่ต้องพัฒนาโดยเริ่มจากขั้น 5 พัฒนาไปสู่กระบวนการคิด การฟัง การทบทวนการกระทำจนเกิดความรู้อันชัดแจ้ง¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thirasiranon¹⁵ ที่พบว่าพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญตามแนวทางพุทธศาสนาเถรวาท มีขั้นตอนเบื้องต้นโดยเริ่มจากศรัทธา

หรือความเชื่อมั่นที่มีปัญหาประกอบ เช่น ได้ฟังบุคคลใดแสดงสาระที่น่าเชื่อถือจนเห็นหรือมั่นใจว่านำไปสู่ความจริงได้ ก็เริ่มศึกษาเรียนรู้จากแหล่งนั้น จนกลายเป็นสัมมาทิฐิที่มีคุณภาพ จากนั้นจึงนำข้อมูลต่าง ๆ มากลั่นกรอง วิเคราะห์พิจารณาด้วยโยนิโสมนสิการ อันเป็นปัจจัยภายในของตัวผู้ปฏิบัติเอง จะเห็นได้ว่า การพัฒนาจะต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควร เพื่อให้กระบวนการพัฒนาจิตดังกล่าวนำไปสู่จิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ หรืออาจเกิดจากกลุ่มควบคุมได้รับการฟังเทศน์ การปฏิบัติภาวนา หรือการปฏิบัติอื่น ๆ ที่มีผลจิตปัญญาพยาบาล โดยที่ไม่ต้องเข้าโปรแกรมพุทธจิตวิทยา ด้วยเหตุผลข้างต้น จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

2) จิตปัญญาพยาบาลด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพุทธจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ กลุ่มควบคุม มีคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านความเข้าใจความจริงของชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากความเข้าใจความจริงของชีวิต เป็นการค้นหาความหมายสำคัญของชีวิต และรับรู้ความต้องการของตนเองและรับรู้ถึงงานการพยาบาลว่าเป็นงานสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย มีคุณค่าและมีความสุขกับปัจจุบันที่ได้ปฏิบัติงานในวิชาชีพ โดยโปรแกรมพุทธจิตวิทยามีกิจกรรมที่ 2 ต้นไม้ของฉัน และ กิจกรรมที่ 3 สมาทานกรรมฐาน วิธีแห่งความรู้สึกรักตัว ซึ่งเน้นให้สมาชิกได้สำรวจตนเอง ค้นพบคุณค่าของการมีชีวิต ความสามารถ และทางเลือกที่เป็นไปได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อมุ่งไปสู่ความหมายในชีวิตด้วยตนเอง ร่วมกับการเน้นช่วยเหลือแก้ไขปัญหาบุคคลที่มีทุกข์ภายในใจ ให้สามารถเข้าใจความจริงธรรมชาติของชีวิตแนวพุทธ ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจความจริงของชีวิต จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านความเข้าใจความจริงของชีวิตมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kittimahacharoen¹⁴ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัญญาใน

อรรถกถาชาดกเพื่อวิเคราะห์ปัญญาในฐานะที่เป็นคำสอนในอรรถกถาชาดก จากการวิเคราะห์ด้านคุณค่าของปัญญาพบว่า การใช้ปัญญาในทางที่ถูกต้องทำให้การดำเนินชีวิตเป็นสุข แต่ถ้าไม่มีปัญญาหรือใช้ปัญญาในทางไม่ถูกต้องจะทำให้เป็นมิจฉาทิฐิเกิดอวิชชา และเช่นเดียวกับการศึกษาผลของกลุ่มพัฒนาตนและการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธและการฝึกอานาปานสติ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะอุเบกขา กล่าวคือ มีการวางใจเป็นกลาง ใช้ปัญญาพิจารณาให้รู้เท่าทันความจริงที่เกิดขึ้น ไม่เอนเอียงด้วยอคติ เข้าใจกฎแห่งกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

3) จิตปัญญาพยาบาลด้านพลังแห่งความเมตตา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพุทธจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านพลังแห่งความเมตตามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านพลังแห่งความเมตตามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากพลังแห่งความเมตตา เป็นความรักและปรารถนาดีต่อตนเองและผู้ป่วย เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเผชิญความทุกข์ทรมาน มุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาเป้าหมายในชีวิต โดยโปรแกรมพุทธจิตวิทยามีกิจกรรมที่ 4 ถึงกิจกรรมที่ 10 ซึ่งในกิจกรรมเน้นให้สมาชิกรักเมตตาตนเอง เข้าใจตนเอง ฝึกให้ดูแลจิตใจตนเอง ทำความรู้สึกผ่อนคลาย และเห็นถึงความทุกข์ของผู้อื่น รวมทั้งการสร้างความรักให้กับผู้อื่น เกิดความเข้าใจตนเอง ตระหนัก ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น อันเป็นแนวทางในการพัฒนาตน และเป็นพื้นฐานในการรักเมตตาและเข้าใจผู้อื่น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างพลังแห่งความเมตตา จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา ภูวนินานนท์¹⁷ ที่ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ในพระพุทธศาสนาและการพัฒนาคน พบว่า สามารถพัฒนาคนให้ดีขึ้น ในด้านความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส และสอดคล้องกับ Suyajai¹⁸ ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมใช้โปรแกรม (NLP) ในจิตบำบัด การให้การปรึกษากลุ่มเชิงพุทธจิตวิทยา กลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมมีระดับการพัฒนาวิธีคิดตามแนวปัญญาและการกำกับตนเองแตกต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) จิตปัญญาพยาบาลด้านความมีใจกรุณา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพุทธจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านความมีใจกรุณามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านความมีใจกรุณา มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้ เนื่องจากความมีใจกรุณา เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ ให้การพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยดุษฎีนิมิตร แสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยน้ำเสียง สีหน้าและคำพูดที่อ่อนโยนเป็นมิตร โดยโปรแกรมพุทธจิตวิทยามีกิจกรรมที่ 11 ความรักความกรุณาตนเอง กิจกรรมที่ 12 งานพยาบาลที่ฉันรัก ซึ่งเน้นให้สมาชิกทบทวนคุณค่าตนเอง เรียนรู้ที่จะมอบความรักต่อตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข รวมทั้งเน้นให้สมาชิกวิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความมีใจกรุณาจึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ Thawaisub¹⁹ ที่กล่าวถึงการมีจิตกรุณาเอื้ออาทรต่อผู้อื่นจะช่วยสร้างความสุขให้กับผู้อื่น และสอดคล้องกับ Aukkarapridie และ Satraphat²⁰ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยรักเมตตาและการมีจิตวิญญาณในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์และมีความสุขตามการรับรู้ของพยาบาลที่ผ่านการอบรมงานอภิบาลและไม่ผ่านการอบรมงานอภิบาล พบว่า กลุ่มที่ผ่านการอบรมงานอภิบาลมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์มีความสุข มีภาวะสมดุลในการดำเนินชีวิต มีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ มีความอ่อนโยนเป็นมิตรและจริงใจ แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ผ่านการอบรมงานอภิบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) จิตปัญญาพยาบาลโดยรวม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพุทธจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และกลุ่มควบคุม มีคะแนนไม่แตกต่าง

จากก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้ เนื่องจากจิตปัญญาพยาบาลโดยรวมเป็นผลรวมของจิตปัญญาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านใจตื่นรู้ ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต ด้านพลังแห่งความเมตตา และด้านความมีใจกรุณา ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมพุทธจิตวิทยา เน้นการส่งเสริมจิตปัญญาพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ในรูปของกิจกรรมทั้ง 13 กิจกรรมที่มีการสอดรับและสัมพันธ์กัน โดยเน้นสร้างประสบการณ์ให้บุคคลมีฐานใจที่เข้มแข็ง คือการตื่นรู้ของใจ นำไปสู่การเข้าใจความจริงของชีวิตและธรรมชาติ พัฒนาไปสู่ความรักเมตตาต่อตนเองบุคคลรอบข้างและผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาถึงกระบวนการสร้างภavana 4 โดยใช้หลักไตรสิกขา พบว่า ไตรสิกขาเป็นระบบการศึกษาที่เน้นการฝึกอบรมตนเองอย่างมีขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การพ้นทุกข์ ในภาคปฏิบัติ องค์ธรรมคือไตรสิกขาจะทำงานไปพร้อม ๆ กัน และประสานกันอย่างเป็นพื้นฐานให้แกกัน ไตรสิกขามีลักษณะที่เป็นสหสัมพันธ์กับภavana 4 โดยผู้ที่ผ่านการอบรมตนเองตามหลักไตรสิกขาจะค่อย ๆ ปรับปรุงแก้ไขภาพลักษณ์ภายนอกของตนทั้ง 4 ด้าน คือ กาย สังคม อารมณ์ และปัญญา การพัฒนาดังกล่าวจะปรากฏให้เห็นจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปในทางที่น่าพอใจและเหมาะสม¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาถึงปัญญาในอรรถกถาชาดกจากกาวีระวาทะ ด้านคุณค่าของปัญญา พบว่า การใช้ปัญญาในทางที่ถูกต้องทำให้การดำเนินชีวิตเป็นสุข แต่ถ้าไม่มีปัญญาหรือใช้ปัญญาในทางไม่ถูกต้องจะทำให้เป็นมิฉชาติภูฏิเกิดอวิชชา² สอดคล้องการศึกษาถึงกระบวนการสร้างภavana 4 โดยใช้หลักไตรสิกขา พบว่า ไตรสิกขาเป็นระบบการศึกษาที่เน้นการฝึกอบรมตนเองอย่างมีขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การพ้นทุกข์ ในภาคปฏิบัติ องค์ธรรมคือไตรสิกขาจะทำงานไปพร้อม ๆ กัน และประสานกันอย่างเป็นพื้นฐานให้แกกัน ไตรสิกขามีลักษณะที่เป็นสหสัมพันธ์กับภavana 4 โดยผู้ที่ผ่านการอบรมตนเองตามหลักไตรสิกขาจะค่อย ๆ ปรับปรุงแก้ไขภาพลักษณ์ภายนอกของตนทั้ง 4 ด้าน คือ กาย สังคม อารมณ์ และปัญญา¹⁶ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาการตระหนักรู้สำรวจภายในตนเองด้านอารมณ์ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ มุมมองต่อชีวิตและโลก โดย

เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงให้คุณค่าในเรื่องการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญและการรับฟังด้วยใจเปิดกว้าง โดยมีเป้าหมายคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทางความคิดและจิตสำนึกใหม่เกี่ยวกับตนเองและโลก ส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสติและมีปัญญา มีความรักความเมตตาต่อสรรพสิ่ง นำไปสู่การประพฤติปฏิบัติที่ดีต่อกันในสังคม¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยรักเมตตาและการมีจิตวิญญาณในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์และมีความสุขตามการรับรู้ระหว่างกลุ่มบุคลากรที่ผ่านการอบรมงานอภิบาลและไม่ผ่านการอบรมงานอภิบาล พบว่า กลุ่มที่ผ่านการอบรมมีการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ มีความสุขและมีภาวะสมดุลในการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า โปรแกรมพุทธจิตวิทยาสามารถพัฒนาจิตปัญญาพยาบาลได้ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการพัฒนาพยาบาลให้มีจิตปัญญาด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต ด้านพลังแห่งความเมตตา และด้านความมีใจกรุณา ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) จากการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระยะเวลาในการจัดกิจกรรมน้อยเกินไป หรืออาจเกิดจากกลุ่มควบคุมได้รับหรือปฏิบัติกิจกรรมที่มีผลจิตปัญญาพยาบาลด้านใจตื่นรู้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายระยะเวลา และติดตามผลเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผลที่ได้มีความชัดเจนและไม่เกิดความลำเอียง ร่วมกับการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น ต่อไป

2) จากการวิจัยครั้งนี้ พบข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาโปรแกรมฯ ในรูปแบบออนไลน์ เพื่อการเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป จึงควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมจิตปัญญา ผ่านสื่อมัลติมีเดีย เช่น สื่อออนไลน์ และสื่ออื่นๆ

References

1. Somdej Phra Buddhakosachan. Buddhist dictionary Glossary Edition, Bangkok: Pallitham; 2016. (in Thai).
2. Phrapaisan Visalo. With wisdom, changing suffering' to happy. Office of the Health Promotion Fund [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/>
3. Muneerat S, Suwanpong N, Thipayamongkolkul M, Munmee J. Job Characteristics, Job-Related Stress and Intention to Stay in Professional Nursing in a Tertiary Care Hospital. Journal of Health Science 2019; 28(1): 133-41. (in Thai).
4. Rattanawanich P. Quality of public health services. for nurses. Nonthaburi: Academic Welfare Program Royal Institute; 2002. (in Thai).
5. Kuariyakul A, Yotthawee W, Inthichot N, Nuanthong W, and Inpanao W. Attitude Toward the Nursing Profession of Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal of Health Science Research 2012; 6(1): 18-26. (in Thai).

6. Phra Phuttha Kosthera. Scripture Wisuttimak. 5th ed. Bangkok: Prayoon Wong Printing; 2004. (in Thai).
7. Rogers, C.R., My Philosophy of interpersonal relationship and how it grew: A way of being. Boston: Houghton Mifflin; 1980.
8. Frankl, E. Victor The will to meaning: foundation and application of Logotherapy. New York: New American Library; 1970.
9. Kittipraphat S. A new step in development: towards a happy society. Institute Journal Phra Prajadhipok. 2555; 10 (1): 99-116. (in Thai).
10. Onsri P. Contemplative education: education for human development in 21st century. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(1): 7-11. (in Thai).
11. Nursing group. Service quality information. Samut Prakan Hospital Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai).
12. Burns, N., Grove, S.K. The Practice of Nursing Research Conduct, Critique and Utilization. WB London: Saunders Company; 2009.
13. Polit, D. and Hungler, B. Nursing Research: Principle and Method, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
14. Kittimahacharoen S. The concept of wisdom in Jataka composed in Thailand. Chulalongkorn University. (in Thai).
15. Thirasiranon S. An analytical study of the learning process in Theravada Buddhism. (Ph.D.of Buddhist Studies). Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Bangkok; 2013. (in Thai).
16. Bunchuay P. A study of the process of creating a prayer 4 using the Trisikha principle. Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2006. (in Thai).
17. Kudumpinanon P. An analytical study of the learning process in Buddhism and developing people. (Master of Buddhist Thesis). Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Bangkok; 2008. (in Thai).
18. Suyajai P. The Effect of Buddhist Group Counseling on Developing Reasoned Attention and Self-Regulation of Students By Neuro Linguistic Programming (NLP) in the Psychotherapy. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya 2019; 6(1): 95-111. (in Thai).
19. Thawaisub R. Spiritual well-being of people living with HIV/AIDS. (Master's Thesis in Nursing). Chiang Mai University. Chiang Mai; 2002. (in Thai).
20. Aukkarapridie R, Satraphat D. Study on the behavior of patient care with compassion and love and the spirit of creative and happy living according to the perception of trained and non-trained personal in clinical pastoral education, a case study of Saint Mary's Hospital. VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science. 2017; 12(1): 301-7. (in Thai).

บทความวิจัย

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

Knowledge and Self-Care Behavior among Patients with Heart Failure in The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province

Received: Aug 5, 2020

Revised: Nov 16, 2020

Accepted: Oct 15, 2021

ไวยพร พรหมวงศ์ พย.ม (Waiyaporn Promwong, M.N.S.)¹จรรยศรี มีหนองหว่า ปร.ด. (Jaroonsree Meenongwah, Ph.D.)²แสงเดือน กิ่งแก้ว พย.ม (Sangduan Ginggeaw, M.N.S.)³รุ่งทิพย์ เจริญศรี วท.ม. (Rungthip Charoensri, M.S.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อายุ 18 ปีขึ้นไป ระดับความทนในการทำกิจกรรมตาม New York Heart Association Functional Class: NYHA FC I-II จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและแบบประเมินตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54) อายุระหว่าง 32-89 ปี อายุเฉลี่ย 58.18 ปี (SD = 11.29) กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ stage C โดยร้อยละ 80 มีระดับความทนในการทำกิจกรรมตาม NYHA FC II ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 1 เดือนถึง 5 ปี เฉลี่ย 2 ปี (SD = 2.13) ความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ระดับปานกลาง เฉลี่ย 15.14 คะแนน (SD = 2.17) และพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละด้าน อยู่ระดับพอใช้

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) E-mail: Waiyaporn@bcnsp.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) E-mail: Jaroonsri@bcnsp.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) E-mail: Sangduan@bcnsp.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ E-mail: Witrungr@hotmail.com

¹⁻³Boromarajonani College of Nursing, Sanpasittiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

⁴The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand.

สรุปผล: การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่ยังต้องการการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองให้อยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ: ควรเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบริหารจัดการการรักษาและการปฏิบัติตัวได้อย่างมั่นใจและได้ผลการรักษาที่ดีในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

Introduction: Self-care knowledge and self-care behavior among patients with heart failure (HF) play a significant role in decreasing hospital readmission and mortality rates.

Research objectives: To examine self-care knowledge and self-care behavior among patients with HF in a medical ward in the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province.

Research methodology: A cross-sectional descriptive design was used. Sample were fifty patients who have been diagnosed with HF, and being older than eighteen years old with a level 1-2 activity tolerance assessed using the New York Heart Association Functional Class: NYHA FC I-II). Data were collected using a set of questionnaires including a personal information questionnaire, a self-care knowledge questionnaire, and a self-care behavior of HF patient questionnaire which contained 3 domains (self-care maintenance, self-care management, and self-care confidence). Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Results showed that most of the participants were women (54 percent). An average age was 58.18 years, with an age range between 32-89 years. All of them had stage C of HF, the majority of the participants had NYHA FC II (80 percent). A duration diagnosed with HF was one month - five years with an average of 2 years (SD = 2.13). Mean score of self-care knowledge was at moderate level (mean = 15.14, SD = 2.17) and mean scores of three-domains of self-care behavior were at fair level.

Conclusions: Findings of the study suggested that most of HF patients need to be well-equipped with self-care knowledge and self-care behaviors before sending home.

Implications: A multidisciplinary program aimed to promote self-care behaviors for HF patients should be tailored and implemented to enhance not only their knowledge, but also their behaviors. Doing so would help HF patients and family to be able to care for themselves confidently and able to manage the care to maintain their health status in the long run.

Keywords: heart failure, knowledge, self-care behavior

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจอาจเกิดจากมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจมีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ¹ ปัจจุบันผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อาจเป็นผลมาจากการที่วิวัฒนาการเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาไปอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง² ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความชุกเฉลี่ยร้อยละ 1 ของประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการดูแลสุขภาพทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ในประเทศอเมริกา พบว่าประชากรชาวอเมริกันวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ประมาณ 1 ใน 5 คนหรือมากกว่า 6 ล้านคนมีภาวะหัวใจล้มเหลว และคาดว่าตัวเลขจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 46 ในช่วง 15 ปี ถัดไป คือประมาณ 8 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030³ ส่วนภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบความชุกของโรคนี้ประมาณ 26 ล้านคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำค่อนข้างสูง⁴ ในประเทศไทยยังไม่มีระบบบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น⁵ แต่เมื่อพิจารณาอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพบว่าสูงถึงร้อยละ 5.5⁶ ซึ่งสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ⁵ และมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 4.2–34.6 ต่อปี⁷ และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 2-13 ครั้ง/คน/ปี⁸ ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 2 ครั้งต่อปีขึ้นไป ถือว่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁹

การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มักมาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้^{7,8} โดยอาการเหล่านี้เป็นอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำเกินคือการขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องสูง การไม่ได้จำกัดปริมาณน้ำดื่ม การขาดการติดตามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละวัน เช่น เหนื่อย อาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย ปัสสาวะออกน้อย แน่นหน้าอก จุกแน่นท้อง

น้ำหนักเพิ่ม ไอ การขาดการติดตามอาการด้วยตนเองดังกล่าวคือการขาดการซึ่งน้ำหนักตัวประจำวัน การประเมินอาการบวม การรับประทานยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอหรือไม่ได้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ และขาดความรู้ในการจัดการอาการน้ำเกินขึ้นต้น^{8,10-14}

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศพบว่า การป้องกันการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีวิธีการที่ดีที่สุดคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เพียงพอและเหมาะสม^{11,15-17} ซึ่งวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมคือ พยาบาลต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) ประกอบด้วย การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การชั่งน้ำหนักตัวประจำวัน การจำกัดอาหารเค็ม การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย การป้องกันการเป็นหวัด การมาพบแพทย์ตามนัด การติดตามอาการตนเองในแต่ละวัน และการจำกัดน้ำในรายที่มีอาการรุนแรง 2) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) ประกอบด้วย การจัดการตนเองเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การปรับยาขับปัสสาวะเมื่อมีอาการน้ำเกิน และการขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพเมื่อมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ และ 3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) ประกอบด้วย ความมั่นใจในการควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้กำเริบ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุข ตลอดจนความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ^{16,18}

การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตจากเดิมในหลาย ๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม^{12,19} คือทำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง รบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ มีความเครียด²⁰ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง²¹ ส่วนผลกระทบด้านครอบครัว ในระยะแรกครอบครัวอาจขาด

ความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น บางครั้งสมาชิกครอบครัวต้องออกจากงาน และเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ขาดรายได้ และขาดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต²⁰ ดังนั้น การส่งเสริมทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นรายบุคคลระหว่างที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในช่วงที่มีอาการคงที่ หรือก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมีการติดตามทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายกลับบ้านในช่วง 6 เดือนแรก เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น^{8,15,22}

นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดูแลตนเองได้ และในผู้ป่วยที่ขาดความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้น โรงพยาบาลจึงต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับภาวะโรค อันจะนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ และอัตราการตาย ตลอดจนสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้²³⁻²⁵

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 142, 167 และ 151 คนต่อปี ตามลำดับ และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 13.38, 7.19 และ 11.9²⁶ ซึ่งสูงกว่าดัชนีคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่ได้กำหนดไว้ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5²⁷ ดังนั้นคณะผู้วิจัยอยากทราบว่าคุณสมบัติความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem²⁸ ร่วมกับทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel และคณะ¹⁶ โดย Orem กล่าวว่า ความพร้อมในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ของบุคคลไม่เพียงพอในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (therapeutic self-care demands) ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ซึ่งบุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง จึงจะส่งผลนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และการที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้จะต้องมีความรู้ที่เพียงพอในการที่จะนำไปปฏิบัติการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (capabilities for self-care operations)²⁸ และในส่วนของทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว¹⁶ ได้มีแนวทางในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความเสี่ยงของโรค โดยเน้นพฤติกรรมดูแลตนเอง 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการได้เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว NYHA class I-II และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล 50 พรรษา วชิราลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล 50 พรรษา วชิราลงกรณ์ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีอาหารเหนียว หอบ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และอาการคงที่หรือวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เกณฑ์คัดออกคือ มีอาการเหนื่อยขณะตอบแบบสอบถาม

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่า ใช้สูตรดังนี้ $n = Z^2 \alpha / 2 e^2$ โดย Primary outcome ในการศึกษาครั้งนี้คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งคำนวณจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Suwanno Jom²⁹ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 57.9 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.6 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน มาใช้ในการคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ให้ e เท่ากับร้อยละ 8 ของค่าเฉลี่ย จะได้ $e = 8 \times 57.9 / 100 = 4.63$ จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ $(1.96^2 \times 15.6^2) / 4.63^2$ ได้ $n = 44$ ราย และผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เท่ากับ 6 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 1 ฉบับ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย รายได้ สิทธิการรักษา โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรคตาม NYHA FC ระยะของโรคหัวใจล้มเหลว ความสามารถในการ

บีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว การนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และนำข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลรักษามาตรวจสอบกับข้อมูลในเวชระเบียน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนแบบประเมินความรู้ อยู่ในช่วง 0-20 คะแนน แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับมาก เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมระหว่าง 17-20 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง เมื่อได้คะแนนรวมระหว่าง 13-16 คะแนน และความรู้ระดับน้อย เมื่อได้คะแนนรวมน้อยกว่า 13

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย Riegel และคณะ¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย Suwanno Jom²⁹ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.95 และทดสอบ Reliability โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ฉบับรวมได้เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามมีคำถามจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การดูแลตนเองต่อเนื่อง มี 10 ข้อ ด้านที่ 2 ด้านการจัดการอาการ มี 6 ข้อ และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง มี 6 ข้อ เนื่องจากแต่ละข้อย่อยของทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนไม่เท่ากัน จึงต้องปรับคะแนนเต็มแต่ละด้านเป็นฐาน 100 เท่ากัน จะได้คะแนนแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน ผลรวมของคะแนนทุกด้านเต็ม 300 คะแนน แปลผลคะแนนรายด้านและโดยรวม โดยแบ่งเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ได้แก่ ดีมาก (76-100 คะแนน) ดี (51-75 คะแนน) พอใช้ (26-50 คะแนน) และต้องปรับปรุงแก้ไข (ต่ำกว่า 26 คะแนน)¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ของข้อคำถาม และความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดจาก ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎี Orem และทฤษฎี ระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Riegel และคณะ 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง โดยหาค่า CVI ได้ 1.0

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลกรณ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยที่แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีแบบ Kuder-Richardson 20 ได้ 0.61 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง นำมาคำนวณหา Reliability ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ได้ 0.78

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 16/2563 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เกี่ยวกับการรักษาจากแพทย์ รวมทั้งการดูแลจากพยาบาล และการเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอม (Informed consent) ก่อนการให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล 50 พรรษา

มหาชราลกรณ เมื่อได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าจากทะเบียนนอนโรงพยาบาลของหอผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามาตรวจสอบความถูกต้องกับข้อมูลในเวชระเบียน ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ และวันที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับบ้าน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และฐานนิยม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิจัยพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จำนวน 53 ราย ไม่มีผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างการตอบแบบสอบถาม มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อายุมากกว่า 60 ปี มีการรู้คิดบกพร่อง จำนวน 2 ราย และมีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ที่คัดออกเนื่องจากมีอาการเหนื่อยก่อนตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.00) มีอายุระหว่าง 32-89 ปี อายุเฉลี่ย 58.18 ปี (SD = 11.29) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66 กลุ่มตัวอย่างทุกรายอาศัยอยู่กับครอบครัว หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดร้อยละ 36.00 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน และมีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 56.00 หนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 26.00 รองลงมา คือ ค้าขายและพนักงานบริษัท ร้อยละ 22.00

โรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.00 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 58.00 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 42.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 78.00 และส่วนใหญ่

ไม่เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 78.00 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่มีผลการตรวจ LVEF คิดเป็นร้อยละ 98.00 ความรุนแรงของโรคที่ประเมินด้วย NYHA FC ส่วนใหญ่อยู่ FC II ร้อยละ 80.00 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีระยะของโรคภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระยะ C ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 1 เดือนถึง 5 ปี เฉลี่ย 2 ปี ($SD = 2.13$) ส่วนใหญ่และร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการสอนหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และไม่เคยเข้ารับการรักษาจากคลินิกเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลว

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.14 ($SD = 2.17$) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน สามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.00 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.00 ตอบไม่ถูกต้องคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรชั่งน้ำหนักทุกวันในตอนเช้าหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหารเช้า เพื่อประเมินภาวณ้ำเกิน

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระดับพอใช้ ($M = 43.13$, $SD = 29.76$) เมื่อแยกพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพื่อรักษาสุขภาพ ($M = 48.20$, $SD = 12.25$) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือการรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยร้อยละ 68.00 ของกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นประจำ รองลงมาคือ การมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 48.00 ของกลุ่มตัวอย่าง มาพบแพทย์ตามนัดบ่อยครั้ง และข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่สม่ำเสมอมากที่สุดคือ การชั่งน้ำหนักตัวประจำวัน ซึ่งไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีการชั่งน้ำหนักประจำวันเป็นประจำ และการป้องกันการเป็นหวัดหรือการเจ็บป่วย ด้วยการไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ และการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และปอดอักเสบ พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย ที่พยายามหาวิธีการป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยด้วยการหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้กับผู้ป่วยติดเชื้อเป็นประจำ ด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ ($M = 32.70$, $SD = 12.30$) พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62.00) ปฏิบัติค่อนข้างเคร่งครัดคือ การไปพบแพทย์หรือพยาบาลที่รักษา หรือโทรศัพท์หาเพื่อขอคำแนะนำในการควบคุมอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.00) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็มค่อนข้างเคร่งครัด ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.00 ไม่ได้ปฏิบัติคือ การนี้กรู้อาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้อาการของโรคกำเริบในระยะที่ผ่านมาพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่แน่ใจว่าการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ผ่านมานั้นได้ผลในการควบคุมบรรเทาอาการของโรคได้ ส่วนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($M = 48.48$, $SD = 13.53$) รายข้อในด้านนี้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยรายด้าน ($n=50$)

คะแนนรวม	Max	Min	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
17-20 คะแนน					14	28.00	ดี
13-16 คะแนน					38	76.00	ปานกลาง
< 13 คะแนน					6	12.00	น้อย
	20	11	15.14	2.17			ปานกลาง

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายด้าน (n=50)

การดูแลตนเองรายด้าน	Mean	SD	แปลผล
การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	48.20	12.25	พอใช้
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	32.70	12.30	พอใช้
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	48.48	13.53	พอใช้
การดูแลตนเองโดยรวม	43.13	29.76	พอใช้

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนจริงของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (n=50)

พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน	Mean	SD	คะแนนจริง	คะแนนที่เป็นไปได้
1. ความถี่ของการชั่งน้ำหนักตัว	1.78	.74	1-3	1-4
2. ความถี่การตรวจดูอาการบวมที่ข้อเท้า หลังเท้า หน้าแข้ง	2.42	.88	1-4	1-4
3. การป้องกันไม่ให้เป็นหวัด	1.86	.78	1-4	1-4
4. การทำกิจกรรมออกแรง	2.30	.74	1-4	1-4
5. การมาพบแพทย์ตามนัด	2.94	.91	1-4	1-4
6. การรับประทานยาที่ไม่เค็ม	2.52	.71	1-4	1-4
7. การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที	2.22	.62	1-3	1-4
8. การสูบบุหรี่	3.64	.56	2-4*	1-4
9. การรับประทานยาที่ไม่เค็มเมื่ออยู่นอกบ้าน	2.44	.76	1-4	1-4
10. การมีตัวช่วยเพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยา	2.34	.96	1-4	1-4

* กลับค่าคะแนน เนื่องจากเป็นข้อคำถามทางลบ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนนจริงของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (n=50)

พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ	Mean	SD	คะแนนจริง	คะแนนที่เป็นไปได้
1. ความสามารถรู้อาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว	0.78	1.18	0-4	0-5
2. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารเค็มอย่างเคร่งครัด	2.52	.73	1-4	1-4
3. การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม หรือเครื่องดื่มให้น้อยลง	2.44	.70	1-3	1-4
4. การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง เมื่อมีอาการน้ำเกิน	1.36	.78	1-4	1-4
5. การไปพบหรือโทรศัพท์ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ	2.62	.78	1-4	1-4
6. การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการกำเริบ	0.82	.691	0-2	0-4

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนนจริงของความมั่นใจในการดูแลตนเอง (n=50)

พฤติกรรมในการดูแลตนเองรายข้อ	Mean	SD	คะแนนจริง	คะแนนที่เป็นไปได้
1. ความมั่นใจในการรักษาควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ	2.24	.52	1-3	1-4
2. ความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน	2.48	.61	1-4	1-4
3. ความมั่นใจว่าสามารถสังเกตประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	2.68	.62	1-4	1-4
4. ความมั่นใจในการรู้สึกรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย	2.78	.58	2-4	1-4
5. ความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติตัวด้านต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการที่กำเริบได้	2.24	.69	1-4	1-4
6. ความสามารถประเมินผลวิธีการที่ปฏิบัติการเพื่อควบคุมรักษาอาการไม่ให้กำเริบ	2.30	.65	1-4	1-4

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาของ Tawalbeh¹³ ที่ศึกษาในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศจอร์แดน ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพ และระยะเวลาในการได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 3 เดือน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างน้อย 3 เดือนจะมีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเอง¹² เมื่อพิจารณาข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.00 ตอบไม่ได้คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรชั่งน้ำหนักทุกวันในตอนเช้าหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหารเช้า เพื่อประเมินภาวะน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องชั่งน้ำหนักประจำวัน เนื่องจากไม่ทราบถึงความจำเป็นในการชั่งน้ำหนัก และคิดว่า การชั่งน้ำหนักเฉพาะวันที่มาพบแพทย์ก็เพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าการชั่งน้ำหนักเป็นการกระทำเพื่อประเมินภาวะอ้วนเท่านั้น^{10,30} ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบว่าต้องชั่งน้ำหนักประจำวัน เพื่อประเมินภาวะน้ำหนัก¹²

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.00) ตอบไม่ได้คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบปีละ 1 ครั้ง เพื่อลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าการหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และการออกกำลังกายก็เพียงพอสำหรับการป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการศึกษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหลอดเลือดและหัวใจทั่วไป ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความจำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบเป็นประจำทุกปี¹⁰ แต่แตกต่างจากการศึกษาผู้ป่วยในคลินิกหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่พบว่า ผู้ป่วยทราบว่าตนเองต้องได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบทุกปี เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น¹²

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทั้ง 3 ด้านอยู่ระดับพอใช้ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับระดับความรู้ที่อยู่ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า²⁴ ระดับความรู้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และพบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ระดับพอใช้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีกว่านี้ได้ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

และชะลอความก้าวหน้าของภาวะหัวใจล้มเหลว^{10,29} โดยการส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองผู้ป่วยเป็นรายบุคคลระหว่างที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในช่วงที่มีอาการคงที่ หรือก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติกรดูแลตนเอง และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การติดตามอาการและการปฏิบัติกรดูแลตนเองของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ขณะอยู่บ้าน หลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนแรก เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีโอกาสมากกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่มีพยาบาลช่วยให้คำแนะนำและฝึกฝนทักษะการปฏิบัติกรดูแลตนเองตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น^{8,15,22} เพราะเป็นการปิดช่องว่างระหว่างวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งสุดท้ายกับการไปพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไป³⁰ และเป็นการกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการให้มีการสอบถาม กระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นระยะ³²

ถึงแม้ว่าพฤติกรรมกรดูแลตนเองโดยรวมจะอยู่ระดับพอใช้ แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรดูแลตนเองรายข้อของแต่ละด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมกรดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ ข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ 1) ความถี่ของการชั่งน้ำหนักตัวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาล เนื่องจากการติดตามอาการประจำวันสำหรับการเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินที่เป็นมักเป็นอาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล²⁷ คือ หากผู้ป่วยไม่ได้ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน แต่จะชั่งน้ำหนักเฉพาะในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักและไม่ทราบว่าต้องชั่งน้ำหนักทุกวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10, 27,31} ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่ได้ชั่งน้ำหนักทุกวัน เนื่องจากไม่ทราบถึงความจำเป็นในการชั่งน้ำหนัก 2) การป้องกันไม่ให้ป็นหวัดด้วยการฉีดวัคซีนปอดอักเสบและใช้หวัดใหญ่ รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เพื่อป้องกันการ

ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้รับการฉีดวัคซีนปอดอักเสบและใช้หวัดใหญ่ และไม่ได้หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เพราะคิดว่าการป้องกันตนเองไม่ให้ป็นหวัดสามารถกระทำได้โดยการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ก็เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการดูแลในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วไปที่พบว่า^{10,13} ผู้ป่วยส่วนน้อยที่ป้องกันตนเองไม่ให้ป็นหวัด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Promwong Waiyaporn และคณะ¹² ได้ศึกษาพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกหัวใจล้มเหลว ที่ดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับวัคซีนใช้หวัดใหญ่และปอดอักเสบ และผู้ป่วยทราบว่าตนเองต้องฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันตนเองจากการป็นไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบ เนื่องจากการป่วยด้วยโรคดังกล่าวทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากคลินิกเฉพาะโรคด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี^{12,31} ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

พฤติกรรมกรดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการจะพบว่าเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดประกอบด้วย

1) ด้านความสามารถในการนึกกรการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเช่น อาการหายใจลำบาก ปัสสาวะออกลดลง และขาบวม เป็นการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน แต่ทุกรายเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่ทราบว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการขึ้นต้นของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีและมาพบแพทย์เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นจนต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น จนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยสามารถทราบได้เร็วว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

และรีบมาพบแพทย์จะทำให้อาการไม่รุนแรง โดยอาจมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินจะสามารถบรรเทาความรุนแรงของโรคได้^{3,10}

2) การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเลย เนื่องจากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรืออาการขาบวม ซึ่งเป็นอาการของภาวะน้ำเกินที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาขับปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากที่แพทย์สั่ง¹⁵ และการมีอาการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการขาบวม หรือปัสสาวะออกลดลงเป็นอาการขั้นต้นของภาวะน้ำเกิน จึงไม่ได้รับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง หรือจำกัดการดื่มน้ำ เพื่อลดอาการของภาวะน้ำเกิน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹² ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการบวม หรือปัสสาวะออกลดลง ผู้ป่วยจะปรับยาขับปัสสาวะตามหน้าซองยา และลดปริมาณน้ำดื่มลง และโทรศัพท์หรือไลน์ปรึกษาพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และถ้ามีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ก่อนนัด

3) การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการเมื่ออาการของโรคกำเริบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าตนเองปฏิบัติได้ถูกต้อง อาจเนื่องจากที่ผ่านมา ยังไม่มีการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ เพื่อปิดช่องว่างช่วงเวลาระหว่างวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกับการมาตามนัดในครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11,15,32} ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุขสอบถามและกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเอง และติดตามให้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน

ความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การศึกษานี้อยู่ในระดับพอใช้เช่นกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ การปฏิบัติตาม

ข้อแนะนำ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งการลงมือปฏิบัติการบรรเทาอาการ และประเมินผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง เป็นไปได้ว่าความรู้ที่ผู้ป่วยมีอยู่อาจจะยังไม่ได้นำมาลงมือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ผู้ป่วยยังต้องการการสอนวิธีการการดูแลตนเองควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองเป็นระยะจนเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง¹² รวมทั้งผู้ป่วยยังต้องการการกระตุ้นเตือน และการติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ³²

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาวทั้งทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น และเพียงพอในการดูแลตนเอง ตลอดจนการเพิ่มช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์

2. ด้านการศึกษา

ใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ไม่มีคลินิกเฉพาะทางหัวใจล้มเหลว ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรเน้นการให้คำแนะนำและติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองในประเด็นเกี่ยวกับการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง และการชั่งน้ำหนักประจำวันมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนจำหน่าย

References

1. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King, Heart Failure Society of Thailand. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Heart Failure, 2014. Bangkok: A-Plus Printing; 2014. (in Thai)
2. Heart Failure Council of Thailand. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline. Bangkok: Next Step Design; 2019. (in Thai)
3. Kanjanavanit R, Phrommintikul A. Comprehensive heart failure management program. 2nd ed. Bangkok: Concept medical; 2015. (in Thai)
4. Rajadurai J, Tse HF, Wang CH, Yang NI, Zhou J, Sim D. Understanding the Epidemiology of Heart Failure to Improve Management Practices: An Asia-Pacific Perspective. J Card Fail. 2017 Apr; 23(4): 327-39.
5. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King, Heart Failure Society of Thailand. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Heart Failure, 2014. Bangkok: A-Plus Printing; 2014. (in Thai)
6. Moleerergpoom W, Hengrussamee K, Piyayotai D, Jintapakorn W, Sukhum P, Kunjara-Na-Ayudhya R, Suwanjutah T, et al. Predictors of In-Hospital Mortality in Acute Decompensated Heart Failure (Thai ADHERE). J Med Assoc Thai 2013; 96: 157.
7. Maharak C. Outcomes of patients admitted with heart failure at Phang Nga Hospital. Med J 2019; 33(2): 311-26. (in Thai)
8. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of heart failure patients readmitted within 28 days in Saraburi Hospital. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2013; 30(1): 35-46. (in Thai)
9. Joynt KE, Jha AK. A path forward on medicare readmissions. N Engl J Med 2013; 368(13): 1175-7.
10. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearththa P, Chanpradi A, Saisu W. Self-care among patients with chronic heart failure. Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(1): 35-47. (in Thai)
11. Rerkluenrit J, Wonnabong S. Development of a self-care program for heart failure patients in Nakhonnayok Province: A participatory action research project. Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(4): 64-78. (in Thai)
12. Promwong W, Siripitayakunkit A, Hanprasitkam. Evaluation of health care services using a multidisciplinary care model for persons with heart failure at the heart failure clinic, Ramathibodi Hospital. Rama Nurs J 2019; 25(2): 166-80. (in Thai)
13. Tawalbeh LL, Al-Smadi AM, AlBashtawy M, AUezawi M, Jarrah M, Musa AS, et al. The most and the least performed self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. Clinical Nursing Research 2020; 29(2): 108-16.
14. Damnong N, Deenan A, Kunsongkeit D. Factors related to functional performance of rehospitalized patients with heart failure. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2015; 31(3): 74-85. (in Thai)

15. Dsudthironapoom P. The effects of self-care promoting program on self-care behaviors and quality of life among patients with heart failure in Prachuapkhirikhan Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* January 2015; 26(1): 2-14.
16. Riegel B, Lee CS, Dickson WV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs* 2009; 24(6): 485-97.
17. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, et al. Self-care management of heart failure: Practical recommendations from the patient care committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2011; 13(2):115-26.
18. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update. *Curr Heart Fail Rep* 2017; 14: 71-7.
19. Suwanratsamee W, Pinyopasakul W, Charoenkitkarn V, Dumavibhat C. Symptom experiences, symptom management, and functional status in patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2013; 24(1): 2-16. (in Thai)
20. Deenuapanao S, Kunsongkeit W, Duangpaeng S. Experiences of family members in caring of patients with chronic congestive heart failure. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2014; 22(2): 52-64. (in Thai)
21. Hachak W. The influence of uncertainty in illness, health literacy, social support on quality of life of patients with heart failure. Master Thesis of Nursing Science. Bangkok: Mahidol University. 2012. (in Thai).
22. Lion HL, Chen HI, Hsu SC, Lee SC, Chang CJ, Wu MJ. The effects of a self-care program on patients with heart failure. *Journal of the Chinese Medical Association* 2015; 78(11): 648-56.
23. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 14: 126-136.
24. Tawalbeh LL, Qadire MA, Ahmad MM, Aloush S, Sumaqa YA, Halabi M. Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Res Nurs Health* 2017; 40: 350-9.
25. Teeoutid W, Kunsongkeit W, Dungpaeng S. Factor influencing self-management behaviors of sodium restriction among congestive heart failure patients. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019; 35(1): 120-9. (in Thai)
26. Medical Statistics. Statistics for heart failure patients. Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital; 2018. (in Thai)
27. Pedcharat W, Namjuntra R, Binhosen V, Porapakkham P. Effects of self-management program on self-management behaviors and readmission of patients with heart failure after valvular heart surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017; 28(2): 38-51. (in Thai)
28. Orem DE. *Nursing: Concepts of practices* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book. 2001.

29. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearttha P, Chanpradi A, Saisu W. Age and heart failure self-care: a comparison of self-care maintenance between elderly and adults. Songkla Med J 2009; 27(4): 335-46. (in Thai)
30. Rerkluenrit J, Khwancha P, Soiron T. Effects of a supportive educational Program on functional status and self-care of persons with heart failure. Rama Nurs J 2012; 18(1): 102-18. (in Thai)
31. Hsiao I, Chien C, Chen C, Lin C, Koo M. Predictors of lack of improvement in the left ventricular ejection fraction in patients with congestive heart failure 18 months after commencement of a disease management program: a prospective observational study. Tzu Chi Medical Journal 2015; 7: 164-9.
32. Rerkluenrit J, Panpakdee O, Malathum M, Sandelowski M, Tanomsup S. Self - care among thai people with heart failure. Thai Journal of Nursing Research 2009; 13(1): 43-54. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของกายบริหารแบบมณีเวชต่อคุณภาพชีวิตและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ

The Effects of Maneevej Exercise on Quality of Life and Blood Pressure in Older Persons

ศรินทร์รัตน์ จิตจำ วท.ม. (Sarinrat Jitjum, M.Sc.)¹กัญתר ยินเจริญ พท.ม. (Kanyatorn Yincharoen, M.TM.)²วสันต์ หะยียะห์ยา วท.ม. (Wasan Hayeeyahya, M.S.)³จินต์สินี วรรณพงศ์ พท.บ. (Jinsinee Wannapong, B.TM.)⁴

Received: Sep 9, 2020

Revised: Mar 18, 2021

Accepted: Oct 15, 2021

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความเสื่อมของร่างกาย และการเจ็บป่วย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง จึงควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยกายบริหาร เช่น มณีเวช เพื่อลดปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตหลังบริหารร่างกายแบบมณีเวชในผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ฝึกทำท่ากายบริหารแบบมณีเวชร่วมกับการกำหนดลมหายใจ จำนวน 8 ท่า ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ฝึกทำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก [โดยย่อแบบฉบับภาษาไทย] และเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในช่วง 60-64 ปี หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($p < .05$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($p = 0.04$) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่าง ($p = 0.09$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง ($p < .05$)

สรุปผล: การบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการกำหนดลมหายใจมีผลช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและความดันโลหิตลดลงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: ผู้สูงอายุหรือผู้สนใจสามารถนำท่ากายบริหารแบบมณีเวชร่วมกับการกำหนดลมหายใจมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการบริหารร่างกาย

คำสำคัญ: กายบริหาร ความดันโลหิต คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ มณีเวช

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

¹Corresponding author อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช (สไใหญ่), E-mail: sarinrat.j@mutsv.ac.th

^{2,3}อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช (สไใหญ่), E-mail: kanyatorn.y@mutsv.ac.th, 3E-mail: wasan.h@mutsv.ac.th

⁴นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช (สไใหญ่), E-mail: jinsinee1341@gmail.com Rajamangala University of Technology Srivijaya, Nakhon Si Thammarat, Saiyai campus, Thailand

Abstract

Introduction: Nowadays, Thai society steps into the aging society. The elderly have a change in physical deterioration and illness resulting in decreased quality of life (QOL). Therefore, health care profession should turn to health care with exercises such as Maneevej to reduce such problems.

Research objectives: The objectives of the study aimed to examine the effects of the Maneevej body exercise on QOL in the elderly, and to investigate the changes in blood pressure after completing the Maneevej body exercise among the elderly.

Research methodology: This was a quasi-experimental study using one group pretest – posttest design. Participants were 20 elderly people. Practicing Maneevej exercise with 8 breath assignments takes approximately 20-30 minutes. Practice twice a day, morning and evening for 12 weeks. Data were collected using a World Health Organization's QOL assessment form [Brief in Thai language], and blood pressure monitor. Data were analyzed using a Paired samples t-test.

Results: Results showed that most of the participants were female. Participants were between the ages of 60 and 64. After completing the program, the average scores of QOL significantly increased in the physical domain, mental domain, overall QOL ($p<.05$), and environmental domain ($p=0.04$). As for the QOL in society, the average score slightly increased with no significant difference ($p=0.09$). The average systolic and diastolic blood pressure significantly decreased ($p<.05$).

Conclusions: The Maneevej exercise combined with using breath determination has increased QOL and reduced blood pressure among elderly participants.

Implications: The Maneevej exercise is an alternative exercise. Older persons or those interested in can practice the Maneevej exercise combined with using breath determination for better health.

Keywords: exercise, blood pressure, quality of life, older persons, Maneevej

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าปี 2562 มีจำนวน 11,136,059 คน คิดเป็น 16.73% และปี 2563 มีจำนวน 11,627,130 คน คิดเป็น 17.57% ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุย่อมมีการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายตามกาลเวลา และหากขาดการดูแลสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วย โรคเรื้อรังต่างๆ ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ หากควบคุมไม่ดี

ย่อมเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งตัว ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น เป็นผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่เพียงพอ หลอดเลือดแดงโป่งพอง ทำให้หลอดเลือดแตกได้ง่าย โดยเป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิต จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายจะช่วยให้หลอดเลือดคลายตัว ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง² เพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงควรหาทางป้องกันหรือดูแลสุขภาพตั้งแต่แรกเริ่ม

ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่เน้นการป้องกันและการดูแลสุขภาพมีอยู่หลายศาสตร์ หนึ่งในนั้นคือการบริหารร่างกายแบบมณีเวช คิดค้นโดยอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปรากการ เป็นศาสตร์ที่สอนเรื่องสมดุลของโครงสร้างร่างกาย แนะนำอิริยาบถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวต่าง ๆ และท่ากายบริหารเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย³ ปัจจุบันมีการศึกษามณีเวชอย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษามณีเวชต่อการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ เมื่อปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องสามารถลดการปวดกล้ามเนื้อ⁴ อีกทั้งการฝึกมณีเวทยังช่วยให้ผู้สูงอายุทรงตัวได้ดี เสริมสร้างความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อ⁵ สำหรับจุดเด่นของมณีเวชเป็นการออกกำลังกายที่ง่าย ทำทางคล้ายกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ต้องใช้เสียงเพลง ไม่ต้องมีอุปกรณ์ ไม่ต้องแต่งกายรัดรูป ใช้เวลาไม่นาน ปฏิบัติได้ทุกสถานที่ทุกเวลา ส่งผลให้หญิงมุสลิมสามารถออกกำลังกายด้วยท่ามณีเวชได้ และยังช่วยลดการปวดกล้ามเนื้อจากการทำงานได้^{6,7} นอกจากนี้การออกกำลังกายด้วยศาสตร์อื่น ๆ เช่น การฝึกกฤษีตัดตน การเดินแอโรบิกแบบมวยไทย การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึกงในผู้สูงอายุ ที่ฝึกเป็นประจำและต่อเนื่อง สามารถลดค่าความดันโลหิตและส่งผลให้อาสาสมัครมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^{8,9,10} ซึ่งการออกกำลังกายเหล่านี้เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้¹¹ ผลการศึกษาโดยภาพรวมพบว่ากายบริหารมณีเวชเป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย สามารถบรรเทาอาการปวด สร้างความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ มีผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้ โดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา¹² เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น คือการทำให้บุคคลมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้¹³ ซึ่งการบริหารร่างกายแบบมณีเวชอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ อีกทั้งการฝึกท่ามณีเวชของผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกการแพทย์แผนไทยพบว่าเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น แต่ยังไม่มียืนยันเชิงประจักษ์ จึงจำเป็นต้องศึกษาให้เห็นผลที่ชัดเจนว่าการฝึกท่ากายบริหารมณีเวชพร้อมกับการกำหนดลมหายใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตและ

ระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณีเวช
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณีเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ กายบริหารแบบมณีเวชพร้อมกับการกำหนดลมหายใจ ส่งผลต่อตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต มณีเวชเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเสริมสร้างความสงบด้วยการกำหนดลมหายใจ ช่วยป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (Quasi-experimental research design, one group pretest-posttest design)

ประชากรที่ศึกษา

ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอยะยง จันทบุรี ทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าคะแนน Total QOL ของการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. ค่า Total QOL เฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ 112.19 ± 11.14 ¹⁴
2. คาดว่าหลังฝึกมณีเวชค่าคะแนน Total QOL ควรเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 15 ค่าที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 129.01
3. ประมาณค่าเบี่ยงเบน (standard deviation) (ประมาณ 2 เท่า) ของการเพิ่มขึ้นเท่ากับ 22.28
4. กำหนด type I error = 0.05, power of test = 0.08 และเป็น two side test, $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.2$ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ = 18 (results from open epi, version 3, open source calculator--SSMean)¹⁵
5. ในการทำวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะมีอาสาสมัครถอนตัวระหว่างร่วมโครงการร้อยละ 10 จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น $18/(1-0.1)$ เท่ากับ 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุที่มีค่า BMI < 30 Kg/m²
2. สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้
3. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยเข้าใจ
4. ไม่ได้เข้าร่วมกายบริหารใดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

5. มีความสนใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกิดเหตุสุดวิสัยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ เช่น เจ็บป่วย
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา แต่มีระดับความดันโลหิต > 140/90 mmHg
3. มีข้อจำกัดทางด้านความสามารถหรือโรคที่เป็นข้อห้ามในการทำกายบริหาร เช่น ข้ออักเสบเฉียบพลัน โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคประจำตัว และการตรวจร่างกาย เช่น การวัดค่าความดันโลหิต
2. คู่มือทำกายบริหารมณีเวชพร้อมแบบบันทึกการปฏิบัติ ซึ่งพัฒนามาจากของ Ningsanond และ Hungsapruk³ ที่เป็นหนังสือเล่มใหญ่ให้เป็นคู่มือเล่มเล็กทำความเข้าใจได้ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน ประกอบด้วย ประวัติ ความหมาย หลักการ และประโยชน์ของมณีเวชรูปภาพพร้อมคำบรรยายทำกายบริหารมณีเวชร่วมกับการกำหนดลมหายใจอย่างเป็นลำดับขั้นตอน และตารางบันทึกการปฏิบัติท่ามณีเวชแต่ละท่าในแต่ละวัน เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย
3. แบบสอบถามความพร้อมทางด้านร่างกาย (Physical Activity Readiness Questionnaire : PAR-Q Form) ของ Michigan¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ คือ 1) คุณเคยได้รับคำบอกจากแพทย์เกี่ยวกับปัญหาทางด้านหัวใจและควรออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้นหรือไม่ 2) คุณเคยรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกขณะออกกำลังกายหรือไม่ 3) ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคุณเคยมีปัญหาเจ็บหรือแน่นหน้าอกเมื่อคุณไม่ได้ออกกำลังกายหรือไม่ 4) คุณเคยเสียการทรงตัวเนื่องจากการเวียนศีรษะ หรือหมดสติหรือไม่ 5) คุณเคยมีปัญหากับกระดูกหรือข้อต่อที่อาจการอาจจะกำเริบได้เนื่องจากการออกกำลังกายหรือไม่ 6) คุณเคยได้รับการสั่งยาเกี่ยวกับโรคหัวใจหรือยาที่มีผลกับความดันโลหิตหรือไม่ 7) คุณทราบถึงเหตุผลอื่นที่คุณไม่ควรเพิ่มการออกกำลังกายของคุณหรือไม่ เพื่อคัดกรองว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถออกกำลังกายได้ตามที่กำหนดปลอดภัย

หรือไม่ 3) ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคุณเคยมีปัญหาเจ็บหรือแน่นหน้าอกเมื่อคุณไม่ได้ออกกำลังกายหรือไม่ 4) คุณเคยเสียการทรงตัวเนื่องจากการเวียนศีรษะ หรือหมดสติหรือไม่ 5) คุณเคยมีปัญหากับกระดูกหรือข้อต่อที่อาจการอาจจะกำเริบได้เนื่องจากการออกกำลังกายหรือไม่ 6) คุณเคยได้รับการสั่งยาเกี่ยวกับโรคหัวใจหรือยาที่มีผลกับความดันโลหิตหรือไม่ 7) คุณทราบถึงเหตุผลอื่นที่คุณไม่ควรเพิ่มการออกกำลังกายของคุณหรือไม่ เพื่อคัดกรองว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถออกกำลังกายได้ตามที่กำหนด ปลอดภัย

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก [โดยย่อแบบฉบับภาษาไทย] (WHOQOL – BREF – THAI) ของ Mahutnirankul และคณะ¹⁷ ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตมาตรฐานที่ใช้ทั่วไป โดยจะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกที่เหมาะสม เป็นจริงกับตัวผู้สูงอายุมากที่สุด ลักษณะเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ และแปลผลตามเกณฑ์มาตรฐาน

5. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล ยี่ห้อ omron รุ่น HEM-8712 โดยมีการทดสอบความเที่ยงตรงตามมาตรฐานของโรงพยาบาลห้วยยอด และใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดิมตลอดการวิจัย วัดค่าความดันโลหิตในท่านั่ง ขณะพัก อย่างน้อย 10 นาที

เครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการประเมินความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความคมชัดของภาพการจัดลำดับเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 และทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและตอบคำถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.84

ข้อพิจารณาจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC-20-014-01 วันที่ 31 มกราคม 2563 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการ อธิบาย

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาทบทวนข้อมูลผู้สูงอายุ ทำกายบริหารแบบมณีเวช และขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ประกาศรับอาสาสมัครผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมโครงการ คัดกรองผู้สูงอายุที่สนใจตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้
3. ผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป วัดความดันโลหิต ทำแบบประเมินความพร้อมก่อนการทำกายบริหาร (PAR-Q) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)
5. ฝึกทำกายบริหารแบบมณีเวช พร้อมกำหนดลมหายใจ โดยให้ผู้สูงอายุหายใจเข้าลึก ๆ เมื่อเริ่มทำท่าบริหารแต่ละท่า และหายใจออกช้าๆ เมื่อเคลื่อนไหวที่กลับสู่ตำแหน่งเดิม ฝึกสอนโดยแพทย์แผนไทย พร้อมคู่มือประกอบ ซึ่งผู้สูงอายุต้องผ่านการทดสอบหลังฝึก 1 ครั้ง โดยฝึกเป็นรายบุคคลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางดี อำเภอยะยง จันทบุรี แต่ละทำให้จังหวะความเร็วในการฝึกเท่ากัน ใช้เวลาฝึกทั้ง 8 ท่า ประมาณ 20-30 นาที หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ทำวันละสองครั้ง เข้า-เย็น

(ดังแสดงในรูปภาพที่ 1) และบันทึกการฝึกปฏิบัติในแบบบันทึกทุกครั้ง

6. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตามการออกกำลังกายแบบมณีเวช ประทับด้วยความสม่ำเสมอในการบริหารร่างกายแบบมณีเวช การทำท่ากายบริหารพร้อมกับการกำหนดลมหายใจ การบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึก และปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำท่าบริหารแบบมณีเวช เช่น อาการแน่นอก การเวียนศีรษะ หรืออาการไม่สุขสบายต่างๆ ทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์

7. ผู้สูงอายุได้รับการวัดความดันโลหิต ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง

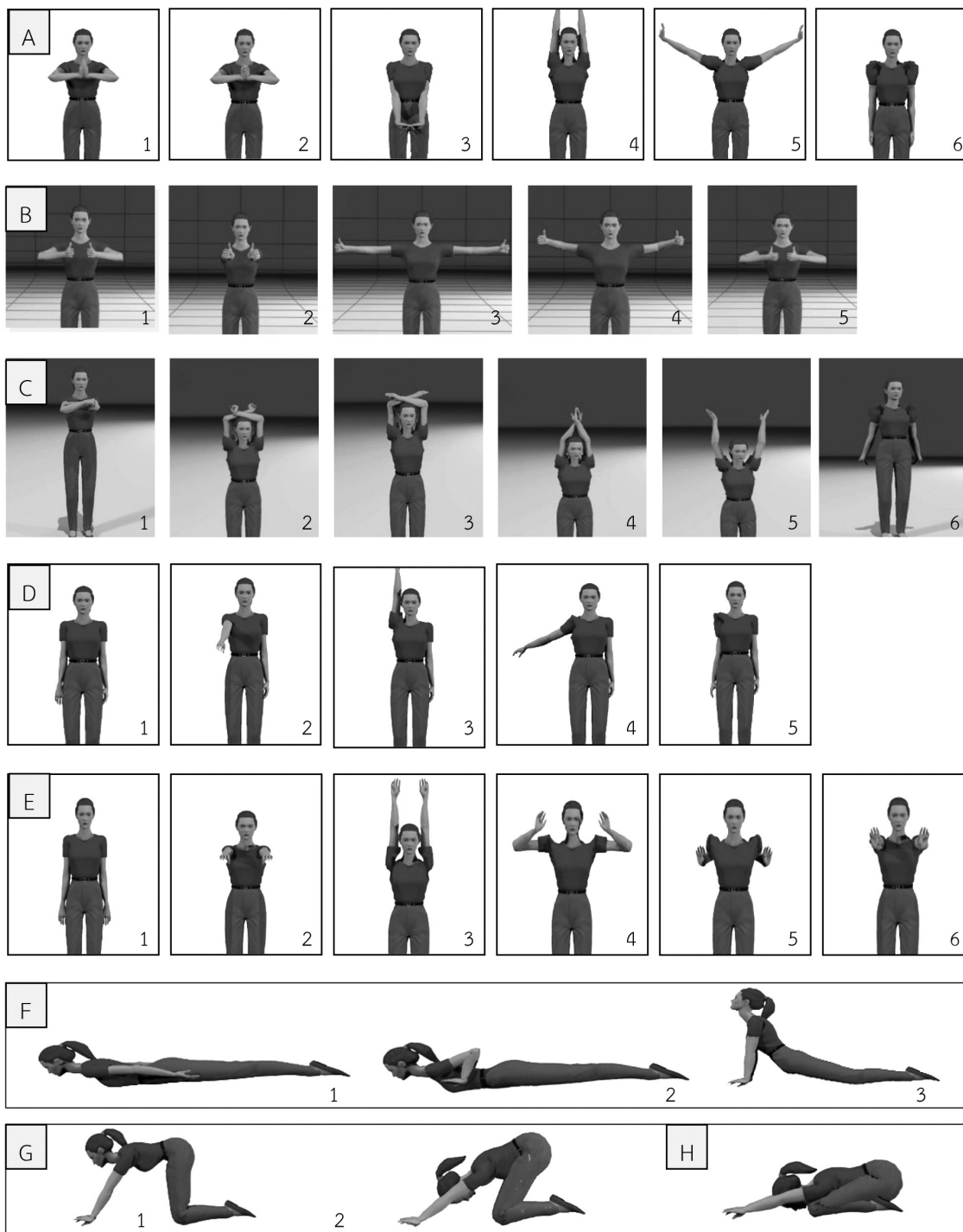
การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองด้วย paired samples t-test กำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

อาสาสมัครผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 80) มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด จำนวน 11 คน (ร้อยละ 55) ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 55) ซึ่งอาสาสมัครผู้สูงอายุส่วนมากจะมีบุคคลในครอบครัวคอยดูแล จำนวน 12 คน (ร้อยละ 60) และอาสาสมัครส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว จำนวน 11 คน (ร้อยละ 55) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภูมิแพ้ หอบหืด และซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาพที่ 1 การบริหารร่างกายแบบมณีเวชในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (A = ทำสวัสดี, B = ทำโมแป้ง, C = ทำถอดเสื้อ, D = ทำกระเชียง, E = ทำปล่อยพลัง, F = ทำงู, G = ทำแมว และ H = ทำเต่า)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	20
หญิง	16	80
อายุ (ปี)		
60-64	11	55
65-69	3	15
70-74	2	10
75-79	2	10
80-84	2	10
BMI (kg/m²)		
< 18.5 (ผอม)	1	5
18.5 - 22.9 (ปกติ)	11	55
23 - 24.9 (ท้วม)	3	15
25 - 29.9 (อ้วน)	5	25
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มี	12	60
ไม่มี	8	40
โรคประจำตัว (อาสาสมัครบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค)		
ไม่มี	9	45
ความดันโลหิตสูง	6	30
เบาหวาน	4	20
ไขมันในเลือดสูง	3	15
ภูมิแพ้	1	5
หอบหืด	1	5
ซึมเศร้า	1	5

การเปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการกำหนดลมหายใจพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้นจากระดับ

ดีอยู่แล้ว เป็นดียิ่งขึ้นไปอีก ขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่าง ($p > 0.05$) สำหรับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกพบว่า ลดลง ($p < 0.05$) โดยค่าซิสโตลิกลดลงจาก 128 เป็น 119.5 mmHg และค่าไดแอสโตลิกลดลงจาก 83.05 เป็น 77.45 mmHg ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คุณภาพชีวิต							
ร่างกาย	25.45	2.04	28.45	3.23	19	-4.29	<.05*
จิตใจ	21.8	2.65	26.9	1.37	19	-9.76	<.05*
สังคม	13.35	1.18	13.65	1.26	19	-1.37	0.09
สิ่งแวดล้อม	33.3	2.9	34.35	3.93	19	-4.45	0.04*
โดยรวม	100.65	6.34	112.55	9.02	19	-9.06	<.05*
ความดันโลหิต (mmHg)							
ซิสโตลิก	128	6.59	119.5	9.09	19	5.06	<.05*
ไดแอสโตลิก	83.05	8.19	77.45	7.25	19	3.03	<.05*

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เมื่ออาสาสมัครผู้สูงอายุบริหารร่างกายแบบมีเวชร่วมกับกำหนดลมหายใจครบ 12 สัปดาห์ ส่งผลให้อาสาสมัครผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาอธิบายว่า การปรับสมดุลร่างกายด้วยเมธีเวชทุกวันอย่างต่อเนื่อง ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนบน (ไหล่) หลังส่วนล่าง (เอว สะโพก) เข่า ขา ข้อมือ ในผู้สูงอายุได้^{4,18} อีกทั้งการบริหารร่างกายแบบมีเวชเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อทั้งแบบเคลื่อนไหว แบบหัดค้าง และแบบกระตุ้นระบบประสาทกล้ามเนื้อ¹⁸ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้นเนื่องจากเพิ่มความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อได้ดี การบริหารร่างกายแบบมีเวชร่วมกับกำหนดลมหายใจ คล้ายคลึงกับการออกกำลังกายฤๅษีดัดตนที่ใช้การหายใจร่วมด้วยขณะปฏิบัติ การหายใจเข้าออกอย่างถูกต้อง เป็นการนำออกซิเจนไปฟอกโลหิตหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆ จะช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อหายใจและอวัยวะในร่างกายให้แข็งแรง¹⁹ การบริหารร่างกายแบบมีเวชลดความหืดเรื้อรังของกล้ามเนื้อ รู้สึกผ่อนคลาย เพิ่มการไหลเวียนของโลหิตไป

ยังสมอง ช่วยสร้างสมาธิ จิตใจสงบ ลดความเครียดได้¹⁸ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบมีเวช ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวดีขึ้น เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนล่าง กำมือและเหยียดขาได้ดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุเดินได้มั่นคง ป้องกันการล้ม รู้สึกปลอดภัยในการใช้ชีวิตมากขึ้น เดินทางไปไหนมาไหนได้สะดวก⁵ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นได้ สำหรับการวิจัยนี้ เป็นการให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติกายบริหารเมธีเวชด้วยตนเองที่บ้าน และติดตามการปฏิบัติผ่านทางโทรศัพท์ จึงไม่มีการเข้ากลุ่มหรือการพบปะอาสาสมัครท่านอื่นมากนัก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสังคมมีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แตกต่างจากการวิจัยอื่นที่อาสาสมัครได้พบปะกัน เช่น การดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตด้านสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยได้พูดคุยกับเพื่อนร่วมกิจกรรม อีกทั้งการออกกำลังกายมีผลทางสรีรวิทยา โดยการผลิตเอนโดรฟิน การเพิ่มระดับของซีโรโทนิน โดปามีน ส่งผลให้ความเครียดลดลง คุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้น²⁰ อย่างไรก็ตามการศึกษารูๅษีดัดตนต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า หลังการศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสังคมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)⁸ เช่นเดียวกับการศึกษานี้ เมื่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมดีขึ้น ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นตามไปด้วยซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{14,21} และระหว่างการทำกายบริหารแบบมณีเวชไม่พบผลข้างเคียงหรือปัญหาที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ

สำหรับค่าความดันโลหิตจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครผู้สูงอายุมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตนร่วมกับการกำหนดลมหายใจ จะช่วยเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว และผนังหลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่น ช่วยให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดทำงานได้ดี ลดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง จะช่วยลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ⁸ และการเดินแอโรบิกแบบมวยไทย ช่วยให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานได้ดี มีการกระจายตัวเพิ่มขึ้นของหลอดเลือดฝอย เลือดจึงไหลเวียนทั่วร่างกายได้อย่างสมดุล ซึ่งพราะขณะพักช้าลง ความดันโลหิตลดลง จึงเหมาะสมกับบุคคลทุกเพศทุกวัย⁹ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่า หลังการทดลองค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)¹⁰ เนื่องจากการออกกำลังกายฤๅษีดัดตน การเดินแอโรบิก ซึ่งก มณีเวช เป็นการออกกำลังกายที่ง่าย ทำท่าคล้ายกับการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการออกกำลังกายฤๅษีดัดตนกับมณีเวชหลังการทดลองพบว่าทั้งสองรูปแบบสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนได้ โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) จึงสามารถเลือกการออกกำลังกายรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล²² การออกกำลังกายเหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการเตรียมตัว วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย การขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 11 คนที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ชั่วโมง

ต่อสัปดาห์ จะเสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 19²³ จะเห็นได้ว่ากายบริหารแบบมณีเวชเป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย สร้างความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ บรรเทาอาการปวด ทำให้การไหลเวียนของโลหิตในร่างกายเป็นปกติ เมื่อปฏิบัติต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตในขณะพักลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการฝึกทำกายบริหารมณีเวชพร้อมกับการกำหนดลมหายใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งจุดเด่นของกายบริหารแบบมณีเวช

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สูงอายุทั่วไปสามารถนำท่ากายบริหารแบบมณีเวชร่วมกับการกำหนดลมหายใจมาประยุกต์ใช้ เพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้ เนื่องจากเป็นท่าที่ไม่โลดโผนและเป็นทางเลือกหนึ่งในการบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ
2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำกายบริหารดังกล่าวประยุกต์ใช้ในการดูแลและแนะนำผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ขณะอยู่ที่บ้านควบคู่กับการรักษาหลัก และช่วยป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้
3. บุคลากรสายวิชาการสามารถนำกายบริหารดังกล่าวประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้านการออกกำลังกายแบบไทย เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของนักศึกษาให้แข็งแรง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรปรับข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสังคมให้ชัดเจนขึ้น และสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะกันจะช่วยสร้างคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมให้ดียิ่งขึ้นได้
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลความยั่งยืนของการปฏิบัติทำกายบริหารแบบมณีเวชต่อค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมจนเป็นนิสัย

References

1. Department of Elderly Affairs. Elderly Statistics. [Internet]. 2021 [cited 2021 August 14]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>. (in Thai)
2. Chumuang O, Panuthai S, Khampolsiri T. Effect of Norakaag exercise on blood pressure among older persons with hypertension. Nursing Journal. 2013;40(1):11-22. (in Thai)
3. Ningsanond N, Hungsapruk S. Maneevej: new paradigm in healthcare. Songkhla: Neopoint (1995); 2017. (in Thai)
4. Panvongsa P. An effect of body balance by Maneevej technique on muscle pain in elderly. National Academic Conference 4th Phetchabun Rajabhat University "Research for Local Development"; 10th March 2017; Phetchabun Rajabhat University. Phetchabun: 2017. p.912-20. (in Thai)
5. Kaewmok W. The effect of the Maneevej exercise technique on body balancing, flexibility and strength in elderly persons. BJM. 2017;4(1):31-9. (in Thai)
6. Tongkoop B, Waedueramae R, Kajey F, Cheteh M, U-ma M, Mama M, et al. Effects of Maneevej exercise technique on exercise behavior among Muslim women in Narathiwat province. PNUJR. 2018;10(3):27-38. (in Thai)
7. Dindem N, Buapetch A, Isarmalai S. Development of promoting ergonomic self - management and exercise medical ornament program on perioperative nurse with acute lower back pain. NUR_FTU. 2019;14(26):105-20. (in Thai)
8. Ngowsiri K, Karuhadej P, Napapongsa K. Effectiveness of Thai mind-body exercise "Rusie Dutton" on blood pressure and quality of life in older adults in Bangkok, Thailand. JPHD. 2018;16(3): 41-53.
9. Poosalee J, Preechawong S. Effects of health promoting program with Thai boxing aerobic dance on blood pressure and body mass index of persons with prehypertension. JRTAN. 2014;15(3):218-25. (in Thai)
10. Somwatee T, Pothiban L, Nanasilp P. Effect of Thai qigong meditation exercise on blood pressure of the elderly with hypertension. Nursing J. 2011;38(4):81-92. (in Thai)
11. Rakpanit P. Exercise for Hypertensive Patients. RTNNMDjournal. 2014;41(1):3343. (in Thai)
12. Noiwat O. Health and quality of life. School of Health Science's e-pamphlet [Internet]. 2012 [cited 2019 May 15]; Available from: https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_3/pbhealth.html (in Thai)
13. Ngowsiri K. The effects of holistic health promotion program on quality of life in elderly. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2016. (in Thai)

14. Jaikat P, Sivoj P, Panpanit R. Effects of ascetic exercise on flexibility and quality of life in elderly. *Naresaun Phayao J.* 2018;11(1):37-40. (in Thai)
15. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health [Internet]. 2013 [cited 2019 May 15]; Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSMean.htm>
16. Michigan RO. Exercise preparticipation health screening in ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th ed. Philadelphia : Lippincott; 2016.
17. Mahutnirankul S, Tuntiphiwatthanasakul W, Pumphisalchai W, Wongsuwan K, Pornmanarungkul R. WHOQOL – BREF – THAI [Internet]. 2002 [cited 2019 May 15]; Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf> (in Thai)
18. Prapruttham S, Kumoad N, Boontanaporn S, Kaewngoen N, Ladpeng S. A pilot study: the effects of Maneevej self-care program on health problems and body alignment among the fitness-club members at Ho-klong subdistrict, Phromphiram district, Phitsanuloke province. *Mahidol R2R e-Journal.* 2019;6(1):59-73. (in Thai)
19. Natason A, Khanthong P, Dechakhamphu A. The effect of “Rueseedutton” exercise postures on nutritional status and quality of life in older people. *Rama Nurs J.* 2020;26(1):90-106. (in Thai)
20. Prasitvej P, Upasen R. The effect of social support program combined with physical exercise on quality of life in major depressive disorder patients. *Nursing J.* 2019;46(Supplement):70-82. (in Thai)
21. Thepsuriyanon D, Khanthong P. Quality of life in ascetic exercise among elderly in Ban Sai Mool, Yasothon province. *JTT Med Res.* 2017;3(2):1-5. (in Thai)
22. Setkhong S, Siramaneerat I, Inthaphalan K, Raksamat W. Comparison of the effects of hermit exercises and Maneevej exercises in reducing upper back pain. *National Academic Conference 3rd "Step into a new dimension: Thai primary health care"; 6-7th July 2017; Sirindhorn College of Public Health. Ubon Ratchathani: 2017. p.213-21. (in Thai)*
23. Huai P, Xun H, Reilly KH, Wang Y, Ma W, Xi B. Physical activity and risk of hypertension: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertension.* 2013;1021-6.

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด
The Development of Management Model in Community
at Tha Hat Yao Sub-District Phon Sai District Roi-Et Province

Received: May 7, 2021
Revised: Jul 5, 2021
Accepted: Jul 23, 2021

สิริวิชัย ศรีคำภา พย.ม. (Siravit Srikhampha, M.S.N.)¹
สุทธิพร มุลศาสตร์ ส.ด. (Sutteepon Moolsart, Dr.P.H.)²
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนมีความสำคัญในการค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงและช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยและพัฒนาโมเดลวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน พัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แกนนำชุมชน และผู้ประกอบการท่าทราย จำนวน 15 คน และระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 243 คน ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 คน ทั้งสองกลุ่มถูกสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) แนวทางการระดมสมอง 3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .83 และ .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .81 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบวิลคอกซันไชน์แรนจ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

¹นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: siravit2522.sri@gmail.com

²รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: sutteepon@yahoo.com

³Corresponding author: อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

^{1,2}School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

³Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Thailand

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการไอ หอบเหนื่อย เครียด น้อยใจครอบครัวที่ไม่เข้าใจการเจ็บป่วย มีความต้องการยาพัน ผู้ดูแล รดส่งไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการฉุกเฉิน และการแก้ไขมลพิษทางสิ่งแวดล้อม 2) รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย (1) กลุ่มประชาชน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรได้รับการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับความรู้และการอบรมเชิงปฏิบัติการ (3) กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ทำให้ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการจัดการโรค และสมรรถนะทางปอดของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ทำให้มีการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้รับการทดสอบและพบว่ารูปแบบฯ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคและโปรแกรมควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ศึกษาได้

คำสำคัญ: รูปแบบ การจัดการโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชุมชน

Abstract

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) management is important for exploring the problems and needs of COPD patients, risk group prevention, and care for effective exacerbation control of COPD patients.

Research objectives: The purposes of this research and development (R&D) were: (a) to investigate problems and needs of care among patients with COPD in the community; (b) to develop a COPD management model in the community; and (c) to evaluate the developed COPD management model in the community.

Research methodology: Participants were classified according to the study phases. Phase I: to investigate problems and needs of care, participants included 15 COPD patients and caregivers at Tha Had Yao Sub-district, Phon Sai District, Roi-Et Province. Phase II: for model development, 15 healthcare providers, village health leaders, and sand dredging entrepreneurs were included. Phase III: for the evaluation of model effectiveness, participants were: (a) 243 people aged 40 years and over selected by using stratified random sampling method; and (b) 30 COPD risk persons and 15 COPD patients selected by using simple random sampling method. Instruments included focus group guideline, brainstorming guideline, COPD prevention behavior questionnaire, and self-management

behavior questionnaire. Content validity indexes of the questionnaires were .83 and .97 and Cronbach alpha coefficients were .81 and .88 respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Wilcoxon signed rank test. Content analysis was used to analyze qualitative data.

Results: Findings are as follows. The problems of COPD patients were cough, dyspnea, stress, and sensitivity over family members misunderstanding the illness. The needs were inhaled medicines, caregivers, emergency vehicles, and environmental problem-solving. The COPD management model comprised of: (1) people aged over 40 years who should be screened, knowledge improvement, and modified risk behavior; (2) COPD high-risk group should be enrolled in workshops; and (3) COPD patients should be enrolled in workshops and having home visits by multidisciplinary teams. The COPD management model could improve knowledge, COPD preventive behaviors, self-management behaviors, and lung function in the participants ($p=.05$).

Conclusions: COPD management model in the community leads to chronic disease management in the community in 3 groups: people aged 40 years and over, people at risk for COPD, and COPD patients. The COPD management model was proved and revealed successful and good outcomes for participants.

Implications: COPD management model in the community could be implemented for developing the COPD management model in similar context areas. It also could be a guide to develop COPD prevention and control programs in the studied area.

Keywords: model, disease management, chronic obstructive pulmonary disease, community

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร และหมายรวมถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema)¹ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยพบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มอายุระหว่าง 30-50 ปี ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าหญิงถึงสองเท่า² จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขได้พบว่าความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน พ.ศ. 2553-2563 ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวน 2,268 เป็น 7,035 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าภาระในการดูแลโรคมีความรุนแรงของปัญหาอย่างต่อเนื่อง³

ความชุกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าในอายุ 40 ปี เมื่ออายุมากขึ้น ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหืดประมาณร้อยละ 7 ของประชากรและพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกจำนวน 1.5 ล้านคนและพบความชุกย้อนหลัง 3 ปี เท่ากับ 391.47, 386.26, 388.95 และ 386.17 ต่อแสนประชากรตามลำดับเฉพาะเขตบริการสุขภาพที่ 1 ทางภาคเหนือตอนบนพบผู้ป่วยมากที่สุดและเขตบริการสุขภาพที่ 12 ทางภาคใต้ชายแดนพบว่ามีอัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลันมากที่สุด ซึ่งความชุกทั่วประเทศในเขตอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกเขตบริการสุขภาพ¹ รวมทั้งเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สถานการณ์จากรายงาน องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากอันดับที่ 6 มาเป็นอันดับ 3 ในปี พ.ศ. 2563⁴

และในประเทศไทยทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับที่ 7 ในเพศชาย และลำดับที่ 11 ในเพศหญิง⁵ ในส่วนของอำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงขึ้น จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง 4.62, 5.38 และ 8.14 ต่อแสนประชากร โดยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งหมด จำนวน 147 คน และพบว่าพบในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ถึง 121 คน คิดเป็นร้อยละ 82.31 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะในตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม ที่อยู่ใกล้ริมแม่น้ำที่มีท่าขนทราย จำนวน 11 ท่า พบว่าในปี พ.ศ. 2562 ตำบลท่าหาดยาวมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 41.50 แต่ในปี พ.ศ. 2563 ความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 62.23 ต่อแสนประชากร⁶ แสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคของระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของตำบลท่าหาดยาว

นโยบายการป้องกันและการควบคุมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพในการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงต่าง ๆ ได้ ทั้งลดสาเหตุการตาย การสูญเสียสมรรถภาพ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้นโยบายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ⁷ อย่างไรก็ตาม มาตรการกิจกรรมการเฝ้าระวังคัดกรองเหล่านี้เป็นเพียงนโยบายยังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละพื้นที่จะต้องไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ซึ่งในตำบลท่าหาดยาวยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและยังขาดการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเพียงแค่อ้อยละ 50-60 ส่วนที่เหลืออยู่ในชุมชน บางคนยังมิได้รับการวินิจฉัยหรือไม่ได้เข้ารับการรักษา⁸ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน จึงมีความจำเป็น เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล รวมทั้งเป็นการป้องกันกลุ่มผู้ที่ภาวะสุขภาพดีในชุมชน และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคก่อนที่จะเกิดโรคลุกลามมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่กิจกรรมการป้องกันโรค คัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน พบว่าเจ้าหน้าที่มักเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในโรงพยาบาล และการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหอบกำเริบ เช่น การให้ยาบรรเทา เป็นต้น ส่วนในชุมชนนั้นยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหอบกำเริบ⁹ แต่บางครั้งไม่สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ดี เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้ ข้อมูลในการดูแลตนเอง ต้องการคนดูแลใกล้ชิด ต้องการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดีขึ้น⁹ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยพัฒนาความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขโดยพยาบาลสนับสนุน ข้อมูลความรู้และการใช้คู่มือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในชุมชนได้ดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนสร้างการรับรู้และเกิดข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานด้วยระบบดิจิทัล ทำให้แกนนำดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพโดยการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น¹¹

การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยได้ประยุกต์แนวทางอนุกรมวิธานจัดการโรคตามองค์ประกอบของระบบการจำแนกโปรแกรมในการจัดการโรค (A taxonomy for disease management) ซึ่ง Crumholz และคณะ¹² ได้รวบรวมแนวทางการจัดการโรคของสมาคมโรคหัวใจ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เนื้อหาการจัดกิจกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีการสื่อสาร สภาพแวดล้อม ความรุนแรงและความซับซ้อน และการวัดผลลัพธ์ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการ

จัดการโรคและให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน รวมทั้ง การป้องกันโรค รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน ชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้นนี้จะนำไปสู่การจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในชุมชน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and developmental design) โดยแนวคิด ที่ใช้ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษา ปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน ตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ศึกษา โดยการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล **ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดอนุกรมวิธาน จัดการโรคตามองค์ประกอบของระบบการจำแนกโปรแกรม ในการจัดการโรคของ Crumholz และคณะ¹² มาใช้เป็น แนวทางในการระดมสมอง **ขั้นตอนที่ 3** การศึกษาประสิทธิผล ของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรค กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and develop- ment) ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงช่วงเดือนมีนาคม 2564 มีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการของโรคไม่กำเริบ มีสติสัมปชัญญะ ดี ฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารซึ่งถูกเลือกอย่าง เจาะจง (purposive sampling) **ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนา รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แก่นนำชุมชนและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบล จำนวน 23 คน ถูกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง **ขั้นตอนที่ 3** การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรที่ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่กำหนดเป็นพื้นที่ศึกษาที่สมัครใจเข้า ร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 243 คน 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง จำนวน 30 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 คน ทั้งสองกลุ่มถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ มีสติสัมปชัญญะ สามารถพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทย ไม่มี ปัญหาในการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดตามขั้นตอน การศึกษา ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ 1) แบบประเมิน ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยแบบประเมิน CAT score 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 3 ข้อ และข้อคำถามรอง 26 ข้อ ข้อคำถามหลัก ได้แก่ (1) ปัญหา สุขภาพและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย คำถามรอง จำนวน 8 ข้อ (2) ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแล ด้านจิตใจ คำถามรอง จำนวน 9 ข้อ (3) ปัญหาสุขภาพและ ความต้องการการดูแลด้านสังคม คำถามรอง จำนวน 9 ข้อ รวมคำถามรอง จำนวน 26 ข้อ

2) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ แนวทางการระดมสมอง เป็นแนวระดมสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการประยุกต์ แนวคิดการจัดการโรคตามอนุกรมวิธานของการจัดการโรค ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่ควรเข้าร่วมกิจกรรม เนื้อหาการจัดกิจกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีการสื่อสาร ความเข้มข้นและความซับซ้อน สภาพแวดล้อม การวัดผลลัพธ์

3) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น มีเครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD easy screening) จำนวน 5 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 28 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 3) แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 (rating scale) ระดับ 4) แบบทดสอบสมรรถภาพปอดด้วยการเดิน 6 นาที (Six minute walk test) ให้ผู้ป่วยเดินบนเส้นทางที่กำหนดจนครบ 6 นาที จึงแจ้งให้ผู้ป่วยหยุดเดิน แล้วนำเก้าอี้ให้ผู้ป่วยนั่งพัก ณ จุดนั้น และวัดสัญญาณชีพและ 5) แบบประเมินความเหนื่อย Borg scale ซึ่งมีคะแนนวัดความเหนื่อยตั้งแต่ระดับ 0 ถึงระดับ 10 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือถูกตรวจสอบ โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม ได้แก่ 1) แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย 2) พฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง และ 3) พฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .97, .83 และ .97 ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและแบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งกำหนดค่าที่ความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .8 ขึ้นไป การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า พฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .80, .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เลขที่ 23/2563) ซึ่งในการวิจัยได้คำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการรักษาความลับความยุติธรรม และประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอแก่ผู้ให้ข้อมูลและมีมาตรการในการรักษาความลับของผู้ป่วย ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา ประโยชน์คาดว่าจะได้รับ การนำเสนอผลการศึกษาคือเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาต เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัยและติดต่อประสานงานพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาล และขอข้อมูลและคัดเลือกรูปแบบประเมินความรุนแรงของโรคผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ศึกษา แล้วทำการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ **ครั้งที่ 1** การระดมสมองและนำคำตอบจากการสนทนากลุ่มมาเสนอให้ทีมพัฒนาระดมสมองตามแนวทาง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่ง **ครั้งที่ 2** นำเสนอ (ร่าง) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่ง **ครั้งที่ 3** ประชุมกลุ่มนำเสนอการดำเนินการตามรูปแบบและเสนอผลการใช้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 5 นาที **ครั้งที่ 4** ทีมพัฒนารูปแบบแสดงความคิดเห็นและปรับปรุงรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่ง

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยก่อนใช้รูปแบบได้ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่ม

เสียง พฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการประเมินสมรรถภาพทางปอด ใช้การเดินระยะทาง 6 นาที โดยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ วิเคราะห์ ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพในส่วนปัญหาและความต้องการ ดูแลและรูปแบบโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ส่วนการเปรียบเทียบ พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง ความรู้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้รูปแบบ วิเคราะห์ด้วย สถิติทีคู่ (paired t-test) และถ้าข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลง เบื้องต้นของสถิติที่ ได้ใช้สถิตินอนพาราเมตริก

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่เข้าร่วมสนทนา กลุ่ม จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 93.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 71 ปี ($SD = 6.16$) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.33 และประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 93.33 ส่วนมากมีระยะการเจ็บป่วยด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ที่ 3-4 ปี ร้อยละ 66.67 ($Mean = 3.27, SD = 1.49$) มีประวัติการสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ จะมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.33 การศึกษา ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน พบดังนี้

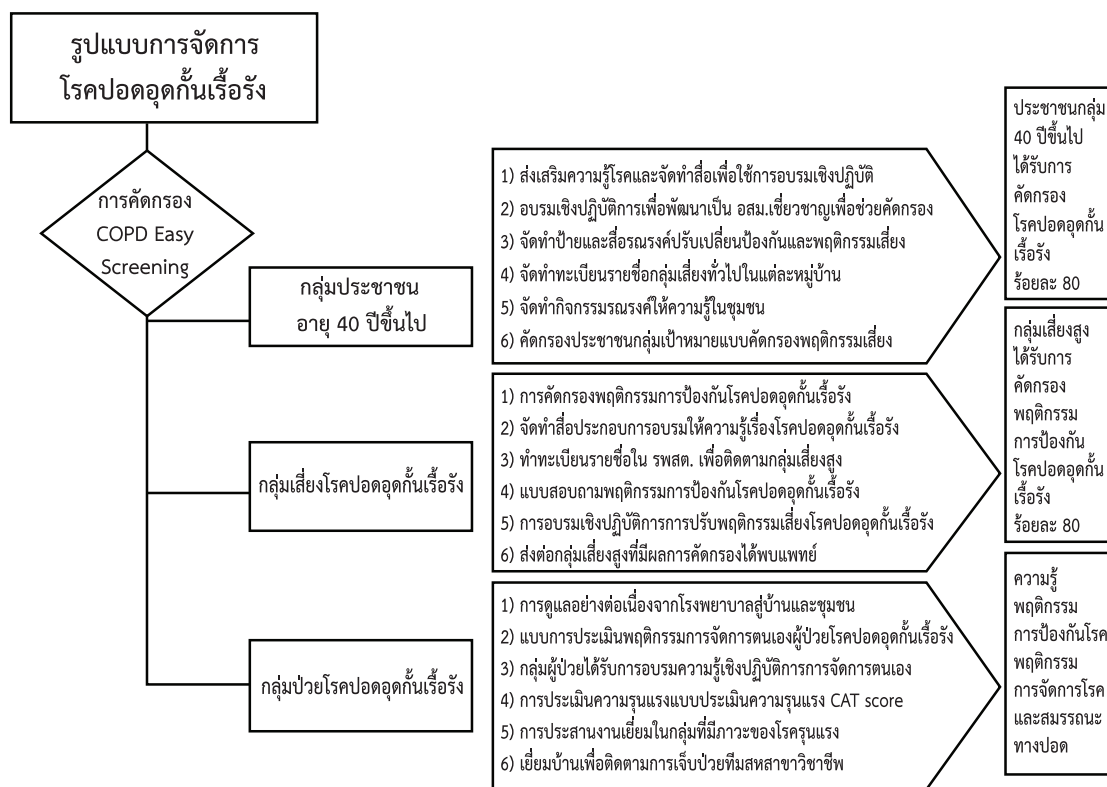
1) **ปัญหาด้านร่างกาย** พบว่ามีอาการดังนี้ ไอเรื้อรัง หอบ เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ คัดจมูก น้ำมูกไหล พบว่า อาการเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีความไม่

สุขสบายในการหายใจ อาการอ่อนแรง ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติ ดังที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ไอแล้วไอ รอด นอนกลางคืนไอจนได้กองกันกองกอง” (ผู้ป่วย, 69 ปี) และหอบ ผู้ป่วย ให้ข้อมูลว่า “เมื่อยขึ้นมาคือใจสลายนี้สะ ป่านกะพ่นยา ตื่นขึ้นมากะพ่น คับได้บ่นพ่นกะลิเป็นขึ้น มากะปู้ว่าหอบมันดัง ฮ้องแฮก ฮ้องแฮก” (ผู้ป่วย, 73 ปี) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการใช้ ยาพ่นที่ถูกต้องและการรับประทานยาที่ถูกต้องและทราบ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง การจัดการหายใจลำบากและวิธีการจัดการอาการหอบเหนื่อย และมีความต้องการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

2) **ปัญหาด้านจิตใจ** ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และน้อยใจบุคคลในครอบครัว เปื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด และมีความกลัวและวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยเพลียดังที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “คิดมาก เครียด เห็ดแบบได้จั้งลิบเมื่อย” (ผู้ป่วย, 80 ปี) และมีความต้องการการดูแล ด้านจิตใจ ความต้องการวิธี ผ่อนคลายความเครียด ลดความคิดมากของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง

3) **ปัญหาด้านสังคม** พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การดำรงบทบาท ในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ หน้าที่ซึ่งมีผลต่อการทำงานของผู้ป่วยหรืออาจมีการแยกตัว ออกจากสังคม การเข้าร่วมสังคมเริ่มน้อยลง ขาดการเอาใจใส่ ในการดูแลตนเอง ได้แก่ ต้องการให้ญาติเข้าใจการเจ็บป่วย ขาดผู้ดูแล อยู่บ้านตามลำพัง ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้ญาติ และครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ความต้องการ ให้ญาติเข้าใจ ให้ความสำคัญและญาติเข้าใจการเจ็บป่วย ดังคำพูดที่ว่า “ให้ทุกคนเข้าใจว่าป่วย บ่ได้ทำท่าป่วย” (ผู้ป่วย 57 ปี) ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้าน

ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน แสดงดังภาพที่ 1 ซึ่งอธิบายรูปแบบได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

1) **กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป** มีการจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้รับความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยนักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพจัดอบรม อสม. ให้เป็น อสม.เชี่ยวชาญเพื่อช่วยคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD Easy Screening) ปีละ 1 ครั้ง นักวิชาการสาธารณสุขให้ความรู้ประชาชนและแจกแผ่นพับในวันกิจกรรมการรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลกและวันปอดอุดกั้นเรื้อรังโลก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชนให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2) **กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** มีการจัดให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินผลการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดระบบทะเบียนกลุ่มเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยพยาบาลวิชาชีพ

การติดตามกลุ่มระดับความเสี่ยงสูงตามแนวทางในการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปีละ 2 ครั้งต่อปี การสร้างมาตรการทางสังคม บังคับการใช้กฎหมายบุหรี่สุราในชุมชนและการติดตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุก 6 เดือน โดยนัดมาที่ รพ.สต.

3) **กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** มีการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการตนเองทุก 6 เดือน การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคพร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี เพื่อเพิ่มพูนทักษะการจัดการตนเอง โดยพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วยแบบประเมินความรุนแรง CAT score และแบบประเมินการหายใจลำบากทุกครั้งเมื่อมารับการรักษาโดยแพทย์ ให้คำแนะนำการใช้ยาและสาคิดการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกร สาคิดส่งเสริมการบริหารปอด วิธีบริหารปอด การฝึกการไอ และการหายใจที่มี

ประสิทธิภาพและการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด และให้คำแนะนำการรับประทานโดยนักโภชนาการ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความรุนแรงของโรค ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน การทดสอบรูปแบบฯ ได้ทำกิจกรรม ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป กิจกรรมที่ 1 การประชุมชี้แจงการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ผู้นำชุมชน และ อสม. การจัดประชุมประชาชนในหมู่บ้านให้ทราบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการคืนข้อมูลในการศึกษาปัญหาและความต้องการและจากทีมระดมสมองพื้นที่ศึกษา **กิจกรรมที่ 2** การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

- 1) สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค
- 2) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม กิจกรรมที่ 3 การประเมินผล

2. กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กิจกรรมที่ 1 การคัดกรองประชาชนด้วยแบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD Easy Screening) **กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้ การจัดอบรมให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง **กิจกรรมที่ 3** การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งต่อดูแลและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล **กิจกรรมที่ 1** การให้ความรู้ การจัดอบรมให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสุขภาพโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการฝึกทักษะสนับสนุนการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการและพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลดอาการกำเริบของโรคได้ ฝึกกิจกรรมการหายใจที่ถูกต้องเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ฝึกการไอที่มีประสิทธิภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสม **กิจกรรมที่ 2** ฝึกการทดสอบสมรรถภาพปอดโดยใช้ระยะทางเดิน 6 นาที (6 minute walk test)

ตอนที่ 4 ผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น มีดังนี้

4.1 กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป การทดลองคัดกรองประชาชนด้วยแบบคัดกรอง COPD Easy Screening พบว่า ร้อยละ 35.80 มีความเสี่ยงสูงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 40.32 และความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 23.86 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 243)

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร	ได้รับการคัดกรอง	ระดับความเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
			ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
หมู่ที่ 1 บ้านปลาคุณ	188	74 (39.36%)	18 (24.32%)	30 (40.54%)	26 (35.13%)
หมู่ที่ 2 บ้านม่วงน้อย	261	102 (39.08%)	24 (23.53%)	41 (40.20%)	37 (36.27%)
หมู่ที่ 9 บ้านปลาคุณ	171	67 (39.18%)	16 (23.88%)	26 (38.81%)	25 (37.31%)
รวม	620	243 (39.19)	58 (23.86%)	98 (40.32%)	87 (35.80%)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน (n = 30)

พฤติกรรม การป้องกัน	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			paired t-test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
ด้านการรับประทานอาหาร	2.72	0.38	ปานกลาง	3.57	0.29	มาก	19.941	≤.001
ด้านการออกกำลังกาย	2.29	0.63	น้อย	3.38	0.68	ปานกลาง	17.299	≤.001
ด้านการจัดการความเครียด	2.92	0.89	ปานกลาง	3.59	0.68	มาก	8.082	≤.001
ด้านการป้องกันโรค	2.70	1.07	ปานกลาง	3.10	0.74	ปานกลาง	3.344	0.002
รวม	2.76	0.50	ปานกลาง	3.31	0.38	มาก	7.081	≤.001

4.2 กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 46.67 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 86.7 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 1,000-3,000 บาท ร้อยละ 73 มีสิทธิ์การรักษาบัตรทอง ร้อยละ 83.3 ส่วนมากดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 53.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 73.3 ไม่มีอาการหอบและไม่เคยได้รับความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 70

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าหลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวม ด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ด้านการออกกำลังกายเพิ่มจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง ส่วนด้านการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นแต่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม ซึ่งค่าเฉลี่ยทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) **พฤติกรรมการจัดการตนเอง** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าหลังใช้รูปแบบ พฤติกรรมโดยรวมด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันอาการกำเริบ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ส่วนด้านการรับประทานอาหารและด้านการใช้ยา เพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับเดิม ซึ่งค่าเฉลี่ยทุกด้านเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) **สมรรถภาพของปอด** การเปรียบเทียบประเมินสมรรถภาพก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการไม่รุนแรง จำนวน 5 คน มีสมรรถนะทางปอดเพิ่มขึ้น โดยการวัดระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที พบว่าเดินได้ไกลกว่าก่อนใช้รูปแบบ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 516 เมตร (SD = 26.65) เป็น 533 เมตร (SD = 20.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wilcoxon value = -2.023, p-value .02)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน (n =15)

พฤติกรรม การจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Wilcoxon value	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	3.57	0.10	มาก	3.54	0.23	มาก	-3.36	.001
ด้านการออกกำลังกาย	2.74	0.61	ปานกลาง	4.11	0.30	มาก	-3.42	.001
ด้านการจัดการความเครียด	3.25	0.31	ปานกลาง	3.81	0.19	มาก	-3.31	.001
ด้านการป้องกันอาการกำเริบ	3.10	0.54	ปานกลาง	3.72	0.24	มาก	-2.98	.003
ด้านการใช้ยา	3.53	0.29	มาก	3.77	0.26	มาก	-3.42	.001
รวม	3.24	0.17	ปานกลาง	3.76	0.10	มาก	-3.41	.001

การอภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

การที่ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ อาการไอเรื้อรัง หอบ เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ คัดจมูก น้ำมูกไหล ทำให้ผู้ป่วยต้องการความรู้ในเรื่องดังกล่าว สอดคล้องการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาการดังกล่าวเมื่อสิ่งแวดล้อมและสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจึงมีความต้องการมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพื่อการจัดการตนเอง¹³ และสอดคล้องการศึกษาว่าการเกิดอาการหอบเหนื่อยเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานจากการหายใจที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและเป็นสิ่งที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁴ ดังนั้นจึงควรช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถสังเกตอาการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนปัญหาและความต้องการดูแลด้านจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจำแนกได้สองกลุ่ม คือกลุ่มอาการทางร่างกายและกลุ่มอาการทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งอาการทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาการที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยทางกายของตนเองมีผลต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า มีกำลังใจในการ

ต่อสู้กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶

ผลการศึกษาพบปัญหาในด้านร่างกายนั้น เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดจากสมรรถภาพการทำงานของปอดไม่สามารถทำงานได้ปกติ เกิดจากการสูญเสียความยืดหยุ่นประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเมื่อมีการหลั่งเมือกหรือเสมหะออกมามากกว่าปกติส่งผลให้หลอดลมมีลักษณะตีบแคบลง ลมหายใจเข้าออกได้ยากลำบากขึ้น ส่วนโรคถุงลมโป่งพอง มีพยาธิสภาพจากการทำลายของถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมที่มีถุงลมทั้ง 2 โรคอยู่ร่วมกันแยกจากกันได้ยาก จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการไอ หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ทำได้ไม่เหมือนเดิมจึงส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ โดยทำให้มีความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การติดต่อกับบุคคลอื่นเริ่มลดน้อยลง เกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ และเกิดปัญหาด้านสังคมตามมา เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเริ่มทำได้ลำบาก ขาดผู้ดูแล ขาดการประสานงานระหว่างเพื่อนบ้านหรือหน่วยงานราชการ จึงไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้

2. รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนประกอบด้วยกิจกรรมและความรับผิดชอบของบุคลากร ดังนี้

2.1 กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป คือ ประชาชนที่เป็นกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าคนที่อายุน้อยและเมื่ออายุมากพยาธิสภาพของปอดมีความยืดหยุ่นลดลง จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สูง และการจัดการให้ความรู้ในการส่งเสริมการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ อสม. เชี่ยวชาญคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบ COPD easy screening test และการรณรงค์การปรับพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง รวมทั้งจัดทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและการใช้แบบคัดกรองกลุ่มเป้าหมายจากพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขทำให้การดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้ดีขึ้น⁹ และสอดคล้องกับนโยบายของประเทศไทยในการป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเทศไทยที่มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพในการรักษาเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งลดสาเหตุการตาย การสูญเสียสมรรถภาพ ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายครัวเรือน รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุข⁶ ซึ่งได้กำหนดให้โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นส่วนหนึ่งของแผนการจัดการบริการความเป็นเลิศด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Service Excellence NCDs) มุ่งเน้นการดูแลรักษาแบบองค์รวมในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพ แต่การนำมาใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนจากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ดังการศึกษาของ ครัมโฮลส์และคณะ¹² ที่ได้รวบรวมอนุกรมวิธานการจัดการโรคแบบสหวิทยาการเพื่อพัฒนาการจำแนกระบบการจัดการโรค เพื่อใช้ในการดูแลโรคเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคได้

2) กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาค้นพบว่า การกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประสานปัญหาและการดูแลจากชุมชนไปยังเจ้าหน้าที่ผ่านทางโทรศัพท์ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ออกคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งนั้น สอดคล้องกับ

การศึกษาที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อการป้องกันและการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในมณฑลกว่างตุงประเทศจีนได้ประเมินผลสัมฤทธิ์ของชุมชนแบบบูรณาการป้องกันและการควบคุมป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยตนเองและการฝึกอบรมการจัดการเพื่อป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰ ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ อภิปรายได้ว่า การเฝ้าระวังประชาชนที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความเสี่ยต่ำ ระดับความเสี่ยปานกลาง ระดับความเสี่ยสูง มีความจำเป็นที่มีต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะการป้องกันในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ซึ่งกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องได้รับความรู้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยกิจกรรมที่ทำในการฝึกทักษะการดูแลตนเอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การลดการสูบบุหรี่ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีไม่มีมลพิษ ไม่มีฝุ่นละออง ซึ่งถ้ากลุ่มเสี่ยงไม่เข้าถึงสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

3) กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปแบบของกิจกรรมในกลุ่มนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา ซึ่งการจัดการกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การหายใจลำบาก และการประเมินสมรรถภาพปอด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงความรุนแรงของโรคและสมรรถภาพปอด และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทำให้จัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ดังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในระบดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกันดีขึ้น¹⁶ รวมทั้งการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน

ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น¹⁹

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

1) การคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ใช้แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD Easy Screening) และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลต่อการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดย อสม. สามารถใช้แบบคัดกรองในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็ว ประชาชนเข้าถึงง่าย และ อสม. สามารถมีส่วนร่วมในการจัดการโรคได้ ทำให้สามารถแยกกลุ่มประชาชนได้ตามความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การคัดกรองทางสุขภาพเชิงรุกเป็นการตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในประชากรที่มีสุขภาพดีหรือยังไม่มีอาการ ช่วยลดความเสี่ยงหรือรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค รวมทั้งช่วยสร้างความตระหนักในประชากรที่ไม่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงมาก่อน ซึ่งในปัจจุบันการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่และระดับในประเทศยังไม่เป็นนโยบายที่มีความชัดเจน กิจกรรมการคัดกรองโรคนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonsawad ที่พบว่า การคัดกรองแบบง่ายในคลินิกโรคหอบหืด ทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคเบื้องต้นได้ สามารถใช้ได้โดยการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในการคัดกรองให้แก่เจ้าหน้าที่คลินิกโรคหอบหืดและอาสาสมัครสาธารณสุขรวมทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยได้¹⁸

2) พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง การที่พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงดีขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากในการทดลองใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้นำกลุ่มเสี่ยงมาอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมการอบรมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Puwili และคณะที่ได้ใช้พฤติกรรมการป้องกันหอบหืดกำเริบ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อการสูบบุหรี่ การพักผ่อน โภชนาการ และการออกกำลังกาย สามารถทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น²¹ ซึ่งมีความใกล้เคียงกัน ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น ทั้งนี้การอบรมเชิงปฏิบัติการมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพัฒนาทักษะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบโดย อสม.และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการกำเริบสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ ซึ่งกิจกรรมการอบรมเน้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้อบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะและสาธิตทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก และด้านการจัดการอารมณ์²¹

4) สมรรถภาพของปอด การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการทดสอบสมรรถภาพของปอด โดยการเดิน 6 นาที ซึ่งเป็นการทดสอบการออกกำลังกายในระดับเดียวกับการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน โดยสามารถใช้ประเมินสมรรถนะของระบบต่างๆ ของร่างกาย และประเมินสมรรถนะของปอดได้ในระดับหนึ่ง การทดสอบนี้เป็นการทดสอบที่ง่าย ไม่ใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยาก ภายหลังใช้รูปแบบการเดิน 6 นาที ดีขึ้น ดังการศึกษาซึ่งได้วัดการประเมินสมรรถภาพปอดด้วยการทดสอบเดิน 6 นาที ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการจัดการโรคดี ย่อมส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอดดีขึ้น¹⁵ แต่อย่างไรก็ตามสมรรถภาพการทำงานของปอดยังต้องใช้เวลาและร่างกาย จะต้องมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้คงที่ด้วย เพราะจากการประเมินค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความเหนื่อย Modified Borg dyspnea scale เมื่อสิ้นสุดการเดินพบว่าค่าดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนเหมาะสมกับบริบทของตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด หากสถานบริการอื่นจะนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อมในชุมชน และพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นประกอบนอกจากพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น สมรรถนะการทำงานของปอด เป็นต้น

2. รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งควรใช้ระยะเวลาในการดำเนินการให้มากกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อให้การปรับพฤติกรรมจัดการตนเองมีระยะเวลาเพียงพอที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างชัดเจน

References

1. Working Group for the Development of Public Health Service Practices Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD Public Health Service Guidelines .Ultra Violet Union.Bangkok. 2020:24: 13-7. (in Thai)
2. Asthma Foundation of Thailand. Asthma patient club. World Inflammation Day Campaign, Asthma Patient Club and Lung Health Center. (2013). Year 20 No. 62: 5. (in Thai)
3. Bureau of Non-communicable Diseases. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Situation and Results of NCD Prevention and Control. In the 2016 Annual Report: The War Veterans Organization Publishing House, (2016). Bangkok. (in Thai)
4. American Thoracic Society & European Respiratory Society. Standard for the diagnosis and management of patient with chronic obstructive pulmonary disease. American Thoracic Society. [Internet]. (2011). Jan/Feb [cited 2019 Dec 23];68(1):9-14. Available from [http:// www.thoracic.org/clinical_guidelines/resources/COPD_doc.pdf](http://www.thoracic.org/clinical_guidelines/resources/COPD_doc.pdf).
5. Public Health Development Group Bureau of Non-communicable Diseases Department of Disease Control.World COPD Day campaign issues. [Internet]. (2020) Nov/Dec (cited 2020 Dec 12) Available from <http://www.Thai NCD.com/document/file/info/non-communicable-disease/160.pdf>.
6. Health Data Centre Ministry of Public Health..MOPH .go.th/HDC/documents/document.php [Internet]. (2019 May 22) Available from:<https://HDC /service.com>.
7. Uravechs Association of Thailand.Diagnosis Guidelines COPD in Thailand (Revised 2015). Uravechs Association of Thailand, [Internet]. (2020) July/Dec (cited 2020 July 12) Available from <https://www.thoracicsocietythai.org/guidelines>.

8. Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Situation and Results of NCD Prevention and Control. [Internet].2020) Nov/Dec (cited 2020 Dec 12) Available from Annual Report (Annual REPORT 2015). Available from <http://www.thai ncd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.
9. Phosawang N, Srisong S,Suporn P. The development of a nursing model for patients with chronic obstructive pulmonary disease Using social support. Journal of Nursing and Health Care.2015: 33(1):50-62. (in Thai)
10. Tachama A. To study the effects of using the knowledge and skills enhancement program for home care of COPD patients In village health volunteers.(Master of Nursing Thesis, Major Community Practice Nursing), Chonburi.Burapha University.(2012).
11. Phonkon C.Develop a participatory action research model in taking care of chronic obstructive pulmonary disease patients from the hospital to the community via digital systems in the district. Health Center Service Area 11, Nakhon Si Thammarat Province. [Internet].2020) Nov/Dec (cited 2020 May 12) Available from <http://www.hpc11.go.th /web 60/upload/07/2018>.
12. Crumholz, HM, Currie, PM, Riegel, B, Phillips, CO, Peterson, ED, Smith, R, Yancy, CW & Faxon, DP.. A Taxonomy for Disease Management : A Scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group Circulation ,114. 1432-1145 et al. (2006). Retrieved from <http://ahajournals.org> by on July 24,(2020)
13. Wangsom A. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.2015:27 (1)1-12. (in Thai)
14. Lorga T. Predicting breathlessness symptoms in older adults with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang (2018).24(2),142-54. (in thai)
15. Jantiya M,Chumnanseaw P,Kunapan P.Quality of life of COPD patients receiving services Saraburi Hospital.Ramathibodi nursing journal.2011:7(2)328-40. (in Thai)
16. Yasamud P.Developing holistic and comprehensive care for chronic obstructive pulmonary disease patients with the participation of health service network partners Ban Hong District, Lamphun Province .Journal of Health Science.2020:29(2):282-92. (in Thai)
17. Anoma S,Chonnung W. Assessment of cardiac function, and lungs with a 6-minute walk test. Siriraj Medical Bulletin. 2020:11(1),57-64.
18. Boonsawad W. Easy Asthma Clinic 5th BGH Annual academic meeting: from the basic to the top in medicine.Sarungthip Offset Limited Partnership, [Internet].2020) May/June (cited 2020 May 23) Available from <http://www.easyasthma.com/index.php>.
19. Sirikul P, Putthapitukpol S, Sangmanee R. The effect of caring model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in the community after discharge from Sungaipadi hospital, Narathiwat province. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.2017:28(1) 58-9. (in Thai)

20. Yumin Zhou, et al. Community based integrated intervention for prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Guangdong, China: cluster randomized controlled trial. [Internet]. 2020) May/June (cited 2020 Feb 2. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih>.
21. Puwilai K, Oba N. Tansuphasawadikul S, Siripornpibul T. Selection factors that predict quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2012;6(1) 12-24. (in Thai)
22. Chauytay T. Effect of self-management support program in COPD patients on knowledge self-management behavior, symptoms, dyspnea and pulmonary function. *Thai Journal of Nursing*, 2020;69(2), 11-20. (in Thai)

บทความวิจัย

การบอกความจริงของความเจ็บป่วย: มุมมองของผู้สูงอายุ
ที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้ายTelling the Truth of the Illness: Perspectives of older persons
who experienced with caring the end-of-life person

Received: Apr 16, 2021

Revised: Oct 4, 2021

Accepted: Oct 15, 2021

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ Ph.D. (Sirilak Somanusorn, Ph.D.)¹กัลยา ไม้เกาะ ปรต. (Kanlaya Paikoh, Ph.D.)²มารยาท สุจริตรกุล พย.ม. (Marayart Sujaritwarukul, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การบอกความจริงของความเจ็บป่วย มีความสำคัญสำหรับบุคลากรและผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่ออธิบายความหมายและความต้องการเกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยตาม
มุมมองของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 15 ราย ที่ได้จากการเลือก
แบบเจาะจงและแบบลูกโซ่ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ความหมายของการบอกความจริงของความเจ็บป่วย มี 3 ประเด็น คือ 1) การบอกข้อมูลโดยไม่ปิดบัง
2) การให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว และ 3) การบอกสิ่งที่บั่นทอนจิตใจ แต่ต้องยอมรับ เกี่ยวกับความต้องการต่อการ
บอกความจริงของความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย ด้วย 2 เหตุผล
คือ 1) การได้ทำใจยอมรับ และ 2) การได้วางแผนชีวิต ทำสิ่งที่อยากทำ โดยลักษณะของการบอกความจริงที่ต้องการ
ได้แก่ 1) การบอกด้วยความเข้าใจและให้กำลังใจ 2) การคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 3) การพูดบอกแบบตรง ๆ
4) การบอกแบบอ้อม ๆ ค่อย ๆ บอก 5) การบอกความจริงกับบุคคลที่พร้อม และ 6) การบอกให้ทราบเป็นระยะไม่ควร
บอกแค่ช่วงท้าย และมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย ด้วยเหตุผล 1) กลัวความจริงที่
จะรู้ และ 2) รู้แล้วเกิดความทุกข์

สรุปผล: การบอกความจริงของความเจ็บป่วยให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะ
เกี่ยวข้องกับการยอมรับและการวางแผนชีวิตในช่วงท้ายของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุควรเป็นผู้มีเทคนิค
การสื่อสารที่ดี คำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลักและมีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในระยะ
สุดท้ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ: การบอกความจริง ผู้สูงอายุ ระยะสุดท้ายของชีวิต การวิจัยเชิงคุณภาพ

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยด้านจริยธรรมทางการแพทย์ จากสภาการพยาบาล

¹Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล E-mail: sirinusorn@gmail.com

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล E-mail: kanlaya_pai@vu.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี E-mail: marayard08@gmail.com

^{1,2}Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, Thailand

³Chonburi Hospital, Chonburi, Thailand

Abstract

Introduction: Telling the truth regarding the illness is crucial for healthcare professionals and end-of-life patients.

Research objective: To describe perspectives on meaning and need of telling the truth regarding the illness among older persons who experienced with caring at end-of-life care.

Research methodology: This was a qualitative study. The informants were fifteen older persons selected by using purposive and snowball sampling. Data were collected using in-depth interviews. Content analysis were used to analyze data.

Research findings: Meanings of telling the truth regarding illness were identified in three themes as follows: 1) telling data with no hiding; 2) giving data that can help patients to prepare their life; and 3) telling frustrated data but need to be accepted. It was found that most informants preferred someone to tell them the truth with no hiding for two reasons, including 1) preparing for acceptance; and 2) planning their lives and doing what they want to do. The characteristics of telling the truth were: 1) informing with understanding and encouraging; 2) focusing mainly on patient's condition; 3) informing directly; 4) informing indirectly and gradually; 5) informing the fact to those who were ready; and 6) informing periodically, not at the last moment. Some informants did not want the truth regarding the illness to be told due to two reasons as follows: 1) fearing of knowing the truth, and 2) knowing can cause suffering.

Conclusions: Telling the truth regarding the illness to the end-of-life older person is very important. It affects the acceptance and the plan of the older person's end of life.

Recommendations: Healthcare professionals who involve in telling the truth regarding the illness to the older persons should have good communication techniques, focusing on their needs, and understanding the aging changes, both physically and mentally, at their end of lives.

Keywords: Truth telling, older person, end of life, qualitative research

บทนำ

บุคคลในวัยสูงอายุมักป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในวัยชราหลายโรค ประกอบกัน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าบุคคลในวัยอื่น ๆ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ยาวนานขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ โดยทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมากขึ้นกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ รวมถึงมีโอกาสดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมากขึ้นกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ ที่จะต้องตัดสินใจและอาจเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ซึ่งปัญหา ความเสี่ยงและความขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีมาจากการพร่องในการสื่อสาร และการให้ข้อมูล^{1,2} ดังผลสำรวจข้อมูลจากผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศแถบยุโรป พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับตามที่ตนเองต้องการ ได้แก่ การบรรเทาอาการปวด การให้ข้อมูล และการสื่อสาร³ โดยทั่วไปบทบาทหลักในการแจ้งข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นหน้าที่ของแพทย์⁴ แต่อาจมีแพทย์บางส่วนที่ขาดทักษะในการสื่อสาร ไม่สะดวกใจหรือขาดความมั่นใจเมื่อต้องเป็นผู้บอกข่าวร้ายหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ⁵ รวมถึงมีความรู้สึกลำบากใจ ไม่ต้องการทำลายความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว⁶ ดังนั้น บุคลากรที่ต้องสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย ควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อบอกความจริง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตีความหมายของข้อมูลที่ได้รับผิดพลาด⁷ ขาดข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษาของตนเอง⁸ ครอบครัวไม่ได้เตรียมรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเท่าที่จะสามารถทำได้ และส่งผลให้ทีมสุขภาพต้องพบกับความยุ่งยากและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มมากขึ้น⁴

การบอกความจริง (truth telling/veracity) ของความเจ็บป่วย หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์แจ้งให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาจบอกข้อมูลเพียงบางส่วนหรือข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง¹⁰ ซึ่งการบอกความจริงของการเจ็บป่วยหรือการแจ้งข่าวร้าย (breaking bad news) นี้ ถือเป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแล

ผู้ป่วย⁵ โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง หรือผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การบอกความจริงสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพจะต้องให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการรับทราบข้อมูลของตน¹¹ ตาม “คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย” ฉบับล่าสุด ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม 2558 ข้อที่ 2 ระบุว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉินอันจำเป็น แรงจูงใจและเป็นอันตรายต่อชีวิต” แต่ในสภาพปัจจุบัน ผู้ที่เจ็บป่วยมักถูกกลืนสิทธิจากญาติและบุคลากรทีมสุขภาพ โดยให้เหตุผลว่า กลัวผู้ป่วยจะมีการทบทวนเมื่อรู้ความจริง อาจทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวัง และอาจมีผลต่อการวางแผนการรักษา⁵ ซึ่งมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่อยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง แต่ไม่ได้รับการสนองตอบ ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาน้อยสำหรับการเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอาจมีผลต่อการช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ เนื่องจากการบอกกล่าวสื่อสารนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย มีโอกาสได้ร่ำลากับคนในครอบครัวและได้รับการช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจตามที่ต้องการ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายและญาติต้องการเป็นอันดับแรก คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และการดูแลรักษา¹² ร่วมกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการและการดำเนินของโรคที่ผู้ป่วย แต่แพทย์และพยาบาลผู้ดูแลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้อย่างครบถ้วนเหมาะสมกับความ ต้องการของสมาชิกในครอบครัว¹³

การสื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเป็นการสื่อสารที่ช่วยปลดปล่อยความทุกข์ได้ (therapeutic effect) สิ่งสำคัญที่ควรสื่อสารคือ แม้การดำเนินโรคจะไม่ดี เรายังคงรับฟังความทุกข์ และพยายามช่วยบรรเทาความทรมานด้วยความเมตตาอย่างจริงใจไม่มีเงื่อนไข⁹ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า

การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคบางโรค เช่น โรคมะเร็ง ยังคงเป็นประเด็นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบได้บ่อย¹⁴ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกระยะของการเป็นโรคมะเร็ง โดยพบได้บ่อยที่สุดในระยะวินิจฉัยโรค (บอกหรือไม่บอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคมะเร็ง) และระยะสุดท้ายหรือใกล้ตาย (บอกหรือไม่บอกผู้ป่วยว่าไม่มีหนทางรักษาในการแพทย์แผนปัจจุบัน) ในบริบทของสังคมไทย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนจากแพทย์หรือพยาบาลจนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต¹¹ ด้วยผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักจะมีกังวลในปัญหาความเจ็บป่วย ญาติจึงมักปกปิดไม่ให้ทราบความก้าวหน้าของโรค เพราะอาจทำให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายกังวลมากยิ่งขึ้นจนถึงขั้นทำให้อาการทรุดได้¹⁶ ในทางปฏิบัติ พยาบาลมักเป็นผู้ที่ถูกขอร้องจากญาติไม่ให้บอกความจริง และหากมีการบอกความจริงเร็วเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นคงทางใจ หากเข้าใจไปอาจสงสัย ไม่ไว้วางใจ¹⁴ และอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดความศรัทธาในตัวพยาบาล⁹ ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลและเป็นประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติการพยาบาล โดยทั่วไปพยาบาลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย มักเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานการทำงานระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการเป็นสมาชิกของทีมสหสาขาเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹⁵ โดยพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่มารับการรักษา จึงมีโอกาสนในการพูดคุย สื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ¹³ ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยเพื่อการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย

แนวคิดของการบอกความจริงยังเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันอย่างกว้างขวางของการดูแลแบบประคับประคอง เพราะการบอกความจริงจะเกี่ยวข้องกับหลาย ๆ ประเด็น เช่น ความหวัง และการให้ความหมายของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรที่จะต้องเจาะลึกให้เข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง และความเข้าใจนี้จะช่วยให้บุคลากรสามารถบอกความจริงกับผู้ป่วยได้อย่างมีความหมายและช่วยดูแลได้

อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย¹⁷ การบอกความจริงเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายถือเป็นสิ่งที่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องการและมีความสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา ดังผลการศึกษาของ Thongcharoen และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความต้องการที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สองอันดับแรก คือ การได้รับคำปรึกษา และข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และการได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค¹⁸ ดังนั้น การได้ทราบถึงมุมมองต่อการบอกความจริงของความเจ็บป่วยเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน อยู่ในวัยที่ใกล้ชิดกับความตายด้วยการหมดอายุขัยและการมีโรคประจำตัวต่าง ๆ มากกว่าวัยอื่น

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่อง การบอกความจริงของความเจ็บป่วยตามมุมมองของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย การได้ศึกษามุมมองความคิดจากผู้สูงอายุโดยตรง จะช่วยให้บุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยรวมถึงหลักจริยธรรม ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและวาระสุดท้ายได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีในช่วงท้ายของชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและความต้องการเกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยตามมุมมองของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายและหลักจริยธรรมทางการแพทย์มาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยเพื่อช่วยในการทำความเข้าใจในมุมมองเกี่ยวกับความหมายและความต้องการ

เกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มี
ประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบ
พรรณนา (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษา
ความหมายและความต้องการเกี่ยวกับการบอกความจริงของ
ความเจ็บป่วยตามมุมมองของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การ
ดูแลระยะสุดท้าย

พื้นที่การวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทของชุมชนภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในเขตจังหวัด
นครราชสีมา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีประชากรจำนวนมาก
และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย
ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาทั้งในเขตเมือง (urban) และชนบท (rural)
ในพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอสีกี้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มผู้
ให้ข้อมูลวัยผู้สูงอายุที่สามารถให้ข้อมูลในประเด็นที่ศึกษาได้
ประกอบกับผู้วิจัยคุ้นเคยกับพื้นที่จากการปฏิบัติงานและ
การพำนักอาศัย ผู้วิจัยสามารถทำตัวเพื่อเป็นคนใน (emic)
ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลได้เร็วขึ้น และสะดวกต่อการลงพื้นที่ในการ
เก็บข้อมูลการวิจัยหลายครั้ง การที่ผู้วิจัยสามารถสร้างความ
สัมพันธ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยอมรับและไว้วางใจ (rapport)
ได้นี้ ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งยิ่งขึ้น เนื่องจาก
ความคุ้นเคยและการมีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้
ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสบาย วางใจ และกล้าที่จะ
เปิดเผยความคิดและเรื่องราวกับผู้วิจัยมากขึ้น¹⁹

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศ
ชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา โดย
กำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มี
ประสบการณ์การดูแลบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่รู้จัก เช่น
สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น ที่เคย
เจ็บป่วยระยะสุดท้ายหรือกำลังเจ็บป่วยระยะสุดท้าย มี
สภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
สื่อสารเข้าใจ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง
ผู้สูงอายุ (Abbreviated Mental Test: AMT) ซึ่งผู้ที่สามารถ
เข้าร่วมการวิจัยได้จะต้องมีคะแนนการประเมินอยู่ในเกณฑ์

ปกติ คือ ตอบถูก 8-10 ข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า
เบื้องต้น (2 Questions Depression Rating Scale: 2Q)
ผู้ที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ต้องมีผลการประเมินปกติ คือ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า และยินดีพูดคุยให้ข้อมูล
ในประเด็นที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive
sampling) และแบบลูกโซ่ (snowball sampling) โดยการ
สอบถามข้อมูลถึงผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามที่
กำหนดไว้จากแกนนำและบุคลากรสุขภาพในชุมชน และ
เลือกผู้ให้ข้อมูลรายต่อ ๆ ไป จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (data
saturation) ที่ผู้วิจัยสามารถสร้างข้อสรุปในประเด็นที่ต้องการ
ค้นหาและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น
15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักสำหรับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ คือ
ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิง
คุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและการดูแลในระยะสุดท้าย
ส่วนเครื่องมือที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย
1) แบบประเมินคัดกรองผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบ
สภาพสมองผู้สูงอายุ (AMT) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า
เบื้องต้น (2Q) 2) แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
ประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล
เกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยตามมุมมองของ
ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแบบ
กึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมเรื่อง ความหมาย ความคิดเห็นและ
ความต้องการเกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วย
เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยผู้วิจัยกำหนดคำถามหลัก
ว่า “ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบอกความจริงของ
ความเจ็บป่วยเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างไร” และ
คำถามรอง ได้แก่ 1. “การบอกความจริงของความเจ็บป่วย
เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึงอะไร” 2. “เมื่ออยู่
ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีคิดเห็นต่อเรื่อง การบอกความจริง
ของความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตนี้อย่างไร เพราะ
เหตุใด” และ 3. “ในอนาคตที่มีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย
ของชีวิต จะต้องการให้คนใกล้ชิด/ผู้ที่เกี่ยวข้องบอกความจริง
ของการเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร” 3) การบันทึก

ภาคสนาม (field note) และ 4) เครื่องบันทึกเสียงบทสัมภาษณ์

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยตามมุมมองของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. เลือกพื้นที่ในการเก็บข้อมูล เป็นพื้นที่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา เขตอำเภอเมือง และอำเภอสีคิ้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยคุ้นเคยจากการปฏิบัติงานและการพำนักอาศัย ซึ่งมีผู้สูงอายุที่สามารถให้ข้อมูลได้และผู้วิจัยสะดวกต่อการเดินทางไปเก็บข้อมูลเนื่องจากผู้วิจัยต้องเดินทางลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลหลายครั้ง

2. ติดต่อแกนนำชุมชน หรือบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ เพื่อขอทราบข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้ และพิจารณาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคนแรก ซึ่งเป็นผู้ที่สื่อสารได้ดี สามารถพูดคุยบอกเล่าข้อมูลได้มาก

3. เข้าไปในพื้นที่ร่วมกับแกนนำชุมชนหรือบุคลากรสุขภาพเพื่อแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย เวลาที่ใช้ จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ การจดบันทึกข้อมูลและการบันทึกเสียง และสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงความปลอดภัยและการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และขอให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นเพื่อคัดกรองความพร้อมของด้านจิตใจของผู้ให้ข้อมูลในเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยหลักเป็นผู้ใช้แบบคัดกรองทั้งสองชุดด้วยตนเอง จากนั้นนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้ มีผู้สูงอายุที่ประเมินสภาพสมองไม่ผ่าน จำนวน 1 ราย ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้สูงอายุรายนี้ว่า ไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ได้และแนะนำให้เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและทำกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพของสมองให้มากขึ้น ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีผลการประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์และมีการบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

เป็นรายบุคคล ครั้งละ 50-70 นาที ระยะเวลา 1-2 ครั้ง ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลพูดคุยบอกเล่ามุมมองความคิด เรื่องราวที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณลักษณะการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ การนั่งพูดคุย ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับความมีอาวุโสและความสะดวกสบายในการนั่งของผู้ให้ข้อมูล มีการเว้นระยะห่างที่สามารถมองเห็นและสังเกตใบหน้ากันได้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการได้ยินที่ลดลง ผู้วิจัยได้ใช้เสียงพูดในโทนต่ำ น้ำเสียงที่อ่อนน้อม พูดคุยแบบช้า ๆ และชัดเจน ตั้งใจรับฟังเรื่องราวและไม่เร่งรัด โดยช่วงเวลาในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล คือ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 ขณะนั้น ผู้วิจัยต้องพักเว้นช่วงของการสัมภาษณ์ข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน คือเดือนเมษายนและเดือนพฤษภาคม 2563 ด้วยสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดหนัก ระหว่างนั้น ผู้วิจัยประสานกับแกนนำในชุมชนทางโทรศัพท์เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างรายต่อไปและเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น คือ 3 เดือน

5. การแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งก่อนการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลรายต่อไปมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าจากผู้ให้ข้อมูลคนก่อนเพื่อการตัดสินใจว่าต้องการข้อมูลส่วนใดเพิ่มเติมอีก และผู้วิจัยเก็บข้อมูลต่อไปจนข้อมูลอิ่มตัวจึงยุติการสัมภาษณ์ หลังจากเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ประเด็นที่เป็นคำตอบของการศึกษารั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ สภาการพยาบาล เอกสารรับรองเลขที่ TNMC-IRB 09/2019.0802 ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 และเพื่อการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการและคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัย

หรือผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลทุกราย โดยอธิบายเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้และวัตถุประสงค์อย่างคร่าว ๆ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องของอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับมุมมองต่อการบอกความจริงของ ความเจ็บป่วย การสอบถามข้อมูลดำเนินในพื้นที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ที่บ้าน และที่ทำงาน โดยระหว่างการสอบถาม ผู้วิจัยขอจดบันทึกและบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ข้อมูลด้วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายรับทราบ ยอมรับและยินยอมให้ความร่วมมือ

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย

เพื่อให้การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) โดยการสร้างความน่าเชื่อถือ (credibility) กระทำโดย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาที่มีความคุ้นเคยจากการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลได้เร็วขึ้น ร่วมกับผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลอย่างเพียงพอ (Prolonged engagement) จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ระหว่างการสัมภาษณ์ มีการจดบันทึกและบันทึกเทปเพื่อการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และผู้วิจัยเขียนบันทึกข้อมูลที่ไ้ระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อสะท้อนตัวเองทุกวันหลังจากสัมภาษณ์ ตลอดช่วงเวลากการดำเนินการวิจัย มีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่าง (data from different group) มีความหลากหลายของประสบการณ์ชีวิตที่ต่างกันของพื้นฐานครอบครัว การประกอบอาชีพ และการใช้ชีวิตตามเศรษฐกิจฐานะ ความคิด ความเชื่อของผู้ให้ข้อมูล จากพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน (data from different location) โดยเลือกทั้งผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม (data from different method) เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member check) โดยอ่านทวนบทสัมภาษณ์ที่จดบันทึกกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเพื่อสอบถามความถูกต้องตรงกันอีกครั้ง ร่วมกับขอข้อมูลในส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการปรับเปลี่ยน ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย (researcher credibility)

ผู้วิจัยหลักเป็นผู้ที่ทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุมายาวนานกว่า 20 ปี มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพมาพอสมควร งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับความตาย และการดูแลในระยะสุดท้าย และผ่านการอบรมด้านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยในทีมก็เป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยทำการบันทึกแหล่งข้อมูลของหลักฐาน ได้แก่ การจดบันทึก และเทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้งและแต่ละราย โดยทำเป็นบันทึกการทำงานตลอดขั้นตอนการเก็บข้อมูล ทำให้สามารถตรวจสอบรับรองข้อมูล (conformability) ได้ และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลมีการตรวจสอบ (inquiry audit) คุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การดูแลในระยะสุดท้าย และการพยาบาล ผู้สูงอายุ ตรวจสอบและมีการปรับแก้ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตลอดช่วงของการเก็บข้อมูล นำข้อมูลบทสัมภาษณ์ซึ่งเป็นผลการศึกษาเบื้องต้นตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย และหลังจากการวิเคราะห์ตีความข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความเข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูล บางรายอีกครั้งเพื่อการให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมและการยอมรับข้อมูลผลการศึกษาที่ได้ ส่วนข้อมูลทั่วไปที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 3 เดือน เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย อายุ ตั้งแต่ 60-85 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 13 ราย และเพศชาย จำนวน 2 ราย การศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ถึงระดับปริญญาเอก ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว บางรายมีประสบการณ์ในการดูแลระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ผลการศึกษา การบอกความจริงของความเจ็บป่วย ศึกษาใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ความหมายของการบอก

ความจริงของการเจ็บป่วย และ 2) ความต้องการต่อการบอกความจริงของการเจ็บป่วย ซึ่งความต้องการต่อการบอกความจริงของการเจ็บป่วยนี้ ประกอบด้วย เหตุผลที่ต้องการการบอกความจริง และลักษณะของการบอกความจริงที่ต้องการ

1) ความหมายของการบอกความจริงของการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลได้ให้มุมมองเกี่ยวกับความหมายของการบอกความจริงของความเจ็บป่วย ใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1. การบอกข้อมูลโดยไม่ปิดบัง 2. การให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว และ 3. การบอกสิ่งที่บันทึกจิตใจ แต่ต้องยอมรับดังข้อมูล

1.1 การบอกข้อมูลโดยไม่ปิดบัง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของการบอกความจริงของการเจ็บป่วยว่า เป็นการบอกข้อมูลทั้งหมดของความเจ็บป่วย ทั้งโรค/ความเจ็บป่วยที่เป็น ความรุนแรง อาการที่เป็นอยู่หนักหรือเบา และระยะเวลาที่เหลืออยู่ โดยไม่ต้องปิดบัง ดังคำบอกเล่า

“การบอกความจริงกันไม่ปิดบัง เราเป็นอะไรก็ไม่ให้ปิดบัง...เป็นมากเป็นน้อยก็ให้เขาบอกมา เป็นหนักเป็นเบา หรือจะตายก็บอกมาเลย...” (R2, 85 ปี)

“... บอกให้รู้บอกให้หมด เป็นโรคอะไรไม่ต้องปิดบัง มีอะไรก็บอกเลย อะไรจะเกิดก็เกิด ทำใจหมดแล้ว ...” (R6, 75 ปี)

“การที่ให้ทีมการรักษาของแพทย์บอกเรามาเลยว่า เราป่วยเป็นอะไร จะอยู่ได้นานแค่ไหน... ไม่ต้องปิดเรา ปกปิดเรา...” (U2, 65 ปี)

1.2 การให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว การบอกความจริงของความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งบอกว่า เป็นการบอกข้อมูลที่ช่วยให้ได้เตรียมตัวเองก่อนที่จะเสียชีวิต ช่วยให้มีความวางแผนชีวิต มีโอกาสได้สั่งเสียบุตรหลาน บุคคลที่รัก ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“... บอกว่าป่วยเป็นอะไรจะอยู่ได้นานอีกเท่าไร ไม่สามารถอยู่ได้หรืออยู่ได้...เราจะได้มีการเตรียมตัวก่อนตาย จะได้สั่งเสียลูกหลาน” (R7, 83 ปี)

“...การบอกว่าคุณจะมีชีวิตประมาณเท่าไร ได้วางแผนชีวิต ... พอหมอไม่มีแนวทางรักษา ก็อาจอยากให้อยู่ไปวัน ๆ...” (U7, 62 ปี)

1.3 การบอกสิ่งที่บันทึกจิตใจ แต่ต้องยอมรับ

การบอกความจริงของความเจ็บป่วยนี้ ถือเป็นสิ่งที่บันทึกจิตใจของผู้ป่วย ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายมาก แต่ผู้ป่วยและญาติก็ต้องยอมรับกับความจริงนั้น ดังตัวอย่าง

“บอกให้เรารู้ ไม่ต้องไปศึกษาเอง ... ถึงแม้ว่ามันจะบันทึกจิตใจมาก เราก็ต้องยอมรับมันในส่วนนั้น ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ก็ทำใจยอมรับได้...ถ้าบอกความจริง เขาก็อาจจะยอมรับ ญาติทุกคนก็ได้รู้ว่าการรักษาไม่ได้แล้ว (U2, 65 ปี)

2) ความต้องการต่อการบอกความจริงของการเจ็บป่วย เมื่อสอบถามมุมมองเกี่ยวกับความต้องการที่มีต่อการบอกความจริงของความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วยให้ตนเองได้รับทราบ เนื่องจากส่วนใหญ่จะรับรู้ได้เองอยู่แล้วว่ามีปัญหาสุขภาพ มีความเจ็บป่วย รวมทั้ง ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งสามารถยอมรับกับสิ่งต่าง ๆ ได้ พร้อมเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ดังข้อมูล

“... อยากให้บอก ไม่อยากให้ปล่อยให้อนุเคย ๆ โดยที่เราไม่รู้ ให้หมอเป็นคนบอกมาตรง ๆ ถ้าเป็นคนอื่นก็อาจจะไม่แน่ใจว่าที่เขาฟังมาจากหมอจะถูกต้องไหม ... ก็ให้หมอ บอกตรง ๆ” (R1, 68 ปี)

“... ต้องการ... ควรจะบอกความจริงอย่างตรงไปตรงมา ทำให้คนที่เขาได้รับทราบ ปฏิบัติกับเราได้อย่างถูกต้อง...” (U1, 61 ปี)

และเมื่อวิเคราะห์ถึงความต้องการเกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูล พบว่า มีประเด็นเกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ได้แก่ เหตุผลที่ต้องการการบอกความจริง และลักษณะของการบอกความจริงที่ต้องการ

2.1 เหตุผลที่ต้องการการบอกความจริง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย เนื่องจากเหตุผลหลายประการ ดังนี้

1) การได้ทำใจยอมรับ ผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลที่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะช่วยให้ทำใจยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้อย่างสบายและง่ายขึ้น ดังคำกล่าว

“เป็นสิ่งที่ดี ลูกจะได้รับรู้ว่าแม่เป็นนู่นเป็นนี่ ไม่ปิดบัง จะได้ทำใจได้สบาย” (R6, 75 ปี)

“มันเป็นความสำคัญครั้งสุดท้ายแล้วก็อยากรู้
อยากยอมรับ ถึงแม้จะได้เพียงรับรู้ก็ยิ่งดี... ได้ทำใจ เป็น
น้อย เป็นมาก ไหน ๆ ก็ช่วยไม่ได้อยู่แล้ว ก็ทำใจ” (U5, 61 ปี)

2) การได้วางแผนชีวิต ทำสิ่งที่อยากทำ การบอก
ความจริงของความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ
ท้ายได้ทราบถึงความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีเวลาได้สั่งเสีย บอก
ถึงความต้องการที่อยากให้ผู้อื่นทำให้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วย
ได้รับการปฏิบัติดูแลที่ครบถ้วนตามที่สั่งเสียไว้ นอกจากนี้
ตัวผู้ป่วยและครอบครัวก็สามารถวางแผนการใช้ชีวิตทั้ง
ในปัจจุบันและในอนาคตภายหลังที่ผู้ป่วยจากไป ดังคำกล่าว
“... เราจะได้รู้ เกิดไม่หาย จะได้สั่งเสีย ... มีอะไร
ในใจ เราจะได้บอกเขา ดีกว่าเราไปกะทันหัน อะไรก็ได้บอก...
บอกให้เรารู้นั้นแหละดี จะได้ทำทุกอย่างตามที่สั่งไว้ ทำที่
อยากให้เรา...” (R4, 71 ปี)

“...ควรจะเป็นความจริงอย่างตรงไปตรงมา ... เรา
และญาติพี่น้องสามารถที่จะวางแผนเกี่ยวกับชีวิตของเขาได้
ต่อไปเมื่อไม่มีเราอยู่ วางแผนชีวิต การเงิน วางแผนต่อไป
ของคนที่ยังอยู่...” (U1, 61 ปี)

2.2 ลักษณะของการบอกความจริงที่ต้องการ
ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าถึงลักษณะ วิธีการ ที่ตนเองต้องการ
เกี่ยวกับการบอกความจริงของความเจ็บป่วยที่น่าสนใจ
ดังข้อมูล

1) การบอกด้วยความเข้าใจและให้กำลังใจ ผู้ให้
ข้อมูลบอกว่า การบอกความจริงของความเจ็บป่วยนี้ ควร
ใช้การบอกแบบดี ๆ มีเหตุผลที่ช่วยให้ยอมรับได้ง่ายขึ้น มีการ
ปลอบใจ ให้กำลังใจ บอกด้วยความรักความเข้าใจ โดยอาจ
แสดงออกถึงความรัก เช่น การจับมือ การกอด เป็นต้น
อย่างจริงใจไม่เสแสร้ง การพูดบอกด้วยความเข้าใจและให้
กำลังใจนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข และผู้ที่อยู่ในระยะ
สุดท้ายมักต้องการกำลังใจ ดังคำพูด

“ต้องการให้มีคนบอก บอกแบบดี ๆ พูดปลอบใจ
เพราะว่ามันเป็นสิ่งที่ฟังแล้วรี้นหู...การพูดให้กำลังใจมันทำให้
เรามีความสุขว่าการพูดร้ายร้าย...” (R7, 83 ปี)

“การบอก ควรบอกด้วยความรักและความเข้าใจ
ให้กำลังใจ มีเหตุผลให้เรายอมรับได้ คนป่วยต้องยอมรับ
ได้รับดั่งนี้ ...มีท่าทีแสดงออกถึงความรัก เช่น จับมือ
กอด หอม... เพราะเราต้องการกำลังใจ” (U1, 61 ปี)

2) การคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การบอกความจริงกับผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ควรคำนึงถึง
สภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก หากผู้ป่วยอาการไม่หนักมาก
สามารถยอมรับทำได้ ก็ควรบอกความจริง แต่ถ้าอาการหนัก
ทำใจไม่ได้ ก็ไม่ควรบอก เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสะเทือนใจ
หมดกำลังใจ และอาการหนักขึ้นได้ ดังคำกล่าว

“.... ขึ้นอยู่กับคนไข้ ถ้าคนไข้ทำใจได้ ก็บอก
ความจริงเลย ถ้าคนไข้ทำใจไม่ได้ ก็ไม่ต้องบอก บางทีบอก
ความจริงไปเขาก็จะยิ่งหนักไปเลย...” (R5, 65 ปี)

“ก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์วิกฤตไหม มันอยู่กับ
สถานการณ์และเหตุผล ถ้าเราบอก เขาอาจท้อ สะเทือนใจ..

ถ้าประคองไม่อยู่แล้ว ก็ต้องบอก ถ้าไม่เป็นเยอะก็ไม่
ต้องบอก ต้องดูตามสถานการณ์...” (U4, 65 ปี)

3) การพูดบอกแบบตรง ๆ การบอกความจริงของ
ความเจ็บป่วย ควรใช้การบอกแบบการพูดบอกตรง ๆ ไม่ต้อง
ปิดบัง หรือหลอกลวง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวัยสูงอายุ
มีความพร้อม สามารถทำใจยอมรับได้แล้ว

“... อยากให้บอกตรง ๆ เป็นนั่นเป็นนี่ จะได้รับการ
ใหม่ ไม่ต้องอ้ออึ้งเลย ...สมัยนี้ถ้าไม่บอกเราก็ไปหาเองได้
ไม่ต้องมาหลอกเราหรอก ...” (R1, 68 ปี)

“อยากให้บอกตรง ๆ ไม่เสียใจ พร้อมแล้ว เพราะ
อายุมากแล้ว พร้อมทุกอย่างแล้ว ไม่คิดอะไรแล้ว อยู่ได้แค่นี้
ก็ดีแล้ว” (R2, 85 ปี)

“อยากให้บอกตรง ๆ เลย ไม่ต้องปิดบัง บอกแล้ว
เราจะได้สบายใจ ไม่คาใจ โทกไม่ดีหรอก ไม่มีความจริง
บอกความจริงมาเลย ...” (R6, 75 ปี)

4) การบอกแบบอ้อม ๆ ค่อย ๆ บอก มีผู้ให้ข้อมูล
บางส่วนที่ไม่ต้องการให้บอกความจริงแบบตรง ๆ ควรบอก
แบบอ้อม ๆ เนื่องจากเกรงว่าจะทำให้ตนเองเสียกำลังใจ
ทำใจยอมรับกับข้อมูลที่บอกให้ทราบไม่ได้ ดังข้อมูล

“... อยากให้บอกแบบอ้อม ๆ แล้วค่อยเข้าประเด็น
ความจริงของความเจ็บป่วย ไม่ต้องบอกตรง ๆ บุคลากร
ทางการแพทย์ไม่ต้องบอกตรง ๆ ว่ารักษาไม่ได้แล้ว พูดจาให้
นุ่มนวล อยากฟังแบบอ้อม ๆ เช่น ได้ลองยาตัวนี้แล้ว
อยากลองตัวไหนอีกไหม เราได้ใช้ยาที่ดีที่สุดแล้ว ด้วยวัย
ด้วยอายุที่มากก็อาจจะรักษาลำบาก...เพราะกลัวทำใจไม่ได้
ไม่อยากรับฟังอะไรโดยตรง เสียกำลังใจ ก็ให้ค่อย ๆ บอกเรา”
(U2, 65 ปี)

5) การบอกความจริงกับบุคคลที่พร้อม ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า การบอกความจริงของความเจ็บป่วยที่ตนเองต้องการส่วนหนึ่ง คือ การบอกความจริงให้กับบุคคลที่มีความพร้อม คือ ผู้ที่มีจิตใจที่เข้มแข็ง ซึ่งควรเป็นญาติมากกว่าตัวผู้ป่วย เพราะในระยะสุดท้ายผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ ไม่มีการตอบสนอง ข้อมูลที่บอกไปอาจจะไม่มีความหมายกับผู้ป่วยแล้ว ดังคำกล่าว

“อยากให้บอกกับคนที่มีความพร้อม จิตใจที่พร้อมเข้มแข็ง คนบอกก็ต้องมีข้อมูลพร้อม มีเวลาที่จะคุยกับคนไข้ และญาติพี่น้อง ...” (U1, 61 ปี)

“...ให้หมอบอกกับญาติ ตอนนั้นเราไม่รู้ มันหายไปแล้ว ร่างกายเราไม่ตอบสนองแล้ว...คนที่จะรับรู้ความจริงคือญาติ คิดว่าตอนนั้นคนไข้ไม่รู้เรื่อง ก็ไม่มีความหมายอะไรแล้วกับคนไข้” (U3, 68 ปี)

6) การบอกให้ทราบเป็นระยะ ไม่ควรบอกแค่ช่วงท้าย ลักษณะของการบอกความจริงของความเจ็บป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ คือ การบอกข้อมูลให้ทราบเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ไม่ควรบอกแค่ช่วงท้ายของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำอะไรได้แล้ว

“... การบอกความจริงต้องบอกไปตามหลักวิชาการ ไม่ควรใช้หลักความเชื่อ ... จะมีการรักษาสัปดาห์ไหน ให้บอกสถานการณ์ตามลำดับไป บอกเป็น Step Step ไม่ควรบอกเมื่อสายไป เช่น คุณจะอยู่ได้อีก 1 เดือนเพราะบางอย่างมันก็เปลี่ยนแปลงได้ ...” (U4, 65 ปี)

นอกจากนี้ มีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่**ไม่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย ด้วยเหตุผลบางประการ** ดังข้อมูลต่อไปนี้

1) กลัวความจริงที่จะรู้ ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย เพราะเกรงว่า เมื่อได้ทราบแล้วก็จะคิดและหวาดกลัวได้

“ไม่ต้องบอกเพราะเราอาจจะกลัว ป้าอาจจะไม่ถามว่าเป็นอะไร ไม่อยากรู้ สมมุติเขาบอกว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ก็ต้องเสีย ก็รู้ว่าจะต้องตาย มันก็ต้องมีคิด ไม่คิดก็เกินไปไม่ได้” (U3, 68 ปี)

2) รู้แล้วเกิดความทุกข์ ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย เพราะคิดว่า ข้อมูลความเจ็บป่วยที่ได้รับรู้นี้จะทำให้ตนเองเกิดความทุกข์

ความเครียดได้ ก็ขอเลี่ยงความสะเทือนใจต่าง ๆ โดยไม่ต้องบอกให้ทราบ

“ไม่ต้องการ คือคิดว่าเขาบอกคงเป็นทุกข์เรา ไม่ต้องการรับรู้ ไม่อยากให้บอก ถ้าบอกเขาคงเครียด เราก็เครียด ถ้าอะไรก็ตามที่เป็นเรื่องสะเทือนใจ เราจะเลี่ยง... ไม่จำเป็นต้องบอก วางแผนไว้หมดแล้วตั้งแต่ยังไม่ป่วย ถ้าจะไปก็คงไม่ห่วง เตรียมไว้ทุกอย่างแล้ว ห่วงแต่เรื่องจิตใจ ไม่อยากให้สะเทือนใจ จิตใจมันตีค่าไม่ได้...ผมคิดแบบนี้ เลี่ยงความสะเทือนใจ” (U4, 65 ปี)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่ได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยใน 2 ประเด็น ดังนี้

1) ความหมายของการบอกความจริงของความเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้มุมมองเกี่ยวกับความหมายของการบอกความจริงของความเจ็บป่วย ใน 3 ประเด็น คือ 1) การบอกข้อมูลโดยไม่ปิดบัง 2) การให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว และ 3) การบอกสิ่งที่บั่นทอนจิตใจ แต่ต้องยอมรับ

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายความหมายของการบอกความจริงของความเจ็บป่วยว่า หมายถึง การที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์และญาติหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ บอกกล่าวกับผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ตามความเป็นจริงโดยไม่ปิดบัง และการบอกข้อมูลนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เตรียมตัว วางแผนชีวิตของตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แม้ข้อมูลที่ได้รับทราบนี้จะบั่นทอนจิตใจตนเองก็ต้องยอมรับความเป็นจริงของความเจ็บป่วยนี้ให้ได้

การที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการบอกความจริงของความเจ็บป่วยไว้ดังข้างต้น อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-85 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี ซึ่งตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริคสัน ได้กล่าวถึงคนในวัยสูงอายุที่ถือว่าอยู่ในขั้นสูงสุดของพัฒนาการ ในขั้นที่ 8 ว่าบุคคลในช่วงวัยนี้ จะสามารถปรับตัวและยอมรับกับความเสื่อมถอยของร่างกายและภาวะสุขภาพ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และมีพัฒนาการของมุมมองที่มีต่อ

ความตาย²⁰ สามารถยอมรับความตายได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีประสบการณ์ที่เคยได้เห็นบุคคลใกล้ชิด เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ได้รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักต้องการความจริงใจและตรงไป ตรงมา เพื่อให้ตนเองสามารถยอมรับและปรับตัวได้²¹ จึงได้ให้ความหมายของการบอกความจริงว่าเป็น “การบอกข้อมูลโดยไม่ปิดบัง” และผู้ป่วยที่ได้รับทราบความจริงของความเจ็บป่วยอาจแสดงออกต่อความจริงในหลายรูปแบบ ที่พบได้บ่อยคือ การปฏิเสธความจริง ความโกรธ ความซึมเศร้า ท้อแท้ ก่อนที่จะสามารถยอมรับความจริงได้²² ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ว่า การบอกความจริงเป็น “การบอกสิ่งที่บั่นทอนจิตใจ แต่ต้องยอมรับ” เนื่องจากการได้รับรู้ความจริงของความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ อาจทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวัง และท้อถอยได้²³ แต่ก็เป็นความจริงของชีวิตที่ทุกคนต้องยอมรับกับการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ที่ไม่มีใครหนีพ้น

สำหรับการดูแลในระยะสุดท้าย การได้เตรียมตัวตายถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการตายดี ที่ต้องมีการเตรียมสำหรับการจากไป เพื่อให้กระบวนการตายผ่านไป ด้วยดี มีการสั่งลา ไม่มีสิ่งใดค้างคา ได้ทำสิ่งที่ปรารถนาให้บรรลู่ ผู้ป่วยจะต้องทราบถึงระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ของตนเอง²⁴ ได้รับการบอกกล่าวความจริงและมีการสื่อสารต่อกันที่ชัดเจน เพื่อการตระหนักรู้และยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น¹⁹ ดังนั้น การบอกความจริงของการเจ็บป่วย เช่น การดำเนินของโรค ระยะเวลาของการมีชีวิต จึงถือเป็นข้อมูลเพื่อการได้เตรียมตัวและการได้วางแผนชีวิตที่มีความสำคัญต่อการตายดี จากข้อมูลดังกล่าวจึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการบอกความจริงว่าเป็น “การได้เตรียมตัววางแผนชีวิต”

ผลการศึกษาครั้งนี้ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Surakul และคณะ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง 5 ลักษณะ คือ 1) เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องเลวร้าย 2) เป็นการบอกถึงสิ่งไม่พึงประสงค์ 3) เป็นสิ่งที่บั่นทอน/ทำลายความหวัง 4) เป็นสิ่งชี้แนวทางการรักษา และ 5) เป็นสิ่งขัดขวางความกังวล/ความอึดอัด⁸

2) ความต้องการของผู้สูงอายุต่อการบอกความจริงของความเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย เนื่องด้วยเหตุผล 1. การได้ทำใจยอมรับ และ 2. การได้วางแผนชีวิต ทำสิ่งที่อยากทำ โดยลักษณะของการบอกความจริงที่ต้องการประกอบด้วย 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) การบอกด้วยความเข้าใจและให้กำลังใจ 2) การคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 3) การพูดบอกตรง ๆ 4) การบอกแบบอ้อม ๆ ค่อย ๆ บอก 5) การบอกความจริงกับบุคคลที่พร้อม และ 6) การบอกให้ทราบเป็นระยะ ไม่ควรบอกแค่ช่วงท้าย

การที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการมีอายุที่มากขึ้นทำให้ได้สัมผัสประสบการณ์จากการได้พบเห็นผู้เจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้ายมากกว่าวัยอื่น จึงทำให้ยอมรับและต้องการการบอกความจริงของความเจ็บป่วยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thongcharoen และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความต้องการที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สองอันดับแรก คือ การได้รับคำปรึกษาและข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และการได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่ เป็นจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค¹⁸ เนื่องจากการบอกความจริงของความเจ็บป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงการดำเนินของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเจ็บป่วย มีโอกาสได้วางแผน ได้ล่ำลา และได้รับความช่วยเหลือตามที่ตนเองต้องการ⁹

การที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ “การบอกด้วยความเข้าใจ และให้กำลังใจ และต้องคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ” อาจเนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายถือเป็นผู้ที่เพราะบาง มักจะต้องการการสื่อสารที่เปี่ยมไปด้วยความรักความเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความหวังใจ กำลังใจ การประคับประคอง และความเมตตา⁹ ซึ่งสอดคล้องกับหลักเบื้องต้นของการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ทักษะความใส่ใจ ที่ควรคำนึงทั้งเนื้อหาคำพูด น้ำเสียง ท่าทางการแสดงออก 2) ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ที่เป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสาร ซึ่งสังเกต กิริยาท่าทาง และน้ำเสียงที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อช่วยให้เข้าใจ

ความหมายของคำพูดที่ได้ยินมากขึ้น และเป็นการให้เกียรติผู้พูด และ 3) ความเข้าใจหรือความเห็นใจ เป็นผลที่เกิดจากการสนทนา ความเห็นใจเป็นความเข้าใจในประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ซึ่งจะช่วยให้สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ กับผู้ป่วยได้ดีขึ้น²² จากผลการศึกษาของ Surakul และคณะ ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 ราย ที่เคยได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากทีมสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า วิธีการบอกความจริงของทีมสุขภาพ มี 4 ลักษณะ คือ 1) บอกเมื่อพร้อมที่จะรับรู้ 2) บอกความจริงผ่านผู้อื่น 3) บอกตรง ๆ ทันทีที่พร้อมมั่นใจ และ 4) บอกว่าเป็นเนื้อร้ายแทนคำว่ามะเร็ง นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ชอบการบอกความจริงที่ตรงเกินไปให้มีการเบี่ยงเบนความจริงในลักษณะที่ยอมรับได้ ในกรณีที่เป็นความจริงที่ยากจะยอมรับ⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบลักษณะที่ต้องการ คือ “การบอกแบบอ้อม ๆ ค่อย ๆ บอก การบอกความจริงกับบุคคลที่พร้อม และการบอกให้ทราบเป็นระยะไม่ควรถูกบอกแค่ช่วงท้าย”

นอกจากนี้ มีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่**ไม่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย** ด้วยเหตุผล 1) กลัวความจริงที่จะรู้ และ 2) รู้แล้วเกิดความทุกข์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบอกความจริงของความเจ็บป่วย อาจเป็นการแจ้งข่าวร้าย ที่เกรงว่าผู้ป่วยจะทำใจไม่ได้²¹ ข้อมูลที่ผู้ป่วยรับรู้เปรียบเหมือนกับคำพิพากษาที่กำหนดอนาคตทุกอย่างของผู้ป่วยและญาติ⁴ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนไม่ต้องการให้บอกความจริงที่อาจจะเป็นข่าวร้าย เนื่องจากข่าวร้ายเป็นข้อมูลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง และทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบแก่ผู้ป่วย²³

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อาจมีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ โดยคำนึงถึงเรื่องของเพศหญิงและเพศชายที่อาจมีความ

แตกต่างในเรื่องความคิดและการตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้บอกความจริงและมีบางส่วนที่ไม่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การบอกความจริงของความเจ็บป่วยกับผู้สูงอายุ เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก เพราะผู้สูงอายุบางรายอาจต้องการให้บอกความจริงและบางรายอาจไม่ต้องการให้บอกความจริงของความเจ็บป่วย

2. ผู้ที่บอกความจริงของความเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุ ควรมีความเข้าใจและคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ในระยะสุดท้ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และแม้จะอยู่ในระยะใกล้ตายผู้สูงอายุก็ต้องการกำลังใจจากครอบครัว ผู้ที่ดูแล และทีมสุขภาพ และผู้ที่บอกความจริงของความเจ็บป่วยควรเป็นผู้มีเทคนิคการสื่อสารที่ดี โดยรู้ว่าผู้ป่วยรายใดที่สามารถบอกความจริงได้แบบตรง ๆ ไม่ปิดบัง หรือต้องบอกความจริงแบบอ้อม ๆ และการบอกความจริงนี้ ควรบอกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ไม่ควรถูกบอกแค่ช่วงท้ายของความเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

นักวิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้นี้ไปทำการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการบอกความจริงของความเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุนระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยลดปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรมให้กับทีมสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยด้านจริยธรรมทางการแพทย์ ประจำปี 2562 จากสภาการพยาบาล และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่กรุณาบอกเล่าข้อมูลที่มีคุณค่าจนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี

References

1. Sittichanbuncha Y, Paisansuthideth U, Pawinwat S. National forum of palliative care: the harmony of education to service; 2011 Feb 21-23; Bangkok, Thailand. Bangkok: Offset Creation; 2011. (in Thai).
2. Sanprasarn P, Chaleoykitti S. Ethical judgment in risks of nursing practice among Thai nurses as perceived by nursing administrators. The Royal Thai Army Nurses J 2017; 18(1):194-205. (in Thai).
3. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. What are the palliative care needs of older people and how might they be met? [internet]. 2004 [cited 2019 March 5]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74688/E83747.pdf Copenhagen: World Health Organization
4. Getpook C. Truth telling. Songkla Med J 2003; 21(3):223-29. (in Thai).
5. Elshamy K. Cultural and ethical challenges in providing palliative care for cancer patients at the end of life. Palliative Medicine and Hospice Care 2017; SE(1): S75-84.
6. Panuthai S, Srirat C, Wonghongkul T. Characteristics of a good death as perceived by related people in the upper northern Thai context. J of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(4):35-53. (in Thai).
7. Thaipradit S. Role of nurse for advance care plan in critical patient. Nursing J 2017; 44(4):189-194. (in Thai).
8. Surakul J, Chaowalit A, Phantusena C, Suttharangsee W. Experiences of patients in being told the truth about their illnesses from member of the health team. Songkla Med J 2002; 20(4): 241-49. (in Thai).
9. Wuthiphongpat P. Palliative care according to the religious beliefs and the living will. Veridian E-J, Science and Technology Silpakorn University 2016; 3(6):149-161. (in Thai).
10. Xue D, Wheeler JL, Abernethy AP. Cultural difference in truth-telling to cancer patients: Chinese and American approaches to the disclosure of bad news. Prog in Palliat Care 2011; 19(3):125-131.
11. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkla: Chanmuang Press; 2011. (in Thai).
12. Pattniboon W, Pratunon J, Kaewmafai J. Model development of palliative care for elderly with end stage chronic illnesses at medical unit II, Loi Et hospital; 2012. (in Thai).
13. Rachawat W, Kunsongkeit W, Kangchai W. Caring need and the caring need response of family members of terminal cancer patients. J of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019; 35(1): 153-162. (in Thai).
14. Pungchompoo W, Losawadkul S. Ethical dilemmas and ethical decision making of nurses working in Intensive Care Units. Nursing J 2006; 33(1):177-188. (in Thai).
15. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. J of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014; 30(1): 100-109. (in Thai).

16. Somanusorn S, Hattkit U, Nilmanat K. Caring for a relative at the end of life to die peacefully in the Thai buddhist culture. *J of Faculty of Nursing Burapha University* 2011; 9(2):28-41. (in Thai).
17. Shaw S. Exploring the concepts behind truth-telling in palliative care. *Int J of Palliat Nurs* 2008; 14(7):356-59.
18. Thongcharoen V, Viripiomgool S, Praditsuwan R, Peachpansri S, Sukkapathanasrikul S. Palliative and end of life care model for older adults. *J Pub Health Dev.* 2017; 15 (Suppl.1):S38-59. (in Thai).
19. Phothisita C. The art and science of qualitative research, 3rd ed. Bangkok: Amarin printing & publishing; 2007. (in Thai).
20. Miller CA. Nursing for wellness in older adults, 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
21. Pongsiri C. Experience of caring for terminal patients for a good death: case study. *Thai Red Cross Nursing J* 2018; 11(2):1-14. (in Thai).
22. Tongprateep T. Spirituality: a dimension of nursing. Bangkok: Chulalongkorn University printing; 2009. (in Thai).
23. Pancharoen C, Plubrukarn R, Thisayakorn U. editors. Communication skills: principle of effective communication. Bangkok: Pediatric society of Thailand; 2007. (in Thai).

บทความวิจัย

อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

The Influence of Protective Factors on Mental Health Among Community-Dwelling Older Adults

Received: Oct 2, 2020

Revised: Oct 15, 2020

Accepted: Oct 27, 2020

สุกัญญา แก่นงูเหลื่อม พย.ม. (Sukanya Kanngooluem, M.N.S)¹ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ปร.ด. (Pornpat Hengudomsub, Ph.D.)²จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส ปร.ด. (Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: สุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลทุกช่วงวัย รวมทั้งวัยสูงอายุ โดยมีปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามทั้งงานวิจัยกำหนด จำนวน 115 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพจิต ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .90, .94, .75, .88 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 48.64 (SD = 4.50) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติของคนทั่วไป ปัจจัยปกป้องที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ($\beta = .334, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ($\beta = .279, p < .01$) และการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .189, p < .05$) โดยสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 32.04 ($R^2 = .320, p < .001$)

สรุปผล: ปัจจัยปกป้องที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และการมองโลกในแง่ดี

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ควรเน้นการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยปกป้อง

ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: sukanya54110088@gmail.com

² Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: pornpat12@yahoo.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: jinjuthatawan@gmail.com

Burapha University, Chon Buri, Thailand

Abstract

Introduction: Mental health is associated with humans' potential and quality of life across life span, including elderly. Protective factors serve as positive factors that help promote mental health among these seniors.

Research objectives: This study aimed to describe mental health and its protective factors among older adults residing in Muang District, Nakhon Ratchasima Province.

Research methodology: This was a predictive correlational study which collected data with 115 older adults who met the inclusion criteria. Research instruments were: personal information, mental health, health literacy, perceived self-care efficacy, optimism, religious commitment and practices, and multi-dimensional social support. Cronbach's alphas of the instruments were .88, .90, .94, .75, .88 and .91, respectively. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis.

Results: Results revealed that the sample rated their overall mental health as normal (Mean = 48.64, SD=4.50). The protective factors which significantly predicted mental health included health literacy ($\beta = .334$, $p < .001$), multi-dimensional social support ($\beta = .279$, $p < .01$), and optimism ($\beta = .189$, $p < .05$). These factors together explained 32.04% of the variance in mental health ($R^2 = .320$, $p < .001$).

Conclusion: The protective factors which significantly predicted mental health included health literacy, multi-dimensional social support, and optimism.

Implications: Nurses and healthcare providers should develop programs or activities using health literacy, optimism, and multi-dimensional social support. These are significant protective factors for mental health among the older adults.

Keywords: mental health, older adults, protective factors

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่ปรากฏขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่าส่วนใหญ่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีกไม่ช้า นับเป็นความท้าทายที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องเผชิญ จากการสำรวจขององค์การสหประชาชาติ¹ พบว่ามีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 703 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 ประชากรสูงอายุในประเทศไทยก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับนานาประเทศ โดยปัจจุบันประเทศไทยถือเป็นสังคมสูงอายุ (Aging society) ซึ่งเป็นสังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2560 ของประชากรทั้งหมด จำนวน 65.5 ล้านคน ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี² จำนวนผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มสูงขึ้นดังกล่าว ทำให้องค์การอนามัยโลก ตลอดจนรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับประชากรสูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต³ จังหวัดนครราชสีมาซึ่งผู้วิจัยทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดในประเทศไทย และมีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศ จำนวน 435,347 คน⁴ และจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ ได้แก่ โรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า 3.28 ต่อประชากร 1,000 คน และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 64.88 มีความชุกของภาวะสมองเสื่อม 10.29 ต่อประชากร 1,000 คน⁵

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกายในหลาย ๆ ด้าน ผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ด้วยอายุที่ยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน⁷ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว พบว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพจิตจากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่ำกว่าของคน

ทั่วไป โดย 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มียาปัญหาด้านสุขภาพจิต อันมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงและค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป³ รวมทั้งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มักพบกับความสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือคนใกล้ชิด และเศรษฐกิจทางสังคม การเกษียณจากงานหรือเกิดความพิการ ทำให้ประสบกับภาวะโดดเดี่ยวและเกิดความทุกข์ทางใจ ผู้สูงอายุจึงเป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต⁶ จากการศึกษาพบว่าปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม³ ทั้งนี้ผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่มีปัญหาสุขภาพจิตในประเด็นนี้เช่นกัน

ภาวะสุขภาพจิต ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก⁷ หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาวะที่ดี มีความเข้าใจในศักยภาพต่าง ๆ ของตนเอง สามารถจัดการปัญหาความเครียดโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม และสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตนเองและสังคม ภาวะสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นั่นหมายถึง หากผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดี สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ก็จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีได้ ทั้งนี้หนึ่งในปัจจัยสำคัญของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีคือ ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ซึ่งปัจจัยปกป้องกันนั้นประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคลหรือปัจจัยภายใน (Internal or individual factors) และปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อม (External or environmental factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยปกป้องที่สำคัญซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุและเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยจะจงศึกษาในงานวิจัยนี้ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดี ความฉลาดทางสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติตนหรือจัดการตนเองด้านสุขภาพ วัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเสื่อมทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านการมีความฉลาดทางสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการตระหนักและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael et al.⁹ ที่พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .170, p < .001$)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ถือเป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเช่นกัน เป็นกิจกรรมของบุคคลที่มีวุฒิภาวะในการดูแลปรับปรุง และพัฒนา เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลลงใจกระทำอย่างมีเป้าหมายในการปรับตัว เพื่อที่จะควบคุมดูแลปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล ทำให้บุคคลมีความสุขในชีวิต การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจึงมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลงไปและอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะหากผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจ มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shou et al.¹⁰ ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .625, p < .05$)

การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต ในการเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ด้วยการมีทัศนคติเชิงบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อลดความกดดันที่มีต่อสถานการณ์และการมีอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ตึงเครียดได้ดี ลดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า¹¹ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Sangphrachan¹² ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รู้จักปล่อยวาง และเข้าใจชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Menendez et al.¹³ ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.342, p < .01$)

ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา เป็นอีกปัจจัยปกป้องที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีเหตุการณ์หลายอย่างเกิดขึ้น เช่น การเกษียณจากการทำงาน การที่ลูกหลานขอให้หยุดทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาและมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น ศาสนาจึงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขสงบและสบายใจ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสติและสมาธิ เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ยากต่อการปรับตัว³ สอดคล้องกับการศึกษาของ King et al.¹⁴ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.123, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล โดยการสนับสนุนเหล่านี้ได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่น ที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทางบวกให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ การได้รับความช่วยเหลือจากลูกหลาน การมีมิตรภาพและความสัมพันธ์ สัมพันธภาพที่ดี

กับบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการดำเนินชีวิต¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Harada et al.¹⁶ ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .331, p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความสุข และความผาสุก เป็นต้น รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมายังมีค่อนข้างจำกัด และไม่พบการศึกษานี้ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตจังหวัดนครราชสีมา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยปกป้องที่จะส่งผลทางด้านบวกต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ย้ำถึงความสำคัญของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิต ทั้งยังได้เสนอแนะให้มีการส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้ให้มีความเข้มแข็งขึ้น การทราบถึงอิทธิพลของปัจจัยปกป้องเหล่านี้ ย่อมนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมปัจจัยปกป้องให้มีความเข้มแข็งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกายและจิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้อง ได้แก่

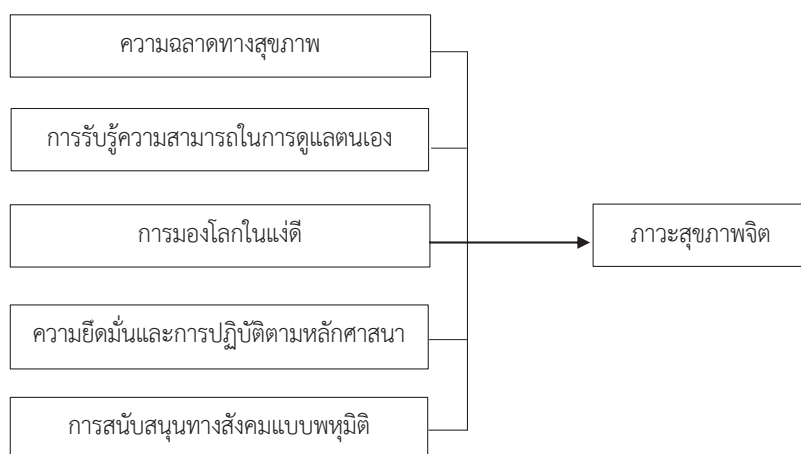
ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดภาวะสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก^{7,17} ภาวะสุขภาพจิตที่ดีนั้น เป็นภาวะที่บุคคลสามารถที่จะปรับตัวและมีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมดุล หากผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดี สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ก็จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่หากไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นมีทั้งปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ซึ่งปัจจัยปกป้องกันนั้นเป็นปัจจัยที่ช่วยในการปรับหรือเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยปกป้องที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และผู้วิจัยเจาะจงศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องภายในหรือปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ หากผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งของปัจจัยปกป้องเหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 42,651 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้ 1) มีสัญชาติไทย 2) สามารถได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีประวัติโรคสมองเสื่อมจากการวินิจฉัยของแพทย์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เพื่อหาปัจจัยทำนาย ที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยมีจำนวนตัวแปรทำนาย (Predictors) = 5 ตัวแปร ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test = .80) และ ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size = .13) อ้างใน Polit and Beck¹⁸ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 105 คน

เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวน 10 คน ดังนั้นในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 115 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มในระดับตำบล จากนั้นสุ่มในระดับหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เครื่องมือที่ใช้เหล่านี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีการนำไปใช้ในงานวิจัยกับผู้สูงอายุไทยมาก่อนแล้ว และผู้วิจัยได้นำแบบวัดเหล่านี้มาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมิได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ ทั้งนี้ก่อนนำแบบวัดเหล่านี้ไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำแบบวัดเหล่านี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) รายละเอียดของเครื่องมือมีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต (Mental health) ผู้วิจัยใช้แบบวัดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Mental Indicator-15 (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต¹⁹ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนรวม 15-60 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี แบบสัมภาษณ์นี้ได้มีการนำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุ โดยในงานวิจัยของ Chaidachatorn²⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) พัฒนาโดย Srithanee²¹ เป็นการประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านความรู้เท่าทันสื่อ มีข้อคำถาม 15 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 0-60 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า แบบสัมภาษณ์นี้มีการนำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุโดยในงานวิจัยของ Srithanee²¹ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Perceived self-care efficacy) โดย Kangchai²² ได้แปลมาจากแบบวัดต้นฉบับของ Evers et al.²³ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 24-120 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึง มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า แบบสัมภาษณ์นี้มีการนำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุ โดยในงานวิจัยของ Wichadee²⁴ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ใช้แบบวัดฉบับภาษาไทยที่ Yodrakang²⁵ แปลมาจากแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ของ Scheier et al.²⁶ มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 0-40 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมองโลกในแง่ดีมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า แบบสัมภาษณ์นี้มีการนำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุโดยในงานวิจัย

ของ Chussanachote²⁷ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious commitment and practices) งานวิจัยนี้ใช้แบบวัดที่ Chussanachote²⁷ ดัดแปลงมาจากแบบวัดต้นฉบับของ Mahiphun²⁸ เป็นการประเมินความเชื่อ ความศรัทธาและการนำหลักคำสอนของศาสนามาใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต มีข้อคำถาม 6 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 6-30 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า แบบสัมภาษณ์นี้มีการนำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุโดยในงานวิจัยของ Chussanachote²⁷ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional social support) เป็นแบบวัดที่ Chuntarawongsa²⁹ ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Dahlem et al.³⁰ เป็นการประเมินใน 3 มิติ คือการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ๆ มีข้อคำถาม 12 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 12-84 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า แบบสัมภาษณ์นี้มีการนำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุโดยในงานวิจัยของ Chuntarawongsa et al.²⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2563 รหัสจริยธรรม G-HS 036/2563 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยและเพื่อดำเนินการวิจัย ลงนามโดยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำการศึกษ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของการวิจัย และชี้แจงให้

ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจ และให้ความมั่นใจให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยว่าคำตอบจะไม่กระทบต่อการได้รับบริการการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม minitab¹⁷ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) กำหนดระดับความนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 71 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.26 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.10 อาศัยอยู่กับบุตร หลาน ร้อยละ 79.10 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 82.60 แหล่งที่มาของ

รายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.10 ผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ย 7,455 บาทต่อเดือน รายได้ที่ได้รับเพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 68.70 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.00 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.64 ($SD = 4.50$) ซึ่งถือว่ามีความสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป เมื่อจำแนกตามระดับภาวะสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.43 ($M = 46.98, SD = 1.50$) รองลงมาคือ มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.22 ($M = 54.96, SD = 2.82$) และมีเพียงร้อยละ 4.35 ($M = 38.80, SD = 3.11$) ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ดังแสดงในตารางที่ 1

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเท่ากับ 36.39 ($SD = 7.71$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 94.75 ($SD = 11.13$) คะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 27.94 ($SD = 3.08$) คะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาเท่ากับ 26.66 ($SD = 2.83$) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติเท่ากับ 65.41 ($SD = 8.74$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนน และระดับภาวะสุขภาพจิต ($n = 115$)

ตัวแปร	n (%)	M	SD	Possible range	Actual range
สุขภาพจิต (โดยรวม)	115 (100)	48.64	4.50	15-60	35-60
สุขภาพจิต (จำแนกตามระดับ)					
ดีกว่าคนทั่วไป	29 (25.22)	54.96	2.82	51-60	51-60
ปกติเท่ากับคนทั่วไป	81 (70.43)	46.98	1.50	44-50	44-50
ต่ำกว่าคนทั่วไป	5 (4.35)	38.80	3.11	15-43	35-42

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนตัวแปรที่ศึกษา (n = 115)

ตัวแปร	M	SD	Possible range	Actual range
ความฉลาดทางสุขภาพ	36.39	7.71	0-60	18-56
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	94.75	11.13	24-120	60-120
การมองโลกในแง่ดี	27.94	3.08	0-40	20-35
ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา	26.66	2.83	6-30	23-30
การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ	65.41	8.74	12-84	50-84

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความฉลาดทางสุขภาพ	1.00					
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	.461***	1.00				
3. การมองโลกในแง่ดี	.291**	.298**	1.00			
4. ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา	.267**	.581***	.101	1.00		
5. การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ	.303**	.472***	.010	.550***	1.00	
6. ภาวะสุขภาพจิต	.474***	.421***	.289**	.301**	.383**	1.00

** $p < .01$, *** $p < .001$

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 115)

ตัวแปร	b	SE	β	t
Constant	24.40	4.14	-	5.90***
ความฉลาดทางสุขภาพ	.195	.050	.334	3.89***
การมองโลกในแง่ดี	.276	.120	.189	2.30*
การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ	.144	.042	.279	3.40**

$R^2 = .320$, Adjust $R^2 = .302$, $F = 17.44$

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

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษาคือ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .474$, $r = .421$, $r = .383$, $p < .001$ ตามลำดับ) การมองโลกในแง่ดี และความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .289$, $r = .301$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.04 ($R^2 = .320$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ($\beta = .334$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ($\beta = .279$, $p < .01$) และการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .189$, $p < .05$) ซึ่งขนาดอิทธิพลของตัวแปรตามลำดับการเข้าสมการ ดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.64 ($SD = 4.50$) ซึ่งถือว่าภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Muijeen³¹ ที่พบว่าระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดปทุมธานี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.48 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่แสดงถึงการมีภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป เมื่อพิจารณาตามระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่พบสูงสุด คือ มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.43 ($M = 46.98, SD = 1.50$) ในงานวิจัยนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 81 คน ที่มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.43 ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุมียาเฉลี่ย 71 ปี ซึ่งถือเป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลางที่ยังสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.10 ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว โดยพบว่าอาศัยอยู่กับบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 79.10 และอยู่บ้านของตนเอง การที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว จึงอาจเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุเหล่านี้ สอดคล้องกับรายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข³² ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และการมองโลกในแง่ดี โดยสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 32.04 ($R^2 = .302, p < .001$) อภิปรายได้ดังนี้

2.1 ความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า เป็นหนึ่งในปัจจัยปกป้องที่ทำการศึกษาและพบว่ามียิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($\beta = .334, p < .001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่ยังมีร่างกายแข็งแรง สามารถออกนอกบ้าน พบปะ

เพื่อนฝูง อาศัยอยู่กับบุตร หลาน ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการดำเนินชีวิต และมีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ซึ่งได้รับการบริการสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้ามามีบทบาทดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้พื้นที่อาศัยของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง เขตเทศบาล ทำให้มีโอกาสในการเข้าถึงสถานพยาบาลและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่สูงกว่า และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีความสามารถและทักษะที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติตนหรือจัดการตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ นำไปสู่การมีสุขภาพกายที่ดี เมื่อมีสุขภาพกายดี ย่อมช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael et al.⁹ ที่พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .170, p < .001$)

2.2 การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นปัจจัยปกป้องลำดับที่สองที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($\beta = .279, p < .01$) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่น ๆ เช่น บุคคลที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีบุคคลคอยช่วยเหลือ เอาใจใส่ การมีมิตรภาพและความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความเคารพ ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ในด้านต่าง ๆ จากลูกหลานและผู้คนใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงในการดำเนินชีวิต¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Harada et al.¹⁶ ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .331, p < .05$) และการศึกษาของ Yoelao et al.³³ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.3 การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องลำดับที่สามที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($\beta = .189, p < .05$) อธิบายได้ว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นพลังแห่งความคิดและความเชื่อในทางบวก เช่น การมีความเชื่อว่าจะมีสิ่ง

ที่เกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความหวังและเชื่อมั่นว่าตนเองจะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้²⁷ ในวัยสูงอายุ หากผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ จะช่วยลดความกดดันที่มีต่อสถานการณ์และช่วยให้มีอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ตึงเครียดได้ดี ช่วยลดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า²⁷ การมองโลกในแง่ดีจึงเป็นอีกคุณลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Sangphrachan¹² ที่พบว่า การมองโลกทางบวกหรือการมีชีวิตที่คิดบวก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รู้จักปล่อยวาง และเข้าใจชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Menendez et al.¹³ ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.342, p < .01$) และสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลได้

ในส่วนของปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา พบว่าไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่า การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล โดยผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่สูงเป็นส่วนใหญ่ การขาดความหลากหลาย (variation) ของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจึงทำให้ตัวแปรนี้ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ ส่วนปัจจัยความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่า การศึกษาในครั้งนี้ค่อนข้างเน้นไปที่การศึกษาด้านหลักคำสอนของศาสนาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและความรู้สึกสบายใจของบุคคลมากกว่าการศึกษาด้านการทำกิจกรรมทางศาสนา ความไม่ครอบคลุมในการวัดในมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับศาสนาจึงอาจทำให้ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยเน้นการส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เช่น ความฉลาดทางสุขภาพ โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ โดยการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพจากครอบครัวและเพื่อนสมาชิกของผู้อายุ และการมองโลกในแง่ดี เช่น การส่งเสริมความคิดทางบวก การพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความหวังของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จากหลายพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย และการนำไปใช้ในการอ้างอิงสรุปผลการวิจัย (Generalization)

2. ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยบูรณาการรูปแบบงานวิจัยอื่น ๆ รวมด้วย เช่น การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่อไป

3. พัฒนางานวิจัยแบบทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านความฉลาดทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และการมองโลกในแง่ดี

References

1. United Nations. World Population Ageing 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 9]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Bangkok: Deuan Tula Printing House; 2017. (in Thai)
3. Department of Mental Health. Social, psychological care of the elderly to prevent mental health problems. 4th ed. Nonthaburi: ACTF; 2018. (in Thai)
4. National Statistical Office. Survey of the elderly in Thailand [Internet]. 2017 [cited 2019 July 18]. Available from: <http://www.nso.go.th>
5. Mental Health Center 9. Screening for depression and dementia [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 6]. Available from: <http://www.mhc9dmh.com/show.aspx?x=Status>
6. Wongsaree C. Nurses' roles in families promoting to slow progressive with early stage dementia syndrome in an older adult. *Huachiew Chalermprakiet Sci Technol J* 2018;4(2):102-11
7. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. [Internet]. 2001 [cited 2018 Sep 12]. Available from: http://www.who.int/ageing/publication/Falls_prevention7March.pdf
8. Thamrongworakun P. The development of an integrative family counseling program for improving the mental health of the elderly [doctoral's thesis]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2015. (in Thai)
9. Michael SW, Julie AG, David WB. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med* 2005;165(17):1946-52.
10. Shou J, Du Z, Wang H, Ren L, Liu Y, Zhu S. Quality of life and its contributing factors in an elderly community-dwelling population in Shanghai, China. *Psychogeriatrics J* 2018;18(2):89-97.
11. Mahitthanupap P, Sawangsopakul B. Optimism, developmental task performance and psychological well-being of the elderly in Wang Nam Khiao district, Nakhon Ratchasima province. *JSSH*. 2012;38(2):166-78. (in Thai)
12. Sangphrachan S, Chaisena Dallas J, Hengudomsub P. The meaning of self-esteem as perceived by older adults with depression [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai)
13. Menendez-Aller A, Postigo A, Montes-alvarez P, Primo FJ, Garcia E. Humeur as a protective factor against anxiety and depression. *J Clin Health Psychol* 2020;20(1):38-45.
14. King DE, Cummings D, Whetstone L. Attendance at religious services and subsequent mental health in midlife woman. *SAGE J* 2005;35(3):287-97.
15. Chanapan N. Relationship between the factors of social support and self-insight and self-regaining amongst female depression patients [master's thesis]. Nakorn Pathom: Mahidol University; 2013. (in Thai)

16. Harada K, Sugisawa H, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shimmei M. Social support, negative interactions, and mental health: Evidence of cross-domain buffering effects among older adults in Japan. *SAGE J* 2018;40(4):388-405.
17. World Health Organization. Prevention of mental disorders : Effective interventions and policy options [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43027>
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10thed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health;2017.
19. Department of Mental Health. Thai mental health indicator-15 [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp>
20. 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)
21. Srithanee K. Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the Central Part of the North-East Thailand. *JHSRI* 2017;11(1):26-36. (in Thai)
22. Kangchai W. Self-esteem, self-care agency, and quality of life in elderly. *JFONUBUU* 1998;6(1): 13-20. (in Thai)
23. Evers G, Isenberg M, Phillipsen G, Brouns G, Halfens R, Smeets H. The appraisal of the appraisal of self-care agency scale-revised. *Latino-Am. Enfermagem* 1986;25:1-9
24. Wichadee P. Factors related to hardiness of elderly living in social welfare development center for older persons [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai)
25. Yodrakang J. The study of the effects of job resources and personal Resources model on personal initiative through the mediating role of work engagement [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2011. (in Thai)
26. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *J Springer Nature* 1992;16:201-28.
27. Chussanachote W. He protective factors influence on psychological well-being among aging people [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
28. Mahiphun L. Factors related to spiritual well-being among caregivers of schizophrenic patients [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai)
29. Chuntarawongsa Y. Social support, person-environment fit, and work engagement: A Case Study of A Flight Attendant In One Airline Company [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2015. (in Thai)
30. Dahlem NW, Zimet GD, Farley GK, N.W., Zimet SG. The multidimensional scale of perceived social support. *J APA PsyNet* 1988;52(1):30-41.
31. Muijeen K. Determinants of mental health among aging. *TSTJ* 2015;23(2):306-18. (in Thai)

32. Health Systems Research Institute. The report of thailand population health examination survey IV. Nonthaburi: The graphico systems; 2009. (in Thai)
33. Yoelao D, Thammakitak P, Prasertsin U. Causes and effects of depression and anxiety disorders among the elderly in thailand. JBS 2016;11(2):51-62. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ
ร่วมกับการกำกับการรับประชนาผ่านวิดีโอในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดนนทบุรี
Effects of Information, Motivation and Behavioral Skills Model with Video-
Observed Therapy Program among New Pulmonary Tuberculosis Patients
in Nonthaburi Province

Received: Jan 9, 2021

Revised: Dec 27, 2021

Accepted: Mar 3, 2022

สุชาววัชร สมสอน พย.ม. (Suchanwat Somsorn, M.N.S.)¹ปาหนัน พิชยภิญโญ Ph.D. (Panan Pichayapinyo, Ph.D.)²สุนีย์ ละกำป็น Ed.D. (Sunee Lagampan, Ed.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: วัณโรคปอดเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของไทย ซึ่งความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่เป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ตามเวลา และยังสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้แบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ร่วมกับการกำกับการรับประชนาผ่านวิดีโอในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง 66 ราย เป็นผู้มีอายุ 20-60 ปี และผลการตรวจเสมหะเป็นบวก ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค ในจังหวัดนนทบุรี ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลและการรักษาตามปกติร่วมกับโปรแกรมการศึกษาเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การส่งเสริมการรับประทานยาสม่ำเสมอ ร่วมกับการกำกับการรับประชนาผ่านวิดีโอและการส่งข้อความสื่อกิจกรรมทุกสัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลและการรักษาตามปกติเท่านั้น ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง และผลการตรวจเสมหะ และทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Repeated Measure ANOVA และ Independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและพฤติกรรมดูแลตนเอง หลังทดลองและระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) แต่ผลการตรวจเสมหะของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

¹นักศึกษาลัทธิปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: biggieclub@gmail.com

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: panan.pic@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th
Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

สรุปผล: โปรแกรมแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ร่วมกับการกำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนผลการตรวจเสมหะ กลุ่มทดลองมีผลการตรวจเสมหะดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง แต่ผลการตรวจเสมหะดีขึ้นไม่แตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ: ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 แนะนำให้บุคลากรทางสุขภาพใช้ Video Observed Therapy (VOT) แทน Directly Observed Therapy (DOT) ในการกำกับติดตามผู้ป่วยทุกราย นอกจากช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแล้ว ยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอีกด้วย

คำสำคัญ : กำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอ วัณโรคปอด

Abstract

Introduction: Pulmonary tuberculosis (TB) is still one of the major health problems in Thailand. Knowledge and self-care behavior among these TB patients, especially in new cases, are important to help patients recover from the disease. And these can effectively prevent the spread of disease.

Research objectives: This quasi-experimental study aimed to evaluate an effect of the information, motivation, and behavioral skills model with video-observed therapy (VOT) program in new patients with pulmonary TB. Thirty-three patients were randomly allocated to different group, an experimental group and a comparison group. Inclusion criteria were patients: (a) aged 20 to 60 years old with Acid-Fast Bacilli (AFB) positive result; and (b) who registered in a TB clinic located in Nonthaburi province. The experimental group received a routine care combined with 8-week intervention educational session, including infection control, drug adherence, and side-effect management. Also, they were provided with VOT and weekly sending info graphic message. The comparison group received only a routine care. Data were collected using a set of self-administered questionnaires such as individual knowledge of TB, self-care behavior, and sputum test result. Data were analyzed using Chi-square test, Repeated Measure ANOVA, and independent t-test.

Results: Findings revealed that among the participants in the experimental group, TB knowledge, and self-care behaviour were found to be significantly improved between baseline and follow-up (8- and 12-week) ($p < .05$). At follow-up, between-group significant differences were also found on TB knowledge, and self-care behaviour ($p < .05$).

At follow-up, the sputum test among the participants in the experimental group at 8- and 12-week were more significantly improved than those at baseline ($p < .05$). However, there was not significantly different on testing result between groups at the end of the study.

Conclusion: At follow-up, Information, motivation, and behavioral skills model with VOT program mutually increased more TB knowledge, and self-care behaviour of the experimental group than at baseline. When conducted between-group analyses with follow-up data, we found that the experimental group showed more significant improvements on TB knowledge, and self-care behaviour than the comparison group. At follow-up the experimental group also reported the better sputum test results than at baseline. Nonetheless, the sputum test results of the experimental group were not significantly different from the comparison group. Implications for practice: Instead of using DOT, healthcare workers should use VOT in pulmonary TB patients during the COVID-19 outbreak. It can prevent the spread of COVID-19 and reduce the medical care cost of TB.

Keywords: Video-Observed Therapy, pulmonary tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานปี พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก 130 ต่อประชากรแสนคน¹ และประเทศไทยถูกจัดเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงชันทุกปี² โดยพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 153 คนต่อประชากรแสนคน³ ซึ่งผลการดำเนินงานวัณโรคในปี พ.ศ. 2560-2562 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ร้อยละ 85⁴ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ตอบรับนโยบายขององค์การอนามัยโลกในการจัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 6 เดือน แต่สาเหตุสำคัญของการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา คือ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาในช่วง 2 เดือนแรกอย่างมาก² ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่พบว่า ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับวัณโรค ระยะทางของสถานพยาบาลไกลจากจากบ้านผู้ป่วย และการขาดการกำกับกำกับการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ^{5,6}

การกำกับการรับประทานยาต่อหน้า (Directly Observed Therapy: DOT) เป็นวิธีการที่ถูกแนะนำเพื่อลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค⁷ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องมารับประทานยาต่อหน้าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตาม

ระยะเวลาที่กำหนด แต่ปัญหาสำคัญที่พบในการรักษาวัณโรคโดยการควบคุมการรับประทานยาต่อหน้า คือ ผู้ป่วยต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบทุกวัน⁷⁻⁹ ดังนั้นการกำกับการรับประทานยาต่อหน้าผ่านวิดีโอ (Video Observed Therapy: VOT) จึงถูกแนะนำให้เป็นทางเลือกของวิธีการกำกับการรับประทานยา¹⁰ ซึ่งหมายถึง การใช้วิดีโอคอล (video call) ผ่านทางโทรศัพท์มือถือประเภท smart phone หรืออุปกรณ์สื่อสารอื่น ๆ ที่มีกล้องถ่ายวิดีโอให้ผู้รับผิดชอบดูแลได้สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้ว ซึ่งวิธีนี้เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้วิธี VOT มีแนวโน้มในการรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธี DOT^{11,12}

สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2560-2562 มีอัตราป่วยของผู้ป่วยวัณโรคที่ลดลง จาก 127 คนเป็น 110 คนต่อประชากรแสนคน แต่ปัญหาที่พบคือ มีอัตราการขาดยาถึง ร้อยละ 15 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลว่าเบื่อหน่ายไม่อยากจะรับประทานยา และมักจะหยุดยาเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา บางรายระบุว่าตนเองไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร จึงหยุดยาจนกระทั่งอาการดีขึ้นจึงกลับมารับประทานยาต่อ¹³ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคได้มุ่งเน้นการให้

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคด้วยการสอนรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และมีการกระตุ้นเตือนการรับประทานยา^{8,14,15} แต่พบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่มีการกระตุ้นเตือนเป็นบางครั้งเท่านั้นและขาดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับส่งเสริมการกำกับการรับประทานยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

แบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information, Motivation and Behavioral Skills model : IMB model) โดย Fisher และคณะ¹⁶ ระบุว่า บุคคลที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและเพียงพอ มีแรงจูงใจที่ปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ มีทักษะในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นในอนาคต การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำ IMB model มาใช้ในการส่งเสริมการรับประทานยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น¹⁷⁻²⁰ จากการศึกษาที่ผ่านมาจึงไม่พบการประยุกต์ใช้ IMB model ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ร่วมกับการกำกับการรับประทานยา

ผ่านวิดีโอในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมตลอดการรักษา ทำให้สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชนได้ต่อไป

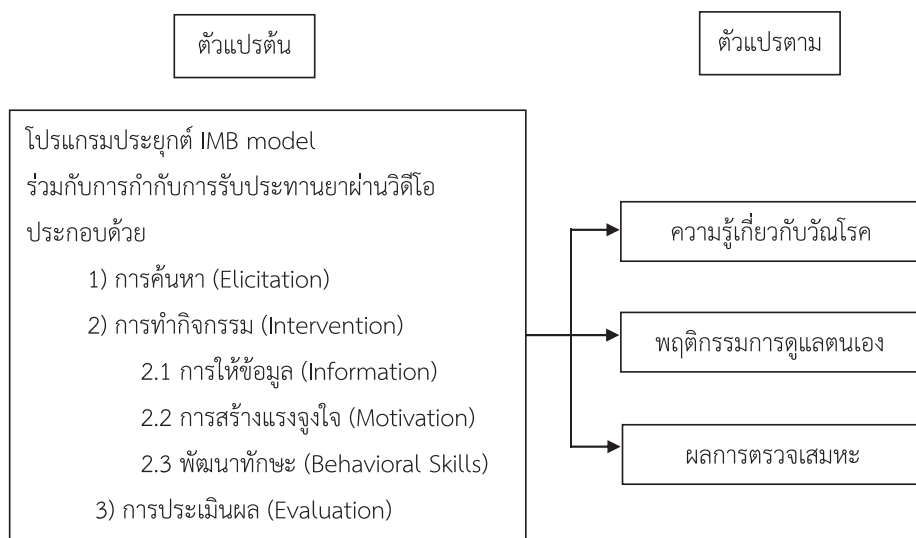
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการตรวจเสมหะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการตรวจเสมหะ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการตรวจเสมหะ ดีวก่อนทดลอง
2. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการตรวจเสมหะ ดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบวัด 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน โรงพยาบาลปากเกร็ด และโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยทำการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืน ได้แก่ กลุ่มทดลอง เป็นโรงพยาบาลบางใหญ่ และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นโรงพยาบาลปากเกร็ด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจทดสอบ (power analysis) ของ Cohen¹⁷ โดยกำหนด α เท่ากับ 0.05 และ power เท่ากับ 0.8 คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยของ Prasomphol⁸ ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาโรคไม่เกิน 2 เดือน มีอายุระหว่าง 20-60 ปี มีผลเสมหะด้วยวิธี AFB smear พบเชื้อวัณโรค มีโทรศัพท์ที่เป็นสมาร์ทโฟนและสามารถอ่าน พูด เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นหรือขาดการติดต่ออย่างน้อย 30 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ราย

ได้ของผู้ป่วย อาการข้างเคียงจากยา และผลการตรวจเสมหะ

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ที่มีข้อความเกี่ยวกับวัณโรค ได้แก่ สาเหตุ การรักษา ผลกระทบของโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ข้อคำตอบเป็นแบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ เมื่อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีคะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ การจัดการอาการข้างเคียงจากยา และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 20 ข้อ แบบวัดเป็นมาตรวัด Likert-scale 5 ระดับ โดยค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองสม่ำเสมอ

2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ประกอบด้วยสื่อที่ใช้ในการทดลองและโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

2.1 สื่อที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย สื่อผสม (infographic) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้สมุดบันทึกสุขภาพและภาพพลิกความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากกองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.2 โปรแกรมการทดลอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของตรวจเครื่องมือวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาวัณโรค 1 ท่าน และอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค 2 ท่าน ภายหลังจากปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีค่า content validity index เท่ากับ 0.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง มีค่า content validity index เท่ากับ 0.83 นำเครื่องมือทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลปากเกร็ด ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น แบบสอบถามความรู้

ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในโรงพยาบาลบางใหญ่ จำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารการรับรองการวิจัยในมนุษย์เลขที่ MUPH 2020-009 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และระบุว่าหากผู้เข้าร่วมการศึกษามีข้อคำถามที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ผู้เข้าร่วมการศึกษามีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ก็ได้ และสามารถเลิกการเข้าร่วมการศึกษาได้ทุกเมื่อสำหรับข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล ผลการศึกษาแสดงเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 มีระยะดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมกำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอที่ประยุกต์ใช้แบบแผนการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์แรก (ระยะก่อนทดลอง) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 (ระยะหลังทดลอง) และสัปดาห์ที่ 12 (ระยะติดตามผล)

โปรแกรมการศึกษา

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการศึกษาเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมเฉพาะราย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การดูแลตนเอง และแรงจูงใจในการรักษาผ่านกระบวนการอภิปรายกลุ่ม จากนั้นเป็นการบรรยายความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรักษา และแนวทางการดูแลตนเองและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่เหมาะสม ร่วมกับการสาธิตการใส่-ถอดหน้ากากอนามัย และการ

ล้างมือที่ถูวิธีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ด้วยภาพพลิก รวมถึงสาธิตและวางแผนการกำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอ และการรับข้อความสื่อผสม (infographic message) ทางโทรศัพท์ smart phone

สัปดาห์ที่ 4 เป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยจัดอภิปรายโดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และวางแผนแนวทางการแก้ไข

สัปดาห์ที่ 8 เป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และแนวทางการแก้ไข รวมถึงประเมินผลการทำงานกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจในการรับประทานยาจนครบรักษา

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 8 เป็นกิจกรรมเฉพาะราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยทำการโทรศัพท์ผ่าน LINE application ถึงผู้วิจัยเพื่อดำเนินการกำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอทุกวันตามเวลาที่นัดหมาย ร่วมกันได้รับคำแนะนำในกรณีมีปัญหาระหว่างการรับประทานยา และกล่าวคำชมเชยและผู้วิจัยได้ส่งข้อความสร้างแรงจูงใจในรูปแบบสื่อผสม (infographic message) ทางโทรศัพท์ smart phone สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อความชมเชยในการรับประทานยา ข้อความกระตุ้นการรับประทานยา และข้อความเน้นย้ำการดูแลตนเองระหว่างการรักษา

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการรักษาและการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของกองวัณโรค² ได้แก่ การให้สุศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป และได้รับสมุดบันทึกสุขภาพที่ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และตารางบันทึกการรับประทานยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 18 (License Mahidol university) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 ช่วงเวลา ภายในกลุ่มด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการตรวจเสมหะ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ 41 (± 12.8) ปี และ 42 (± 13.6) ปี ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานะสมรสอยู่ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโสด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 48.50) และกลุ่มเปรียบเทียบสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.50) ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพรับจ้าง ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วน มีรายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ทั้งสองกลุ่มมีระยะของการรักษาวัณโรคอยู่ในเดือนที่ 2 และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอาการข้างเคียงจากยา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.696 ^a
ชาย	22	66.7	23	69.7	
หญิง	11	33.3	10	30.3	
อายุ					.774 ^a
20-29 ปี	9	27.3	6	18.2	
30-39 ปี	4	12.1	6	18.2	
40-49 ปี	9	27.3	7	21.2	
50-60 ปี	11	33.3	14	42.4	
	$\bar{X}$ (SD) = 41.67(12.84)		$\bar{X}$ (SD) = 42.60(13.66)		
	Min-Max = 20 - 60		Min-Max = 20 - 60		
สถานภาพสมรส					.027* ^a
โสด	11	33.3	14	42.4	
สมรส	17	51.5	13	39.4	
หม้าย/หย่า/แยก	5	15.2	6	18.2	
ระดับการศึกษา					.867 ^a
ประถมศึกษา	15	45.5	18	54.5	
มัธยมศึกษา	16	48.5	14	42.4	
ปริญญาตรี	2	6.0	1	3.1	

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพในปัจจุบัน					.008* ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	30.3	12	36.4	
รับจ้าง	21	63.6	19	57.6	
ค้าขาย	2	6.1	2	6.0	
สิทธิการรักษา					1.000 ^a
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	31	93.9	32	97.0	
เบิกจ่ายตรง	2	6.1	1	3.0	
รายได้ของผู้ป่วย/เดือน (บาท)					.413 ^a
ต่ำกว่า 5000	7	21.2	4	12.1	
5000-10000	14	42.4	16	48.5	
10000-15000	5	15.2	4	12.1	
15000-20000	4	12.1	3	9.1	
มากกว่า 20000	3	9.1	6	18.2	
	Median(IQR) = 10,000(9,000)		Median(IQR) = 9,500(11,000)		
	Min-Max = 3,000 - 60,000		Min-Max = 3,000 - 50,000		
โรคประจำตัว					.564 ^a
ไม่มีโรคประจำตัว	27	81.8	29	87.9	
มีโรคประจำตัว	6	18.2	5	12.1	
ระยะเวลาที่รับการรักษาวัณโรค					.804 ^a
เดือนที่ 1	15	45.5	14	42.4	
เดือนที่ 2	18	54.5	19	57.6	
อาการข้างเคียงจากยา					.273 ^a
ไม่มี	16	48.5	17	51.5	
มีอาการข้างเคียง	17	51.5	16	48.5	
คลื่นไส้/อาเจียน	5	29.4	3	18.8	
อ่อนเพลีย	6	35.3	6	37.5	
ชาที่นิ้วมือ/นิ้วเท้า	2	11.8	2	12.5	
ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดข้อ	2	11.8	4	25.0	
ผื่นแพ้	2	11.8	1	6.3	

*p < .05; **p < .01; ^a Independent t-test

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยใน 3 ช่วงเวลา ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้วินโรคเมื่อก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$ ตามลำดับ) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$ ตามลำดับ)

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้วินโรคระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$ ตามลำดับ) และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้วินโรค หลังทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027$ และ $.031$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้วินโรค หลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวินโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

	กลุ่มทดลอง (n = 33)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)			
	$\bar{X}$ (SD)	MD	p-value b	$\bar{X}$ (SD)	MD	p-value b	p-value a
ความรู้เกี่ยวกับวินโรค							
ก่อนการทดลอง	9.03 (2.66)			8.60 (2.39)			.499
หลังทดลอง	13.09 (1.04)			8.84 (2.37)			<.001**
ระยะติดตามผล	14.12 (0.48)			8.87 (2.35)			<.001**
หลังทดลอง - ก่อนทดลอง		4.06	< .001**		0.24	.027*	
ระยะติดตามผล- ก่อนทดลอง		5.09	< .001**		0.27	.031*	
ระยะติดตามผล- หลังทดลอง		1.03	< .001**		0.03	.974	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง							
ก่อนการทดลอง	68.72 (15.55)			70.09 (13.10)			.701
หลังทดลอง	84.24 (5.66)			71.03 (12.12)			<.001**
ระยะติดตามผล	85.45 (5.08)			71.42 (12.33)			<.001**
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง		15.51	< .001**		.93	.527	
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง		16.72	< .001**		1.33	.169	
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง		1.21	< .001**		0.39	.005**	

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^a Independent t-test, ^b paired t-test, MD = Mean Difference

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างผลการตรวจเสมหะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการตรวจเสมหะ	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ก่อนทดลอง			.63
1+	22(66.7)	22(66.7)	
2+	2(6.1)	4(12.1)	
3+	9(27.3)	7(21.2)	
หลังทดลอง			.08
Negative	33(100)	30(90.9)	
1+	0(0)	3(9.1)	
ระยะติดตาม			.31
Negative	33(100)	32(97.0)	
1+	0(0)	1(3.0)	

เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการตรวจเสมหะในช่วงก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .63, .08$ และ $.31$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

การอภิปรายผล

โปรแกรมการศึกษาที่ให้ความรู้ร่วมกับการกำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอและการส่งข้อความสื่อผสมของการศึกษานี้สามารถเพิ่มความรู้อันโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ¹⁶ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการศึกษาได้ให้ความรู้เกี่ยวกับวินโรคร่วมกับการสร้างแรงจูงใจทั้งผ่านสื่อผสมและพูดคุยสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการกำกับการรับประทานยาผ่านวิดีโอสามารถกำกับผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prasomphol⁸ การศึกษาของ Mukarsa และ Sumpowthong¹⁴ และ

การศึกษาของ Pasurakul, Keeratiyutawong และ Masingboon¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนการให้ความรู้การสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผลการตรวจเสมหะดีขึ้นตามไปด้วย

ผลการศึกษาที่มีข้อสังเกตอยู่สองประการ ประการแรกผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการศึกษามีความรู้วินโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลองและระยะติดตาม ซึ่งอาจเป็นผลของการได้รับคำแนะนำจากการเข้ารับการรักษาตามปกติ แต่อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยความรู้วินโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างมาก ซึ่งอาจสนับสนุนว่าการให้ความรู้ผ่านสื่อ infographic สามารถช่วยเพิ่มความรู้นี้ได้มากกว่าการให้ความรู้ตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับหรืออาจเป็นวิธีการกระตุ้นเตือนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี

ประการที่สอง คือ ผลการตรวจเสมหะของผู้เข้าร่วมโครงการและผู้ไม่เข้าร่วมดีขึ้นไม่แตกต่างกันเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ซึ่งอาจเนื่องจากขณะที่ดำเนินกิจกรรมการศึกษานั้น จังหวัดนนทบุรีได้มีกิจกรรมการกำกับการติดตามการรักษาผู้ป่วยวินโรคโดยบุคลากรทางสุขภาพทุกราย เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานวินโรคตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขส่ง

ผลให้ทั้งสองกลุ่มได้มีการรับประทานยาที่สม่ำเสมอใกล้เคียงกัน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าวิธีการ DOT และ VOT ส่งผลให้เกิดการรับประทานยาที่สม่ำเสมอเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holzman และคณะ และการศึกษาของ Rattanasuwan ที่พบว่า วิธีการ VOT ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้อัตราความสำเร็จการรักษาสูงกว่าวิธีการ DOT^{21,22}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมกำกับกรับประทานยาผ่านวิดีโอโดยประยุกต์แบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ในการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ซึ่งช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถกำกับดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ซึ่งผลการ

ศึกษานี้สนับสนุนการดำเนินการของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค²³ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ที่แนะนำให้บุคลากรทางสุขภาพใช้ VOT แทน DOT ในการกำกับติดตามผู้ป่วยทุกราย และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้^{10,22}

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษารังต่อไปควรทำในกลุ่มวัณโรคปอดประเภทอื่น ๆ หรือวัณโรคที่อวัยวะรักษามากกว่า 6 เดือน รวมถึงควรมีการติดตามผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา เพื่อติดตามความยั่งยืนคงทนของพฤติกรรมและผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และควรมีเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังต่อไป

References

1. World Health Organization. Global TB report 2019. Geneva, Switzerland: WHO; 2019.
2. Bureau of Tuberculosis. National tuberculosis control programme guideline, Thailand, 2018. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing house; 2018. (in Thai)
3. Bureau of Epidemiology. 506 Report: Tuberculosis [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 28]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/index.php>. (in Thai)
4. Bureau of Tuberculosis. TB data center [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 9] Available from: <http://122.155.219.72/tbdc/frontend/web>. (in Thai)
5. Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW, Ombeka VO, Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: a case control study. BMC public health 2011;11:696.
6. Luka MI, Idris SH, Patrick N, Raymond D, Ndadihnasiya EW, Moses OA, et al. Factors associated with interruption of treatment among pulmonary tuberculosis patients in Plateau State, Nigeria, 2011. Pan Afr Med J 2014;17(78):78.
7. World Health Organization. Global tuberculosis programme. Treatment of tuberculosis. Geneva: WHO; 1998.
8. Prasomphol B. The effect of a counseling program using brief motivation interviewing on knowledge about tuberculosis and medication adherence among patients with pulmonary tuberculosis. [master' thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai)

9. Posawang C. Directly observed treatment to promote anti tuberculosis adherence. [master' thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2016. (in Thai)
10. World Health Organization. Treatment of tuberculosis guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care 2017. Geneva: WHO; 2017.
11. Chuck C, Robinson E, Macaraig M, Alexander M, Burzynski J. Enhancing management of tuberculosis treatment with video directly observed therapy in New York City. *Int J Tuberc Lung Dis* 2016;20(5):588–93.
12. Garfein RS, Collins K, Munoz F, Moser K, Cerecer-Callu P, Raab F, et al. Feasibility of tuberculosis treatment monitoring by video directly observed therapy: a binational pilot study. *Int J Tuberc Lung Dis* 2015;19(9):1057–64.
13. Rujirawiwattanakul Y. Tuberculosis case interview, Bangyai hospital. Nonthaburi: Bangyai hospital; 2020. (in Thai)
14. Mukarsa S, Sumpowthong K. Effects of a health promotion program by applying the theory of empowerment in new smear positive pulmonary tuberculosis patients. *J Med Health Sci* 2019; 24(1):13-27. (in Thai)
15. Pasurakul S, Keeratiyutawong P, Masingboon K. Effects of a self-regulation program and social support on attitude toward treatment, self-care behavior and tuberculosis treatment success rate in pulmonary tuberculosis patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2013; 20(4):57-67. (in Thai)
16. Fisher JD, Fisher WA, Shuper PA. The information-motivation-behavioral skill model of HIV preventive behavior. In *Emerging theories in health promotion practice and research*. (2nd ed.), San Francisco: Jessey-Bass; 2009.
17. Fisher JD, Fisher WA, Byan AD, Mishovich SJ. Information-Motivation-Behavioral Skill model-based HIV risk behavior change interception for inner-city high school youth. *Health Psychol Res* 2002; 21(2):177-86.
18. Nanthachan N, Kasatpibal N, Viseskul N. Effect of information provision, motivation, and skill development on antiretroviral adherence among youths living with HIV. *Nursing Journal* 2016; 42(3):72-83. (in Thai)
19. Rattanayotin J, Vanijja V. Designing and developing android application for medication reminder to improve treatment efficiency of stroke patient. *Pathumwan Academic Journal* 2018;7(20): 29–44. (in Thai)
20. Jankaew U, Kespichayawattana J. The effect of information and motivation behavioral skill development program on dyspnea of elderly with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of health and nursing research* 2020;36(1):84-97. (in Thai)

21. Holzman SB, Zenilman A, Shah M. Advancing patient-centered care in tuberculosis management: A Mixed-methods appraisal of video directly observed therapy. Open Forum Infect Dis 2018; 5(4):1-8.
22. Rattanasuwan P. TB Treatment: DOT vs. VOT. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 2019;12(1):57-64. (in Thai)
23. Bureau of Tuberculosis. Tuberculosis control programme guideline in the situation of the coronavirus 2019 outbreak. Bangkok: Bureau of Tuberculosis; 2020. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร Factors Related to Health Literacy in Diabetes Mellitus among Health Volunteers in Bangkok

Received: Sep 20, 2020

Revised: Nov 1, 2020

Accepted: Nov 24, 2020

นงศ์กรณ ชูอินทร์ พย.ม. (Nongkran Chooiin, M.N.S.)¹สุนีย์ ละกำปน กศ.ด. (Sunee Lagampan, Ed.D.)²ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ ปร.ด. (Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: คนกรุงเทพมหานครป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงเป็นลำดับที่สอง และมีอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เป็นกลไกหลักที่เข้ามาเสริมความเข้มแข็งของบุคลากรภาครัฐในการดูแลปัญหาเรื่องโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของออส.

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยประยุกต์แบบจำลองทางนิเวศวิทยาเป็นกรอบแนวคิด ปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน และปัจจัยระดับชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ออส. ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี และเคยเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 287 คน จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.8 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่น 0.7 ขึ้นไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และทดสอบอิทธิพลในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: พบว่า ออส.ส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานในระดับพอใช้ (ร้อยละ 56.10) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ วิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัคร ปัจจัยระดับสถาบัน ได้แก่ การสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากสถาบัน และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ บทบาทในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า รายได้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัคร การสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากหน่วยบริการ และบทบาทในชุมชน สามารถร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 77.33, p < .05$) โดยอธิบายได้ ร้อยละ 57.90 ($R^2 = 0.579$)

สรุปผล: ออส. ส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานในระดับพอใช้

ข้อเสนอแนะ: ออส. ควรได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเบาหวานเพื่อให้ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่าง ออส. รวมถึงการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ที่อ่านเข้าใจง่าย

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข โรคเบาหวาน กรุงเทพมหานคร

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: chairin89@hotmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.th

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

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is the second most common disease among Bangkokians and the mortality rate is likely to increase. Public health volunteers are the main mechanism for strengthening government personnel to tackle with diabetes problems in the community. Hence, DM patients can take care of themselves and prevent complications.

Research objectives: This study aimed to examine health literacy regarding DM, factors related to, and factors influencing health literacy regarding DM among public health volunteers in Bangkok.

Research methodology: This study employed a descriptive cross-sectional design using the ecological model as the conceptual framework. The studied factors consisted of personal factors, interpersonal process factors, institutional factors, and community factors. A multistage random sampling technique was used to recruit 287 participants in this study. The inclusion criteria included male and female public health volunteers in Bangkok who were: (a) 18 years of age and older, (b) having at least one year of work experience, and (c) training on knowledge about DM from public health officials. Data were collected using questionnaires to interview. Validity of the questionnaires were .80 and above. Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .70 and higher. Data were analyzed using Pearson's Product Moment Correlation. Predictive power was tested using multivariable linear regression analyses.

Results: Findings showed that most public health volunteers had sufficient health literacy regarding DM (56.1%). Personal factors (education, income, health status, and experience in caring for patients with DM), interpersonal factors (officials education methods, exchange of news and information with public health volunteer colleagues), institutional factors (media/equipment support from institutions), and community factors (community roles) were statistically significantly associated with health literacy regarding DM ($p < .05$). Results of multivariable linear regression analyses revealed that personal factors (income), interpersonal factors (exchange of news and information with public health volunteer colleagues), institutional factors (media/equipment support from institutions), and community factors (community roles) together statistically significantly explained 57.9% ($R^2 = 0.579$, $F = 77.33$, $p < .05$) of the variance in health literacy regarding DM.

Conclusion: Most of the public health volunteers in Bangkok had a fair level of health literacy regarding DM.

Implications: The results of this study suggest that health literacy regarding DM among public health volunteers should be improved. In addition to providing media and equipment easily to read and understand, the activities/interventions to enhance health literacy and focus on interactions to exchange knowledge and experience should be promoted. So, most of health volunteers might meet the criteria of health literacy regarding DM.

Keywords: health literacy, health volunteers, diabetes mellitus, Bangkok

บทนำ

สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศไทยและของโลก¹ WHO รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเกือบสี่เท่าเมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1980 และความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง² ในประเทศไทย พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีภาระค่ารักษาพยาบาลที่มากถึง 3,984 ล้านบาทต่อปี³ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้จึงต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

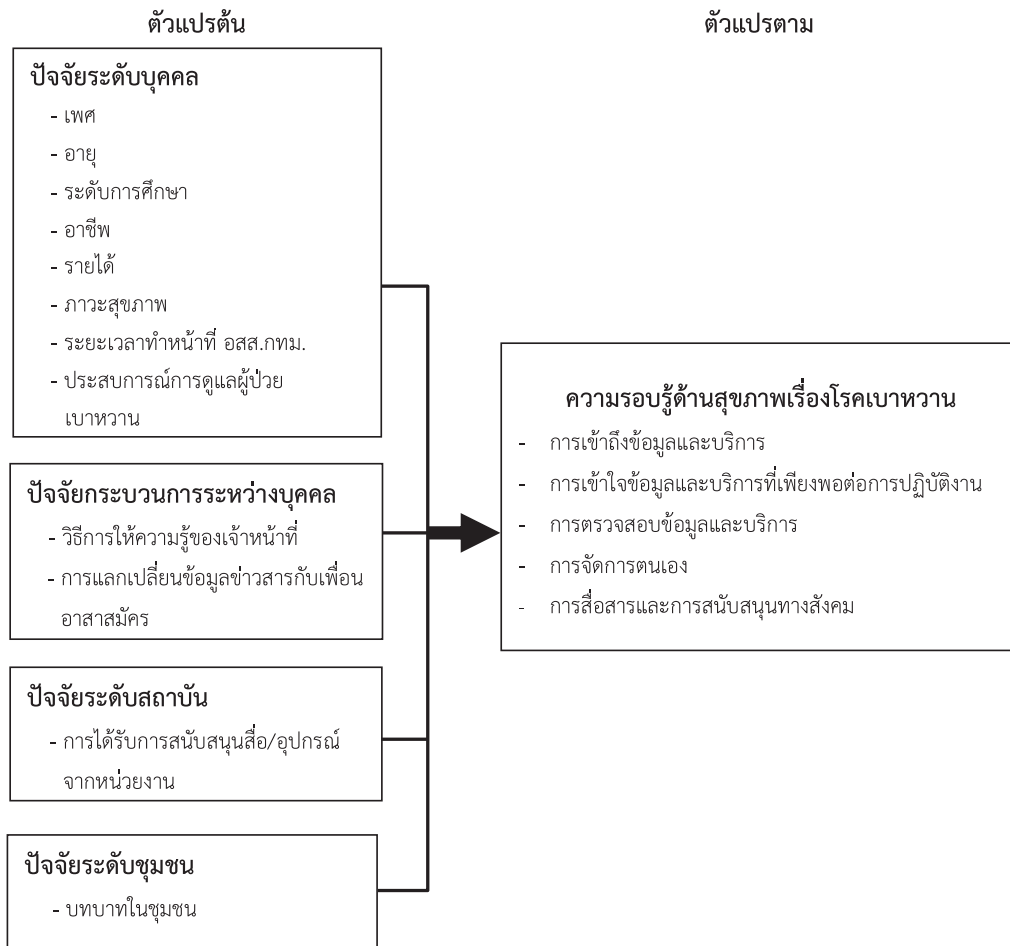
อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนบริการสุขภาพของภาครัฐโดยเฉพาะการสนับสนุนงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาสาสมัครสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร (อสส.) ได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งจากการประชุมประจำเดือนและการอบรมเพิ่มพูนความรู้ประจำปี เพื่อให้สามารถทำหน้าที่สนับสนุนบริการด้านสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน การให้คำแนะนำเบื้องต้นกับผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน⁴ โดย อสส. สนับสนุนงานด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในชุมชนรวมถึงให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ⁵ ซึ่งการที่ อสส. จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสส. นับเป็นปัจจัยที่สำคัญ⁶

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถใช้ความรู้และสื่อสารสนเทศด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁷ อสส. เป็นบุคคลที่สมัครใจมาช่วยสนับสนุนงานด้านสุขภาพและได้รับการเตรียมความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอสส. จึงเป็นที่สงสัยว่าอสส. ที่ปฏิบัติงานสนับสนุนงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาอสส. ในประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานต่อไป⁸

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดระบบนิเวศวิทยาทางสังคมของ Macleroy และคณะ⁹ มากำหนดปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของ อสส. ประกอบด้วย 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาทำหน้าที่ อสส.กทม. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ วิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัคร 3) ปัจจัยระดับสถาบัน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากหน่วยงาน และ 4) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ บทบาทในชุมชนซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานในการศึกษานี้ประยุกต์ตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการศึกษาของIntarakamhang¹⁰ ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ 4) ด้านการจัดการตนเอง และ 5) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับของความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ อสส.ที่ขึ้นทะเบียนกับกองสร้างเสริมสุขภาพ และปฏิบัติงานอยู่ในศูนย์บริการ

สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 11,565 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อสส.ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อสส.ที่มีชื่อในทะเบียนของกองสร้างเสริมสุขภาพ อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตามหน้าที่อสส.อย่างน้อย 1 ปี และเคยได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G*Power version 3.0.10) วิเคราะห์โดยหาค่าอิทธิพลโดยเลือกสถิติกลุ่มทดสอบ F-tests และเลือกประเภทการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบแบบ Multiple Regression: Special (R^2 increase) โดยกำหนดให้ Effect Size เท่ากับ 0.06¹¹ (อิทธิพลขนาดเล็ก) กำหนดค่า

ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ในการศึกษานี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 12 ตัวแปร จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 264 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10^{12} (เพิ่ม 26 คน) รวมเป็นตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมด 290 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษา มีทั้งหมด 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการทำงานที่ อสส.กทม. จำนวน 17 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่อสส.ได้ลงมือปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และแบบวัดประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

ตอนที่ 2 ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ประกอบด้วย แบบสอบถามวิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ เป็นคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่อสส.ได้รับการถ่ายทอดความรู้ ฝึกทักษะ รูปแบบการอบรม ภาษาที่ใช้สื่อสาร ความเหมาะสมของการใช้สื่อนำเสนอ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และแบบสอบถามการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสสมัคร เป็นคำถามเกี่ยวกับการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูล จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึงไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน)

ตอนที่ 3 ปัจจัยระดับสถาบัน ประกอบด้วย แบบสอบถามการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากหน่วยงาน เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการขอสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการเข้าถึงสื่อชนิดต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ที่มีเผยแพร่เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามสื่อที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับรู้ รวมถึงความเหมาะสมความน่าสนใจของสื่อและภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4

ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึงไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน)

ตอนที่ 4 ปัจจัยระดับชุมชน ประกอบด้วย แบบสอบถามบทบาทในชุมชน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการที่อสส.ทำหน้าที่ตามบทบาทเครือข่ายที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยประเมินจากการรับรู้ตนเอง ของ อสส.ตามความเป็นจริง ที่ อสส.หนึ่งคนมีบทบาทในชุมชนได้หลายบทบาทในการศึกษานี้สอบถามการทำบทบาทอื่นๆ ในชุมชนที่นอกเหนือจากการเป็น อสส. โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 13 รายการ การให้คะแนนคือถ้าทำบทบาทนั้น ๆ ให้ 1 คะแนน ไม่ได้ทำให้ 0 คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ซึ่งประยุกต์องค์ประกอบจากเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยปี 2560¹⁰ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่จริงที่สุด (5 คะแนน) จนถึงไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) มีคำถามจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ 125 คะแนนประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นคำถามถึงความสามารถ ของอสส.ในด้านการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและเปรียบเทียบข้อมูลเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้อง และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่รวดเร็วจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เป็นคำถามถึงความสามารถของอสส.ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม การรับรู้ เข้าใจและสรุปเนื้อหาที่ได้จากการอบรม การวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้อย่างถูกต้องก่อนถ่ายทอดแก่ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ เป็นคำถามถึงความสามารถของ อสส.ในด้านความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล การประเมินข้อความจากสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยเบาหวาน และความสามารถในการใช้เหตุผลวิเคราะห์กำหนดทางเลือก ปฏิเสธหรือเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และแสดงข้อมูลหักล้างความเข้าใจผิดเรื่องโรคเบาหวาน จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ 4) ด้านการจัดการตนเอง เป็นคำถามที่วัดความสามารถของอสส.ในด้านการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และการทบทวนวิธี

การปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ และ 5) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามที่วัดความสามารถของสส. ในด้านการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้กับบุคลากรด้านสาธารณสุข การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย เบาหวาน การให้คำแนะนำต่าง ๆ และการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ คะแนนดีเพียงพอ หมายถึง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คะแนนพอใช้ หมายถึง มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79 ของคะแนนเต็ม และคะแนนไม่ดี หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแต่ละแบบวัดมีดังนี้ ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 1 วิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ เท่ากับ 1 การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัครเท่ากับ .8 การสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากสถาบัน เท่ากับ .8 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ .8 (ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการเท่ากับ 1 การเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานเท่ากับ .8 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการเท่ากับ 1 ด้านการจัดการตนเองเท่ากับ 1 และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 1) และนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับ สส. ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อคำถาม และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีค่าความเชื่อมั่น 0.74 แบบสอบถามวิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่การแลกเปลี่ยนมีค่าความเชื่อมั่น 0.71 แบบสอบถามข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัครมีค่าความเชื่อมั่น 0.86 แบบสอบถามการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากหน่วยงานมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ .94 (ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการเท่ากับ .89 การเข้าใจข้อมูลและบริการที่

เพียงพอต่อการปฏิบัติงานเท่ากับ .90 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการเท่ากับ .72 ด้านการจัดการตนเองเท่ากับ .90 และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .84)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ใบรับรอง (IRB No. MUPH 2020-024) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร เลขที่ใบรับรอง U009q/63_EXP ซึ่งมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อพิจารณา ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมและขออนุญาตสส. ที่เข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมตนให้เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ กรณีสส. ไม่สบายใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ทันทีซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิต ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และได้ตีพิมพ์ผลงานเรียบร้อยแล้วเอกสารและข้อมูลจะถูกทำลายทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองตามแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาทีต่อชุด ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2563 ถึง 10 กรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS version 18) วิเคราะห์สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน และปัจจัยระดับชุมชนกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอย

เชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ด้วยวิธี Stepwise

ผลการวิจัย

ปัจจัยระดับบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.9 จำนวนเกือบสองในสามมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.8 ($\bar{X} = 60.64$, $SD = 9.46$) ประมาณสองในห้าของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.5 จำนวนสามในห้าของออสส.ประกอบอาชีพที่มีรายได้ ร้อยละ 60.3 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.2 โดยมีรายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ ร้อยละ 60.6 ($\bar{X} = 6,660.97$, $SD = 6,393.23$) ระยะเวลาในการทำหน้าที่ ออสส. ≤ 5 ปี ร้อยละ 25.4 ออสส.ที่ศึกษามีปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 18.8 มากกว่าครึ่งพบมีปัญหาด้านการมองเห็น เช่น สายตาสั้น สายตายาว ร้อยละ 62.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถอ่านหนังสือได้คล่องร้อยละ 89.9 เขียนได้คล่องร้อยละ 83.6 รองลงมาคือ เขียนไม่คล่องร้อยละ 16 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.6 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในช่วงเวลา ≤ 5 ปี ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ 6-10 ปี ร้อยละ 25.4 ภาวะ สุขภาพโดยรวมของออสส.กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี (ร้อยละ 40.4) และค่อนข้างดี (ร้อยละ 32.1) กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสามมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 26.5

ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ให้ความเห็นว่าวิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับดี ประมาณครึ่งหนึ่งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัคร (ร้อยละ 51.9) อยู่ในระดับมาก

ปัจจัยระดับสถาบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 49.8) มีความเห็นว่าได้รับการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากหน่วยงานอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยระดับชุมชน พบว่าประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทอื่น ๆ ในชุมชน (ร้อยละ 68.6) โดยมีบทบาทอื่น ๆ เพิ่มนอกเหนือจากการเป็น ออสส.อีกอย่างน้อยหนึ่งบทบาท

ระดับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 27.5) มีความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีเพียงพอ เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบแต่ละด้าน พบว่าด้านที่ ออสส.ส่วนมากมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเพียงพอจำนวนมากที่สุดตามลำดับ คือ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ (ร้อยละ 55.1) รองมาคือ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 51.2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ (ร้อยละ 30.7) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ (ร้อยละ 30.3) และด้านการจัดการสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินงาน ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน และปัจจัยระดับชุมชนที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัคร ปัจจัยระดับสถาบัน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากหน่วยงาน ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ บทบาทในชุมชน และปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ รายได้ มีอิทธิพลสามารถร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 57.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ
เรื่องโรคเบาหวาน (n = 287)

ความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 287)	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวม		
ดีเพียงพอ	79	27.5
พอใช้	161	56.1
ไม่ดี	47	16.4
$(\bar{X} = 89.39, SD = 16.39, MIN = 45, MAX = 125)$		
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ		
ดีเพียงพอ	88	30.7
พอใช้	126	43.9
ไม่ดี	73	25.4
$(\bar{X} = 17.19, SD = 4.51, MIN = 5, MAX = 25)$		
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ		
ดีเพียงพอ	158	55.1
พอใช้	113	39.4
ไม่ดี	16	5.6
$(\bar{X} = 19.73, SD = 3.22, MIN = 9, MAX = 25)$		
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ		
ดี เพียงพอ	87	30.3
พอใช้	166	57.8
ไม่ดี	34	11.8
$(\bar{X} = 17.84, SD = 3.16, MIN = 8, MAX = 25)$		
ด้านการจัดการสุขภาพฯ		
ดีเพียงพอ	66	23.0
พอใช้	102	35.5
ไม่ดี	119	41.5
$(\bar{X} = 15.52, SD = 5.07, MIN = 5, MAX = 25)$		
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม		
ดีเพียงพอ	147	51.2
พอใช้	118	41.1
ไม่ดี	22	7.7
$(\bar{X} = 19.29, SD = 3.54, MIN = 10, MAX = 25)$		

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (n = 287)

ตัวแปรที่ศึกษา	r	p-value
ปัจจัยระดับบุคคล		
เพศ(เพศหญิง)	.066	.266
อายุ	-.082	.166
ระดับการศึกษา		
ระดับมัธยม	.187**	.001
อนุปริญญาขึ้นไป	.158**	.007
อาชีพ (ประกอบอาชีพ)	.049	.410
รายได้	.245**	.000
ภาวะสุขภาพ	.214**	.000
ระยะเวลาทำหน้าที่อสส.กทม.	.040	.497
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	.321**	.000
ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล		
วิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่	.136*	.021
การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอสส.	.684**	.000
ปัจจัยระดับสถาบัน		
การได้รับการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์	.551**	.000
ปัจจัยระดับชุมชน		
บทบาทในชุมชน	.303**	.000

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

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยวิธี
การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ปัจจัยอิทธิพล	B	SEb	Beta	t	p-value
(Constant)	3.184	6.016		.529	.597
การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัคร	2.549	.275	.452	9.264	.000
การได้รับการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากหน่วยบริการ	1.865	.349	.251	5.346	.000
บทบาทในชุมชน	1.932	.399	.192	4.846	.000
รายได้	0.000	.000	.100	2.497	.013

R = 0.761, R² = 0.579, F = 77.33, p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานโดยรวมไม่ผ่านเกณฑ์ คืออยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 56.1) และระดับไม่ดี (ร้อยละ 16.4) ที่อยู่ในระดับดีเพียงพอมีเพียงร้อยละ 27.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้¹³ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.8) เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) และจำนวนมากถึงสามในห้า (ร้อยละ 62.4) ที่มีปัญหาด้านการมองเห็น ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเสื่อมลง สมรรถภาพด้านสมองจะลดลงทำให้การรู้คิดช้าลงอาจส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ การค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารกับบุคคลอื่น ที่เป็นองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁴

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของออส.รายด้าน พบว่าด้านที่ออส.ส่วนมากมีความรอบรู้สุขภาพในระดับดีเพียงพอคือการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 55.1) และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 55.2) ส่วนด้านที่ออส.ส่วนมากมีความรอบรู้ในระดับพอใช้ คือด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ (ร้อยละ 57.8) และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ (ร้อยละ 43.9) และด้านที่ออส.ส่วนมากมีความรอบรู้ในระดับไม่ดี คือด้านการจัดการสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินงาน (ร้อยละ 41.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panurat และคณะ¹⁴ ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngasangsai และคณะ¹⁵ ที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสื่อสิ่งพิมพ์ที่นำไปใช้ในการให้คำแนะนำอยู่ในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยระดับบุคคล ที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่าการศึกษาระดับมัธยมและระดับอนุปริญาขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น มีโอกาสด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมก่อให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งในการศึกษานี้พบว่า ออส.กลุ่มที่จบการศึกษาดั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า ออส.ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rikard และคณะที่พบว่าระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น¹⁶

รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอิทธิพลสามารถร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของ ออส.ได้อย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นสามารถส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ บุคคลที่มีรายได้สูงสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีกำลังที่จะซื้อบริการของการสื่อสารแบบไร้สายที่สามารถช่วยให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bodur และคณะที่พบว่ารายได้มีผลต่อระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่าคนที่มียาได้สูงจะมีระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพสูงกว่าคนที่มียาได้ต่ำ¹⁷

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพของตนเองต่ำ ในการศึกษานี้ ออส.ส่วนมากประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อยู่ในภาวะสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Amoah ที่พบว่าเยาวชนริมถนนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดมีแนวโน้มที่จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองต่ำ¹⁸

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าประสบการณ์เกิดการเรียนรู้และการเรียนรู้คือพื้นฐานของความรอบรู้ จาก

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับมากโดยประสบการณ์เหล่านี้สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinwisan and Wisesrith¹⁹ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะส่วนบุคคลคือประสบการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์และมองปัญหาข้างหน้าสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดี

ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่าวิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในระหว่างการอบรมให้เวลาในการทบทวนฝึกฝนทักษะการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานอย่างเพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้มีการใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจและการนำเทคโนโลยีมาประกอบการอบรมได้น่าสนใจและเข้าใจง่าย มีรูปแบบการให้ความรู้ที่ให้โอกาสสร้างการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลที่กระทำด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การพูดให้ช้าลง การสื่อสารสองทาง หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะเป็นการช่วยเพิ่มให้บุคคลสามารถเรียนรู้เข้าถึงข้อมูลและเข้าใจในสิ่งที่สอน ($r = .136, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumthong และคณะ²⁰ ซึ่งพบว่าการให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญมีส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด ทำให้มีความรู้ มีประสบการณ์ในการค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจากแหล่งที่ถูกต้อง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองจนส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัครมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684, p < .05$) และมีอิทธิพลสามารถร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอสส.อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนมาก (ร้อยละ 51.9) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล/คำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับเพื่อนอสส.ซึ่งการส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

การแลกเปลี่ยนข้อมูลส่งผลต่อการรับรู้ การเข้าใจทักษะและมีประสบการณ์มากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngomsangad และคณะ²¹ ที่พบว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยระดับสถาบันที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์ของหน่วยงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .551, p < .05$) และมีอิทธิพลสามารถร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอสส.อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครที่สามารถค้นคว้าหาข้อมูลได้ซึ่งมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์/อิเล็กทรอนิกส์และสื่อสาธารณะที่ได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายจะช่วยก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัยและสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ellis และคณะ²² ซึ่งพบว่าการจัดบริการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อ การสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต วารสารวิชาการและนิตยสารทางการแพทย์ เป็นบริการทางสุขภาพที่ทำให้บุคคลเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยระดับชุมชนที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน หมายถึงบทบาทต่าง ๆ ของเครือข่ายที่มีในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าบทบาทในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .303, p < .05$) และมีอิทธิพลสามารถร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของ อสส.สามารถอธิบายได้ว่ากรณีที่ อสส.มีบทบาทอื่น ในชุมชนเพิ่มขึ้นเช่นประธาน/คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มชมรมต่าง ๆ ทำให้มีสังคมเครือข่ายเพิ่มขึ้นจึงมีโอกาสได้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานได้จากการทำงานกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทที่หลากหลาย จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาท/หน้าที่อื่นๆ ที่มีในชุมชนนอกเหนือจากการเป็น อสส. คิดเป็นร้อยละ 68.6 ทำให้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่าง ๆ และเข้าถึงข้อมูลได้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Amoah¹⁸ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเช่น การเป็นสมาชิกกลุ่ม การทำกิจกรรมอาสาสมัครมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีแบบจำลองทางนิเวศวิทยาของ Mcleroy และคณะ⁷ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของ อสส.ได้รับอิทธิพลมาจากพหุปัจจัย คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคลซึ่งเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลนั้น ๆ 2) ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมเช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน 3) ปัจจัยระดับสถาบัน คือลักษณะและบริบทขององค์กรที่บุคคลสามารถใช้เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและเพื่อการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพ และ 4) ปัจจัยระดับชุมชน คือความสัมพันธ์ระหว่างกันของระบบสังคมระหว่างองค์กรกับกลุ่มต่าง ๆ ภายในพื้นที่ที่กำหนดซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น อาสาสมัคร เครือข่ายต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานในทุกด้าน เพราะพบว่าส่วนมาก อสส. ยังมีความรอบรู้อยู่ในระดับไม่

ผ่านเกณฑ์ดีเพียงพอ โดยเฉพาะด้านการจัดการสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินงาน ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ

2. พยาบาลที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงแบบ วิธีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานกับ อสส. เพื่อให้เกิดความรอบรู้มากขึ้นและเพียงพอต่อการสนับสนุนงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยควรเพิ่มการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อน อสส.มากขึ้น พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพราะพบว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสามารถอธิบายได้มากที่สุด

3. สำนักรอนามัยควรสนับสนุนงบประมาณจัดทำสื่อ/อุปกรณ์ที่เหมาะสมสอดคล้อง ส่งเสริมให้ อสส. สามารถเข้าถึง เข้าใจ ความรู้จนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

2. ควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคเบาหวานกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

References

1. Ekplakorn W, Pakcharoen HC, Thaikla K, Sathiannoppakao W. The 5th Physical Examination of thai health survey 2014. Bangkok: Graphic and Design Alphabet Publishing; 2016. (in Thai).
2. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2018 [cited 2019 September 8]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-in-pictures/detail/diabetes>
3. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan, B.E. 2011-2020 [Internet]. 2010 [cited 2019 August 21]. Available from: <http://www.wops.moph.go.th/data/20110316100703-1.pdf>
4. Health Promotion Division Department of Health BMA. Public Health Volunteer orientation training course revised version 2008. Bangkok: Newthammada Printing (Thailand) Co., Ltd.; 2008. (in Thai).

5. Lirapan P. Village health volunteers to promote and support self-care for people with diabetes. [Powerpoint].2013 [cited 2019 August 22]. Available from: <http://www.nuph.health.nu.ac.th/phnu/ckeditor/upload/file/137897750>.
6. Kaewtong N, Termsirikulchai L, Leelaphun P, Kengganpanich T, Kaeodumkoeng K. Health literacy of group at risk of hypertension at Ban Nonghoi sub district health promoting hospital Sakaeo province. *Journal of Boromarajonani college of nursing*, 2014; 30(1):45-56. (in Thai).
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine Journal* 2008;67(12):2072-8.
8. Lattanand K, Ninwatcharamanee C. Health literacy of nursing students at Boromarajonani college of nursing bangkok. *Journal of Boromarajonani college of nursing*, 2019; 35(1):277-289. (in Thai).
9. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly* 1988;15(4):351-77.
10. Intarakamhang U. Creation and development of tools to measure knowledge on health literacy of Thai people. [Report]. Nonthaburi: Health Education Division Ministry of Health; 2017. (in Thai)
11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988
12. Sanghirun K. Factors related to adolescent sexually transmitted disease prevention Behaviors teens female in the Non-Formal Education System Bangkok [Thesis Degree of Science Master's degree], Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai).
13. Tachavijitjaru C, Srisupornkornkul A, Changtej S. Selected factors related with the health literacy of village health volunteer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19 (Supplement): 320-32. (in Thai).
14. Panurat S, Bhoosahas P, Thutsaringkarnsakul S, Krachangpho P, Thuratham W, Natetipawan P. Factors related to health literacy among the Elderly in Pak Phlil district Nakhon Nayok province. *Journal of the police urses*, 2019;11(1): 86-94. (in Thai).
15. Ngasangsai P, Sornseeyon P, Phattarabenjapol S. A Case study of health literacy of village Health Volunteers. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, , 2014; 82-7. (in Thai).
16. Rikard RV, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: A third look at the national assessment of adult literacy (NAAL). *BioMed Central public health* 2016;16(1): 975.
17. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: a community-based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2017;10(1): 100-9.
18. Amoah PA, Social participation health literacy and health and well-being: a cross-sectional study in Ghana. *SSM-population health* 2018;4: 263-70.

19. Sinwisarn N, Wisesrith W. Relationships between working experiences, educational training, emotional intelligence, working environment, and nurse competency in cardiothoracic surgical ward, the tertiary hospitals. Thai Journal of Cardio-Thoracic 2019;30(1): 46-59. (in Thai).
20. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors Influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University (Science and Technology) 2016;3(6): 67-85. (in Thai).
21. Ngomsangad Y, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors influencing health literacy related pregnancy prevention among female adolescent students in Si Sa Ket province. The Public Health Journal of Burapha University 2019;14(2): 37-51. (in Thai).
22. Ellis J, Mullan J, Worsley A, Pai N. The role of health literacy and social networks in arthritis patient s' health information-seeking behavior: a qualitative study. International Journal of Family Medicine [Internet].2012 [cited 2019 September 7]. Available from:<https://www.dx.doi.org/10.1155/2012/397039>.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง

Factors relating Stress and Stress Coping Caregivers of People with Schizophrenia in Urban Family

Received: Jan 26, 2021
Revised: Apr 5, 2021
Accepted: May 17, 2021

สุสารี ประคินกิจ วท.ด. (Susaree Prakhinkit, Ph.D.)¹

นฐมน บุญล้อม ส.ม. (Nutamon Boonlom, M.P.H.)²

ลัญชา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ พย.ม. (Lunchana Phimphanchaiyaboon, M.N.S.)³

นฤมล อังศิริศักดิ์ วท.ม. (Naruemol Angsirisak, M.Sc.)⁴

ศุภารัญ ผาสุข พย.ม. (Suparun Phasuk, M.N.S.)⁵

รศยา ยูวพรพาณิชย์ พย.ม. (Rosaya Yuwapornpanit, M.N.S.)⁶

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่พบมากในชุมชน ส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้เกิดความเครียด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง

ระเบียบวิธีวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามาเน (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยคำนวณจากประชากร 120 คน ได้จำนวน 93 ราย เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย แบบวัดความเครียด และการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติบรรยาย และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล กับความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.6) ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาด้วยความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.8) ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลแบบการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แต่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมของผู้ดูแล

ได้รับทุนจากมหาวิทยาลัยสยาม

¹Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, E-mail: tik.susaree@gmail.com

²⁻⁵อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, ²E-mail: nuanphun806@gmail.com, ³E-mail: lunchana2525@hotmail.com,

⁴E-mail: noonanang058@gmail.com, ⁵E-mail: iamtiyapoom@hotmail.com

⁶พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 36 บุคโล E-mail: ros_jae@hotmail.com

¹⁻⁵Faculty of Nursing, Siam University, Bangkok, Thailand.

⁶Public Health Service Center 36, Bangkok, Thailand.

สรุปผล: ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ: การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมทักษะการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล และให้การสนับสนุนช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความเครียด การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a common chronic psychiatric disorder affecting many people in the community. It affects family, especially caregivers who are constantly exposed to changing symptoms of the patient causing stress

Research objectives: The study aimed to investigate factors related to stress and coping strategies among caregivers of people with schizophrenia in urban family.

Research methodology: This study used a descriptive design. By using Yamane's formula of sample size with a confidence coefficient of 95% and population of 120, the sample size required for this study needed to be 93 caregivers. Data collection lasted for three months. Instruments were a socio-demographic description of the family, the clinical status of the patient, the Suanprung Stress Test-20, and the Jalowiec Coping Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, and correlation was analyzed using the Pearson's Correlation Coefficient.

Results: Results showed that the stress level of caregivers was at moderate level (59.6%). Problem alleviation coping strategies were used; most of them were for coping with stress (62.8%). Regarding patient factors, the clinical status of patient changes had positively significant associated with stress and problem alleviation coping strategies ($p=.05$). However, socio-demographic description of caregiver factors was not associated with stress. Age, and relationship with the patient were positively significantly associated with problem confrontation and problem alleviation coping strategies ($p=.05$).

Conclusions: The clinical status of patient changes was positively correlated to stress and coping strategies of caregivers.

Implications: Mental healthcare of caregivers of schizophrenia patients should be individually promoted using coping skills with appropriate stress. Support and assistance should be provided according to caregivers' needs.

Keywords: stress, coping stress, schizophrenia, caregiver

บทนำ

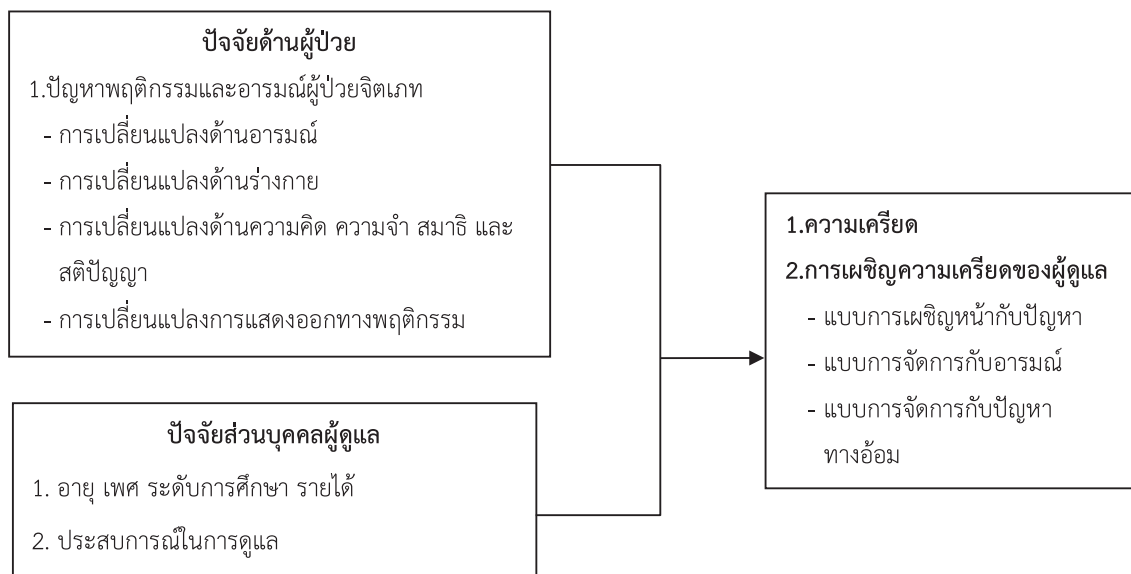
โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลและต่อสังคมในทุกระดับ จัดอยู่ใน 5 อันดับแรกของโรคที่สามารถรักษาด้วยยาที่เป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายตลอดช่วงชีวิตทั้งหมดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน มากกว่า 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ประเทศในแถบเอเชียพบความชุกน้อยกว่าประเทศในแถบซีกโลกตะวันตกและเพศชายพบมากกว่าเพศหญิง สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 0.7¹

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง มักมีอาการกำเริบเป็นระยะ อาการเจ็บป่วยมีผลต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมให้ปกติ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มักจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล² จนอาการดีขึ้นจึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านมาอยู่ในครอบครัวได้ แต่ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังคงมีอาการป่วยที่หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้ป่วย บางรายอยู่ในภาวะไร้ความสามารถหรือความพิการทางจิต สังคม ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำหลังจากรักษาภายใน 1 ปี³ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพจากคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล⁴ ในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการหลงเหลือ มีอาการทางลบ แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาทิ เช่น สีหน้าเฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เก็บตัว ทำให้มีปัญหาด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง⁵

ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งด้านความคิด ความจำ สมาธิและการตัดสินใจ ด้านอารมณ์ การพูด การสื่อสาร ทางด้านร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะกลางและขั้นรุนแรง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอาการทางจิตก่อให้เกิดความกดดันและความเครียดแก่ผู้ดูแล⁶ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย ขาดอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัว ไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม⁷ และเป็นปัจจัยที่ส่งผลการเป็นภาระของผู้ดูแล⁸ โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์

อาการล่วงหน้าได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมด้านความคิด อารมณ์ การพูด เกิดขึ้นจากที่มีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวมีความซับซ้อนยากที่ผู้ดูแลจะรับมือและจัดการกับปัญหาได้ ทำให้เกิดความเครียด อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดหลัง ปวดศีรษะ เมื่อยล้า ผลกระทบด้านจิตใจที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความเครียดที่รุนแรง วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ถูกตีตราจากสังคม นอกจากนั้นผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทางเศรษฐกิจเพราะต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ทำให้ขาดรายได้ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น มีหนี้สินจากการกู้ยืมมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน⁹ มีการวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกับความเครียดของผู้ดูแล พบว่าอายุและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาวนานจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลที่อายุน้อยและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย เพราะอายุที่มากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบที่มากขึ้น ผ่านเรื่องราวต่าง ๆ เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาในการดูแล ผู้ดูแลมีรูปแบบการเผชิญความเครียดที่หลากหลาย ได้แก่ การเผชิญหน้าปัญหา โดยการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี แบบการจัดการอารมณ์ และการจัดการปัญหาทางอ้อม โดยการระบายความรู้สึกนึกคิดในการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความเครียด หรือการบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันแต่ละครอบครัวขึ้นอยู่กับอายุ และประสบการณ์แต่ละบุคคล¹⁰ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การยอมรับและจริงจังต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความคิด พฤติกรรมที่แปลก ๆ ของผู้ป่วย¹¹

องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนเมืองยังมีน้อย จากการลงพื้นที่เขตธนบุรี ภาษีเจริญ และบางแคพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี จากการสำรวจชุมชนพบผู้ป่วยที่มีคนในครอบครัว



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อปี พ.ศ. 2561 จำนวน 120 คน บางรายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและจำหน่ายจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ บางรายไม่ได้รับการรักษาเพราะผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้อาการทางจิตกำเริบยากต่อการดูแลของคนในครอบครัว ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียด และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเขตเมือง เพื่อคาดหวังว่าองค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์กับผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมโดยการปรับตัวในทางที่ดีและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลเชิงบวกต่อผู้ป่วย ลดการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบของโรค และเพื่อการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin¹² และการทบทวนวรรณกรรมซึ่งกล่าวถึงความเครียด และผลของความเครียดที่

เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันอย่างต่อเนื่องทั้งด้านปัจจัยภายในตัวบุคคลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล⁹ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วยปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยและปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแลซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของบุคคล ซึ่งความสัมพันธ์แสดงในภาพที่ 1

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมืองในเขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) หนึ่งช่วงเวลาหนึ่งตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2561 ถึง เดือนธันวาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พักอาศัย

ในเขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ยามาเน (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 93 คน โดยมีคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลอย่างน้อย 3 เดือน
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. ไม่จำกัดช่วงอายุและเพศในชุมชนเขตภาษีเจริญ บางแคและเขตธนบุรี

คุณสมบัติคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลและตอบข้อคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้

2. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วย ดัดแปลงมาจากของ Patsadu¹³ มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.83 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 ระดับมาก, 2.34-3.66 ระดับปานกลาง, 1.00-2.33 ระดับน้อย

2. แบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST 20) ที่สร้างขึ้นโดย Mahatnirunkul, Pumpaisanchai, Tapunya¹⁴ สร้างขึ้นจากแนวคิดของ มิลเลอร์ สมิธ และโรสเทน มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.85 แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนน 0-23 ระดับน้อย, คะแนน 24-41 ระดับปานกลาง, คะแนน 42-61 ระดับสูง, 62 คะแนนขึ้นไป ระดับรุนแรง

3. แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 แปลเป็นภาษาไทยโดย Sutayakorn¹⁵ มีความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.95 แปลผลโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ ค่าคะแนน 0.01-0.33 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ น้อย ค่าคะแนน 0.34-0.67 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ ปานกลาง และค่าคะแนน 0.68-1.00 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ มาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ E004h/61 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยตนเอง ถามความสมัครใจในการร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล จะรายงานผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. เตรียมแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ บางแค อาสาสมัครในชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ

2. การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ประชาสัมพันธ์โครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

3. ลงพื้นที่ในชุมชน เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ บางแค สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ชี้แจงโครงการและการรักษาความลับของอาสาสมัครและครอบครัว และลงนามในการเข้าร่วมโครงการในแต่ละเขตพื้นที่ นัดเวลาที่อาสาสมัครสะดวกในการให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ บางแค ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามที่บ้านผู้ดูแล ผู้วิจัยอธิบายการตอบคำถามแก่อาสาสมัครโดยละเอียด การเก็บข้อมูลใช้เวลาโดยประมาณ 30 นาทีต่อผู้ดูแล 1 คน จนครบทุกเขตพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท ความถี่การเกิด และระดับความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทกับความเครียด และการเผชิญความเครียดโดยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
ชุมชนเมือง กรณีศึกษา : เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ และ
เขตบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ
83.9 เพศชาย ร้อยละ 16.1 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส

คิดเป็นร้อยละ 46.2 มีอายุมากกว่า 60 คิดเป็นร้อยละ 45.2
การศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.9
มีรายได้ในครอบครัว น้อยกว่า 10,000 คิดเป็นร้อยละ 54.8
ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43 ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง กรณีศึกษา : เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ
และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร (n= 93)

	ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	78	83.9
	ชาย	15	16.1
สถานภาพ	โสด	31	33.3
	สมรส	43	46.2
	หม้าย	19	20.5
อายุ	21-30	3	3.2
	31-40	7	7.5
	41-50	22	23.7
	51-60	19	20.4
	>60	42	45.2
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	8	8.6
	ประถมศึกษา	39	41.9
	มัธยมศึกษา	22	23.7
	อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	11	11.8
	ปริญญาตรี	13	14.0
รายได้ต่อเดือน	<10,000	51	54.8
	10,000-15,000	21	22.6
	15,001-20,000	14	15.1
	>20,000	7	7.5
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	<5	16	17.2
	6-10	19	20.4
	11-15	10	10.8
	16-20	8	8.6
	>20	40	43.0

ส่วนที่ 2 ระดับปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 68.8 ด้านทางกาย อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 62.4 ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 72.0 การพูด และการติดต่อสื่อสาร อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.6 การแสดงออกทางพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 83.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.6 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.8 และพบว่า ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหากับความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อม คิดเป็นร้อยละ 63.4 รองลงมามีการเผชิญหน้ากับปัญหา คิดเป็นร้อยละ 30.1 และมีการจัดการกับอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 6.5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับ (n= 93)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)
1. ด้านอารมณ์	8 (8.6)	21 (22.6)	64 (68.8)
2. ด้านทางกาย	7 (7.5)	28 (30.1)	58 (62.4)
3. ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา	9 (9.7)	17 (18.3)	67 (72.0)
4. การพูด และการติดต่อสื่อสาร	5 (5.4)	26 (28.0)	62 (66.6)
5. การแสดงออกทางพฤติกรรม	1 (1.1)	14 (15.1)	78 (83.8)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับความเครียด (n= 93)

ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
น้อย	10	10.8
ปานกลาง	56	60.2
สูง	21	22.6
รุนแรง	6	6.4
การเผชิญความเครียด		
การเผชิญหน้ากับปัญหา	28	30.1
การจัดการกับอารมณ์	6	6.5
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	59	63.4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p value
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล		
อายุ	.15	.15
ระดับการศึกษา	-.09	.35
รายได้ครอบครัว	-.06	.56
ระยะเวลาในการดูแล	.14	.19
ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
ด้านอารมณ์	.40	.001*
ด้านทางกาย	.30	.003*
ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา	.42	.001*
การพูด และการติดต่อสื่อสาร	.24	.018*
การแสดงออกทางพฤติกรรม	.44	.001*

* $p < .05$

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านอารมณ์ ด้านทางกาย สติปัญญา ความคิด ความจำ สมาธิและปัญญา การพูด การติดต่อสื่อสาร และปัญหาทางพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญกับปัญหาและการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .21, .22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ ด้านทางกาย และการแสดงออกด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลแบบการจัดการกับอารมณ์และแบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .29, .29$ ตามลำดับ) การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ สมาธิและสติปัญญา สัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .21$) การแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยสัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับอารมณ์ และแบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .22, .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน

ปัจจัย	การเผชิญหน้ากับ ปัญหา (r)	การจัดการกับ อารมณ์ (r)	การจัดการกับปัญหา ทางอ้อม (r)
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล			
อายุ	.21*	.14	.22*
ระดับการศึกษา	-.05	-.07	.01
รายได้ครอบครัว	-.04	-.13	-.08
ระยะเวลาในการดูแล	.09	.19	.13
ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย			
ด้านอารมณ์	.14	.29*	.29*
ด้านทางกาย	.00	.16	.19
ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา	.08	.12	.21*
การพูด และการติดต่อสื่อสาร	-.01	.09	.09
การแสดงออกทางพฤติกรรม	.13	.22*	.28*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.6) อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดในระดับปานกลาง ทั้งที่โดยสภาพผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลน่าจะมีระดับความเครียดสูง แสดงถึงการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่คลุมเครือ เป็นอันตรายต่อสภาพความมั่นคง ความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ดูแล จนทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับโรค อาการของโรค ตลอดจนภาระความรับผิดชอบที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเกิน 6 ปี ทำให้เกิดการปรับตัว การยอมรับ และผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์สูง อีกทั้งการที่ผู้ดูแลเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะส่งผลทำให้ความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶

2. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหากับความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.8) อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตนเอง ทำใจยอมรับกับปัญหา และหาวิธีการที่ทำให้ตนเองรู้สึกตนเองดีขึ้นโดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลมุ่งจัดการกับตนเอง โดยการลดความเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ เช่น การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฟังธรรมะ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ออกกำลังกาย สำหรับการเผชิญความเครียดแบบการจัดการอารมณ์ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดวิธีนี้น้อย อาจเนื่องจากการประเมินระดับความเครียดของตนเองในการดูแลผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้ดูแลไม่ใช้การแสดงออกทางอารมณ์แต่เลือกวิธีอื่นแทน¹⁷

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ ด้านทางกาย สติปัญญา ความคิด ความจำ สมาธิและปัญญา การพูด การติดต่อสื่อสาร และ ปัญหาทางพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่ไม่คงที่ เป็นผลมาจากความบกพร่องทางด้านความคิด อาจมีอาการหลงผิด การรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง สูญเสียความจำ บกพร่องเรื่องสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง คิดซ้ำ คิดในสิ่งที่คนปกติคาดไม่ถึง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจอยู่ในระยะที่เฉียบพลันหรือเรื้อรังแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อีกทั้งยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choksomngam, Jiraporncharoen, Angkurawaranon, Pinyopornpanish และ Narkpongphun พบว่าความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล¹⁶ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ Inta และ Teaktong ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยและจำนวนชั่วโมงที่ดูแล ไม่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อภิปรายได้ว่าผู้ดูแลมีลักษณะที่เฉพาะบุคคล หากผู้ดูแลมีความเข้าใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ไม่รับรู้ถึงการเป็นภาระก็สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้¹⁷

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าซึ่งปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลสัมพันธ์กับการเผชิญกับความเครียดแบบเผชิญกับปัญหา และการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .21, .22$ ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการประเมินความเครียดที่ต่างกัน และเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่เลือกใช้แบบวิธีเผชิญกับปัญหา และเมื่อต้องเผชิญปัญหาเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบทางอ้อม ผู้ดูแลต้องปรับใจตนเองทำใจยอมรับกับปัญหา และหาวิธีที่จัดการกับตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายจนทำให้ตนเองดีขึ้น¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Akpan-Idiok, Ehiemere, Asuquo และ Osuchukwu ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเผชิญความเครียดที่ผสมผสาน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับปัญหาแบบ

ทางอ้อม¹⁹ และยังพบปัจจัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลแบบการจัดการกับอารมณ์และแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ($r = .29, .29$ ตามลำดับ) การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ สมาธิและสติปัญญาสัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ($r = .21$) การแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยสัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับอารมณ์ และแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ($r = .22, .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งอภิปรายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างกันย่อมส่งผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน การจัดการความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นลักษณะที่บุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เกิดและสร้างปัญหาให้กับตนเองแล้ว แต่ไม่พยายามที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงให้สถานการณ์ดีขึ้น บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เพื่อลดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ให้ดีขึ้นตามความรู้สึกลงก่อนเพื่อให้ตนเองมีเวลาคิดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ สมาธิและสติปัญญา การแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรเตรียมผู้ดูแล ทั้งในด้านการให้ความรู้และการประคับประคองทางจิตใจ เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมให้ผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถนำผลการวิจัยไปวิจัยต่อเนื่องในการสร้างโปรแกรมการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะเขตพื้นที่ควรขยายผลไปยังพื้นที่อื่นเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลในชุมชนเมือง
2. ควรมีการสร้างโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคอื่นเพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือครอบคลุมได้อย่างเหมาะสม

References

1. Kwansanit P. and Srisurapanont M. The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2018; 26(1):50-62. (In Thai)
2. Damruk P. and Thongprapai P. Medication adherence in home patients with schizophrenia: a care scheme developed in community in Yala province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6: 29-42. (In Thai)
3. Juntapim S., Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018; 36(2): 68-76. (in Thai)
4. Samuthrsindh P., Wilakarat J., Chomchern R., Kittipongpisan S. The development of functional ability assessment tool for chronic schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2017; 24:189-201. (In Thai)
5. Parnichsan L., Uthis P. The effects of family intervention program on family functions of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018; 32: 90-103. (In Thai)
6. Sanprakhon P., Chusri O., Wongwiseskul S. Effects of family caregiving support on caregiving burden among family caregivers of older person with dementia. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020; 36(3): 45-56. (In Thai)
7. Namlao W., Nabkasorn C., Vatanasin D. Factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia in Sakaeo Rajanagarindra psychiatric hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2018; 29:24-35. (In Thai)
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. Kongnirundon S., Vatanasin D., and Nabkasorn C. Factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018; 32(3): 118-32. (In Thai)
10. Limthongkul M., Aree S. Sources of stress, coping strategies, and outcomes among nursing students during their initial practice. *Rama Nurs J*. 2019; 15:193-205. (In Thai)
11. Smithnaraseth A. Coping and adaptation of family caregivers with Schizophrenia Patients. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 2017; 11(3):43-56. (In Thai)
12. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ., Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990; 25: 32-6.
13. Patsadu P. Family caregiver's stress, coping, and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury [graduate's thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2013. (In Thai)

14. Mahatnirunkul S., Pumpaisanchai V., Tapunya P. Developmental Suanprung stress test. Changmai: Suanprung; 1997. (In Thai)
15. Sutayakorn N. Relationship between family coping behavior and confidence in dependent care of stroke patients [graduate's thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 1988. (In Thai)
16. Choksomngam Y., Jiraporncharoen W., Angkurawaranon C. Pinyopornpanish K. and Narkpongphun A. The prevalence and factors associated with stress in caregivers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Academic Psychiatry and Psychology Journal. 2019; 35(2): 121-32. (In Thai)
17. Inta J., Teaktong T. The effects of the stress therapy program for caregivers of patients with schizophrenia in community hospitals, Pathumthani. Academic Psychiatry and Psychology Journal. 2019; 15(1): 223-34. (In Thai)
18. Pothiban L., Khampolsiri T. Stress and stress-coping behaviour in caregivers of older adults having parkinson's disease. Thai Journal of Nursing Council. 2019; 34(2) 62-75. (In Thai)
19. Akpan-Idiok PA, Ehiemere IO, Asuquo EF, Ukeunim Chabo JA, Osuchukwu EC. Assessment of burden and coping strategies among caregivers of cancer patients in sub-Saharan Africa. World J Clin Oncol. 2020; 11(12): 1045-63.
20. Yongpattanjit S., MonKong S. and Sutti N. Caregivers' stress and coping with stress from caring for terminally ill patients in a palliative care unit. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020; 35(2) 116-31. (In Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี

Factors Related to HIV Prevention Behaviors among Men Who Have Sex with Men, Ratchaburi Province

Received: Feb 2, 2021
Revised: May 3, 2021
Accepted: May 17, 2021

อรวรรณ วังลึก พ.ย.ม. (Orawan Wangluk, M.N.S.)¹
พัชรพร เกิดมงคล ป.ด. (Patcharaporn Kerdmongkol, Ph.D.)²
อาภาพร เฝ้าวัฒนา ป.ด. (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)³
ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ ป.ด. (Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D.)⁴
ปรารถนา สติยวิภาวี ป.ด. (Pratana Satitvipawee, Ph.D.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยระบุว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 22 เท่า

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการแบบลูกโซ่ จำนวน 255 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) รูปแบบการดำเนินชีวิต 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 4) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 5) การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 6) การเข้าถึงถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 7) อิทธิพลต่อคู่นอน 8) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .71, .87, .94, .89, .82 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์โลจิสติกส์อันดับ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.6 มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รูปแบบการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพบว่าตัวแปรอิทธิพลของคู่นอน เป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญที่สุด (OR = 25, p < .001)

ได้รับทุนสนับสนุนจากการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2563

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: orawan.wangluk@hotmail.com

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ⁴E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th,

⁵E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.th

⁶รองศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ⁷E-mail: pratana.sat@mahidol.ac.th,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

สรุปผล: อิทธิพลของคู่นอนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ข้อเสนอแนะ: ควรสนับสนุนความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการปรับปรุงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จะสนับสนุนให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างสม่ำเสมอต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี เอชไอวี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายรักชาย

Abstract

Introduction: Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a global public health problem. Men who have sex with men (MSM) were more likely to be at risk of HIV infection 22 times than the average person.

Research objectives: The study aimed to investigate factors relating to HIV prevention behaviors among MSM in Ratchaburi province.

Research methodology: This study used a descriptive cross-sectional design. A snowball sampling technique was employed to recruit 255 participants. Data were collected using a self-answer questionnaire method. A set of questionnaires were used to collect data including: 1) personal characteristics, 2) lifestyle, 3) AIDS knowledge and HIV prevention, 4) the perception of HIV risk behavior, 5) obtaining information on antiretroviral drugs (ARV) to prevent HIV infection, 6) ease of access to condoms and ARV to prevent HIV infection, 7) influence of sexual partners, and 8) HIV prevention behaviors. Their reliabilities using Cronbach's alpha for questionnaires number 3-8 were: .71, .87, .94, .89, .82, and .92, respectively. Descriptive statistics, Chi-Square test, and Ordinal Logistic Regression Analysis were used for analysis.

Results: The results showed that about half of the participants (50.6%) had low levels of HIV prevention behavior. Factors significantly related to HIV prevention behavior included age, education level, occupation, income, HIV screening, sexually transmitted infection (STI) screening, healthy lifestyle, AIDS knowledge and HIV prevention, the perception of HIV risk behavior, obtaining information on ARV to prevent HIV infection, and ease of access to condoms and ARV to prevent HIV infection. Moreover, the influence of sexual partners was the significant strongest predictor of HIV prevention behaviors (OR = 25, $p < .001$). Conclusions: The influence of sexual partners was the significant strongest factor influencing HIV prevention behaviors among MSM.

Implications for practice: Knowledge of HIV prevention should be encouraged. Furthermore, an improvement of access to public health services is very important because it can support MSM to access HIV prevention devices. Consequently, it will support them to continuously keep conducting HIV prevention behaviors.

Keywords: HIV prevention behavior, HIV, men who have sex with men, gay

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ โดยนับว่าเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อปัญหาภาวะสุขภาพทางเพศ การเจ็บป่วยเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่า 2 ทศวรรษ โดยข้อมูลขององค์กร UNAIDS ปี ค.ศ. 2018 ได้กล่าวว่า การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 70 ล้านคน และประชากรที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 35 ล้านคน และพบจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี ค.ศ. 2018 ประมาณ 1.7 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 54 ซึ่งทวียุโรปฝั่งตะวันออก และทวีปเอเชียตอนกลาง พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 95 จากผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด และยังระบุว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีโอกาสดูติดเชื้อได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 22 เท่า¹ โดยพบว่าปัญหาการติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นภัยคุกคามและเป็นปัญหาที่เรื้อรัง และสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์มากยิ่งขึ้น

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย จากข้อมูลการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่าในปี ค.ศ. 2025 คาดประมาณว่าจะพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 4,401 ราย ผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมประมาณ 412,957 ราย และมีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 10,584 ราย และระบุว่าถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในปี ค.ศ. 2020 ร้อยละ 49 เพิ่มขึ้นร้อยละ 52² และพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลคาดการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) พบเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 53³ และจากผลการสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยรอบปี พ.ศ. 2561 รายงานสำรวจ Integrated Behavior and Biological surveillance (IBBS) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใน 5 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต ชลบุรี เชียงใหม่ และราชบุรี) ในปี พ.ศ. 2553-2559 พบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.2 ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.6 ในปี พ.ศ. 2559³ นอกจากนี้ยังพบว่า จังหวัดราชบุรีมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสูง

ได้ระบุว่า ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดราชบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีความชุกร้อยละ 15.57, ร้อยละ 17.80 และร้อยละ 14.43 ตามลำดับ⁴ โดยพบว่า ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดราชบุรีมีค่าสูงกว่าความชุกระดับประเทศคือ ร้อยละ 9.65⁵

ผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย แล้วนั้น ด้านสภาพจิตใจทำให้ผู้ติดเชื้อมีภาวะซึมเศร้าได้ และพบว่าถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้อย่างทั่วถึงแล้วก็ตาม แต่ยังคงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมยังอยู่ในระดับที่ไม่ดีมากนัก⁶ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จะต้องรักษาโดยวิธีการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง^{7,8} ทั้งนี้ยังส่งผลกระทบด้านทรัพยากรบุคคล ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นแรงงานหลักของประเทศ จากรายงานข้อมูลการสรุปลักษณะการณผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน และทำให้กลายเป็นภาระให้กับรัฐบาลและประเทศชาติอีกทางหนึ่ง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากที่สุดและเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ง่ายมากขึ้น รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ที่ระบุว่า ฝ่ายรับ มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า ฝ่ายรุก เนื่องจากเยื่อของช่องทวารหนักมีความเปราะบาง ขาดความยืดหยุ่นและไม่มีการสร้างสารหล่อลื่น เมื่อมีการเสียดสีหรือการมีเพศสัมพันธ์ จึงก่อให้เกิดบาดแผลได้ง่ายและส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าฝ่ายรุก¹⁰ และการมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอน ในขณะที่มีหน่วยงาน/องค์กรที่เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลเรื่อง เอชไอวีทั้งระดับสากลและภายในประเทศไทยได้กำหนดให้ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น โดยได้กำหนดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ออกเป็น 4 พฤติกรรม^{11,12} ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดติดเชื้อเอชไอวี การรับประทานยาต้านไวรัส และรวมไปถึง

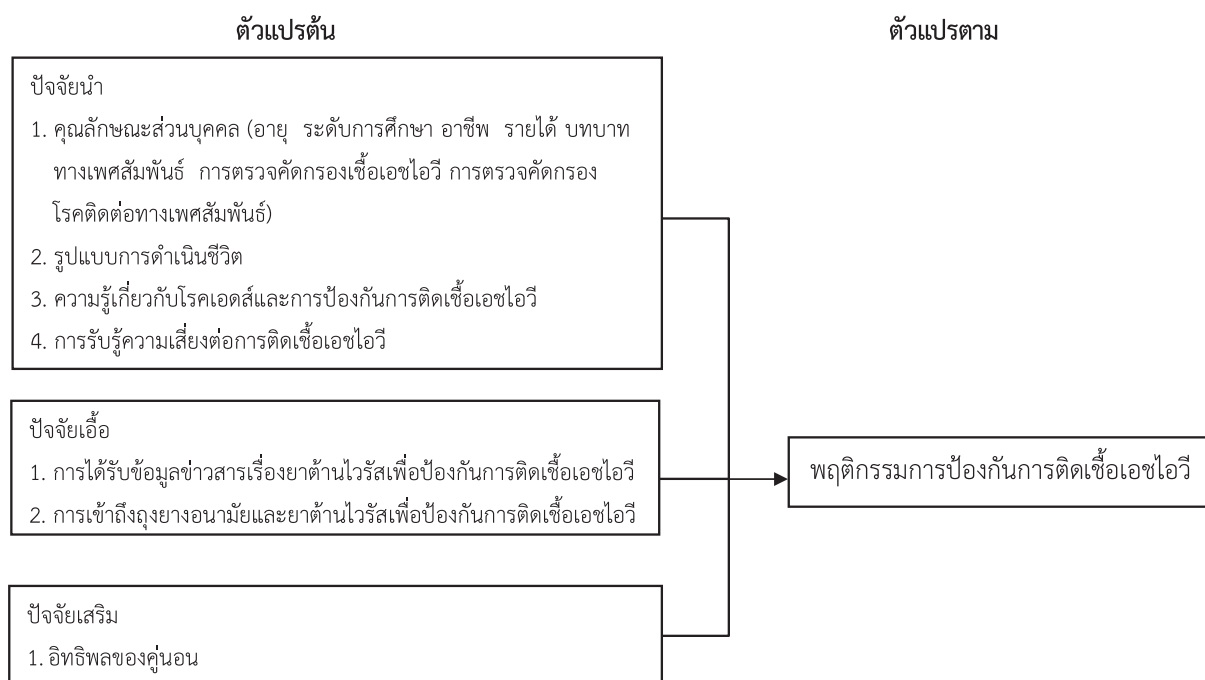
การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นั้น
ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ได้มีการ
ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศ
สัมพันธ์กับชายในพื้นที่ของเขตกรุงเทพมหานคร หรือใน
ลักษณะเมืองใหญ่ เช่น เชียงใหม่ หรือ ภูเก็ต เป็นต้น ทั้งนี้
ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาในพื้นที่จังหวัดราชบุรี เนื่องจาก
เป็นจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศ
สัมพันธ์กับชายสูง เป็นจังหวัดที่มีแหล่งสถานประกอบการที่มี
ชายรักชายมาขายบริการ ที่ได้รับความนิยมจากชายที่มีเพศ
สัมพันธ์กับชายในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากการซื้อ
ขายมีราคาถูก¹³ และเป็นพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ
การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยวิธี
simple random sampling ของสำนักกระบวนวิชา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555
จนถึงปัจจุบัน¹⁴ และอีกทั้งผู้วิจัยได้มีความสนใจในตัวแปร
รูปการดำเนินชีวิตของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยได้ปรับ
รูปแบบการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมกับในพื้นที่จังหวัด
ราชบุรี ที่อาจจะมีความแตกต่างและโอกาสความเสี่ยงที่จะ
สัมผัสเชื้อเอชไอวีจากพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร หรือเมือง

ขนาดใหญ่

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มองค์ความรู้ เพื่อ
เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อ
สนับสนุนมาตรการและกลวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
โดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและลดการติดเชื้อ
เอชไอวีของกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE
Framework¹⁵ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีจำเพาะในการวิเคราะห์
สาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่ม
ชายที่มีเพศสัมพันธ์ชาย โดยได้เลือกใช้ขั้นตอนที่ 3 ของแนวคิด
PRECEDE Framework คือ ขั้นตอนการประเมินทางการ
ศึกษาและทางนิเวศวิทยา (Phase 3 : Educational &
Ecological assessment) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่
ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling
factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)
ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล รูปแบบการดำเนินชีวิต ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และอิทธิพลของเพื่อน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี (ไม่ทราบขนาดประชากร)

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran อ้างใน Thato¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการแบบลูกโซ่ (Snowball sampling technique)

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่นอนที่เป็นเพศชายหรือสาวประเภทสอง ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โดยรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของ สามารถสื่อสารและสามารถ

อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจาก การวิจัย (exclusion criteria) คือ ภายหลังการตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัย พบว่าพบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามน้อยกว่า 95%

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม (questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาททางเพศสัมพันธ์ การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีและการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง มีข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดำเนินชีวิต โดยแบ่งตามกิจกรรมการใช้ชีวิตตามลักษณะกลุ่มกิจกรรม โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมด้านครัวเรือน ด้านสังคม ด้านเพศ ด้านสุขภาพ และ กิจกรรมกลางแจ้ง ประเมินจากแบบสอบถามในการตอบตามความเป็นจริงตามรายการ (check list) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับช่องทางการได้รับเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการรับประธานยาต้านไวรัสก่อนและหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเมินจากแบบสอบถาม ตอบถูก-ผิด และ ไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ ($KR-20 = .715$)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ความเชื่อหรือความรู้สึนึกคิดว่า มีพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ (Reliability = .878)

ส่วนที่ 5 การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แหล่งทรัพยากรด้านข้อมูลข่าวสารจากแหล่งสื่อต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและความสามารถในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการ

เข้ารับยาด้านไวรัสประเมนได้จากแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ (Reliability = .942)

ส่วนที่ 6 การเข้าถึงถุงยางอนามัยและยาด้านไวรัส เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยความยากง่ายในการจัดซื้อ จัดหาถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทั้งขนาดที่ต้องการและราคาที่เหมาะสม การเข้าถึงแหล่งที่จะขอรับถุงยางอนามัยและยาด้านไวรัสโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประเมินได้จากแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ (Reliability = .899)

ส่วนที่ 7 อิทธิพลต่อคู่นอน ประกอบด้วย การคล้อยตามต่อคู่นอนของตนในการปฏิเสธ การแนะนำและขอร้องให้มีการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ประเมินได้จากแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ (Reliability = .823)

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 4 พฤติกรรม ดังนี้ 1) พฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ 2) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 3) พฤติกรรมการใช้ยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ 4) พฤติกรรมการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประเมินได้จากแบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ (Reliability = .929)

ทั้งนี้ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom)¹⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ ช่วงคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60-80 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และในแบบสอบถามส่วนที่ 4-8 จัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 กลุ่ม แบ่งเป็นระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น (Best)¹⁸ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามการวิจัย และคำนวณดัชนีความตรงกับเนื้อหา (Content validity index) ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.864 โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าระหว่าง 0.7-0.9

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2019-120 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ต้องตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้นัดหมาย สายตั้งต้น และผู้ช่วยเก็บข้อมูล เพื่ออธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลปฏิบัติตามขั้นตอนคู่มือการเก็บข้อมูล ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย และตอบแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเก็บแบบสอบถามใส่ในซองเอกสารที่บ่งแสงและปิดผนึกด้วยตนเอง สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และเก็บรักษาข้อมูลดำเนินการเพียงผู้เดียว และนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีระบุข้อมูลรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเฉพาะที่เข้าถึงได้ยาก และปิดบังสถานะของตนเอง ผู้วิจัยได้ติดต่อ ประธานนัดเวลาและสถานที่ กับบุคคลสำคัญที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่จังหวัดราชบุรี และกำหนดให้เป็นสายตั้งต้น และทั้งนี้ผู้วิจัยให้สายตั้งต้น แนะนำผู้ช่วยเก็บข้อมูลอีก 4 สาย ได้แก่ สาย A, B, C และ D ในการช่วยเก็บข้อมูล จากนั้นนัดหมายเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามรายข้อและเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง แจกคู่มือขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลอ่านและทำความเข้าใจ โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการเก็บแบบสอบถามอย่างละเอียดและอธิบายข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามในหนังสือยินยอมตนในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงตอบแบบสอบถามให้แล้วเสร็จ และเก็บแบบสอบถามที่ตอบเรียบร้อยแล้วใส่ซองเอกสารที่บ่งแสงที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแนะนำกลุ่มบุคคลที่รู้จักและมีคุณสมบัติตามโครงการวิจัยแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลต่อไป และกำหนดให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูล รวบรวมส่งคืนแบบสอบถามทุก

2 สัปดาห์ กลับมายังสายตั้งต้น และสายตั้งต้นจะรวบรวมให้ ผู้วิจัย เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามเพียงผู้เดียว และเก็บข้อมูลไปจนครบตามจำนวนที่ผู้วิจัยกำหนด 255 คน โดยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม ปี พ.ศ.2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และพิสัยควอไทล์ เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ไคสแควร์ (Chi-square) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และทดสอบความสามารถในการทำนายปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์โลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด คือ 18 ปี อายุสูงสุดคือ 54 ปี มีค่ามัธยฐาน คือ 24 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.9) ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 36.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือ เป็นนักเรียน/นักศึกษา และพบร้อยละ 53.3 มีรายได้ ต่ำกว่า 9,000 บาท/เดือน พบพบทางเพศสัมพันธ์เป็นฝ่ายรับ ร้อยละ 44.5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 41.3 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบเพียง ร้อยละ 23.1 และมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีตพบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคหนองในแท้ โรคหนองในเทียม และโรคซิฟิลิส (ร้อยละ 17.4, 10.9 และ 6.5) ตามลำดับ และประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันที่แพทย์วินิจฉัยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคหนองในแท้ โรคเอดส์ และโรคซิฟิลิส (ร้อยละ 2, 1.6 และ 1.2) ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.6 มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาคือ

ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.4 และระดับสูง ร้อยละ 20 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามประเภทของพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 4 พฤติกรรม ได้ดังนี้ 1) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.09 คะแนน 2) การหลีกเลี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.44 คะแนน 3) พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.70 คะแนน และ 4) พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.98 คะแนน

3. การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่ามี 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ จำนวน 10 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รูปแบบการดำเนินชีวิต (ด้านสุขภาพ) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 2) ปัจจัยเอื้อ จำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าถึงถุงยางอนามัย และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ 3) ปัจจัยเสริม จำนวน 1 ปัจจัย ได้แก่ อิทธิพลของคู่นอน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 1

และพบว่ามี 5 ปัจจัย ได้แก่ อาชีพ การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รูปแบบการดำเนินชีวิตด้านการเที่ยวกลางคืน และอิทธิพลคู่นอน ที่สามารถทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์โลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) และสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ ร้อยละ 75.3 โดยที่ตัวแปรอิทธิพลของคู่นอน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 25, p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี			Chi - Square (df)	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
อายุ				29.538	<.001**
18 - 24 ปี	25 (17.6)	25 (17.6)	92 (64.8)	(2)	
25 ปี ขึ้นไป	25 (21.7)	49 (45.0)	35 (32.1)		
ระดับการศึกษา				34.329	<.001*
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย	1 (2.8)	9 (25.0)	26 (72.2)	(6)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ปวส.หรือเทียบเท่า	8 (12.5)	20 (31.3)	36(56.3)		
ปริญญาตรีขึ้นไป หรือเทียบเท่า	32 (23.4)	39 (28.5)	66 (48.2)		
ปริญญาโท ขึ้นไป หรือเทียบเท่า	10 (58.8)	7 (41.2)	0 (0)		
อาชีพหลัก				57.221	<.001**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ นักเรียน/นักศึกษา	15 (16.1)	9 (9.7)	69 (74.2)	(8)	
รับจ้างทั่วไป/	4 (10.8)	9 (24.3)	24 (64.9)		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	6 (11.8)	28 (54.9)	17 (33.3)		
ข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ	19 (42.2)	14 (31.1)	12 (26.7)		
พนักงานบริษัทเอกชน/ โรงงาน	7 (5.6)	15 (53.6)	6 (21.4)		
รายได้ (บาท/เดือน)				52.316	<.001 **
น้อยกว่า 9,000	19 (14.0)	21 (15.4)	96 (70.6)	(6)	
9,001-15,000	11 (19.0)	27 (46.6)	20 (34.5)		
15,000-25,000	11 (34.4)	14 (43.8)	7 (21.9)		
มากกว่า 25,000 ขึ้นไป	10 (34.5)	13 (44.8)	6 (20.7)		
บทบาทเพศสัมพันธ์				3.921	.417
ฝ่ายรุก	22 (21.2)	28 (26.9)	54 (51.9)	(4)	
ฝ่ายรับ	24 (22.2)	37 (32.7)	52 (46.0)		
ฝ่ายรุกและฝ่ายรับ	4 (10.8)	10 (27.0)	23 (62.2)		
การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี				122.255	<.001**
ไม่เคยเข้ารับการตรวจ	2 (1.3)	32 (21.5)	115(77.2)	(2)	
เคยเข้ารับการตรวจ	49 (46.7)	43 (41.0)	13 (12.4)		
การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				79.331	<.001 **
ไม่เคยเข้ารับการตรวจ	17 (8.7)	56 (28.6)	123(62.8)	(2)	
เคยเข้ารับการตรวจ	34 (57.6)	19 (32.2)	6 (10.2)		
กิจกรรมด้านครัวเรือน				.704	.703
พักผ่อนอยู่บ้าน	36 (20.5)	54 (30.7)	86 (48.9)	(2)	
ทำกิจกรรมนอกบ้านในวันหยุด	15 (19.0)	21 (26.6)	43 (54.4)		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี			Chi – Square (df)	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
กิจกรรมด้านการเที่ยวกลางคืน				.710	.701
ไม่เที่ยวกลางคืน	15 (22.4)	21 (31.3)	31 (46.3)	(2)	
เที่ยวกลางคืน / สังสรรค์ กับเพื่อน	36 (19.1)	54 (28.7)	98 (52.1)		
กิจกรรมด้านเพศ				1.352	.509
มีคู่นอนประจำ (คู่รัก)	28 (17.7)	48 (30.4)	82 (51.9)	(2)	
มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ	23 (23.7)	27 (27.8)	47 (48.5)		
กิจกรรมด้านสุขภาพ				16.210	<.001 **
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ	10 (14.1)	34 (47.9)	27 (38.0)	(2)	
ออกกำลังกายเป็นประจำ/สม่ำเสมอ	41 (22.3)	41 (22.3)	102(55.4)		
กิจกรรมกลางแจ้ง				2.802	.246
ชอบท่องเที่ยวในประเทศ	37 (21.0)	68 (30.4)	109 (48.7)	(2)	
ชอบท่องเที่ยวต่างประเทศ	4 (12.9)	7 (22.6)	20 (64.5)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี				95.115	<.001 **
ระดับต่ำ	3 (3.0)	18 (18.0)	79 (79.0)	(4)	
ระดับปานกลาง	13 (14.8)	32 (36.4)	43 (48.9)		
ระดับสูง	35 (52.2)	25 (37.3)	7 (10.4)		
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				94.041	<.001**
ระดับต่ำ	0 (0)	0 (7.4)	25 (100)	(2)	
ระดับปานกลาง	8 (6.6)	29 (24.0)	84 (69.4)		
ระดับสูง	43 (39.4)	46 (42.2)	20 (18.3)		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี				73.450	<.001 **
ระดับต่ำ	0 (0)	20 (21.7)	72 (78.3)	(4)	
ระดับปานกลาง	25 (23.6)	31 (29.2)	50(47.2)		
ระดับสูง	26 (45.6)	24 (42.1)	7 (12.3)		
การเข้าถึงถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัสเอชไอวี				101.282	<.001 **
ระดับต่ำ	0 (0)	3 (12.5)	21 (87.5)	(2)	
ระดับปานกลาง	6 (4.3)	40 (28.6)	94 (67.1)		
ระดับสูง	45 (49.5)	32 (35.2)	14 (15.4)		
อิทธิพลของคู่นอน				131.144	<0.001 **
ระดับต่ำ	2 (1.3)	33 (21.4)	119 (77.3)	(2)	
ระดับปานกลาง	0(0)	0(0)	0(0)		
ระดับสูง	49 (48.5)	42 (41.6)	10 (9.9)		

หมายเหตุ: * p < .05, ** p < .001

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ปัจจัย		Estimate	Std.Error	Wald	OR	p-value
Threshold	พฤติกรรมการป้องกันเอชไอวีระดับต่ำ	0 ^a	.	.		
	พฤติกรรมการป้องกันเอชไอวีระดับปานกลาง	-1.990	.902	4.868	0.136	.027
	พฤติกรรมการป้องกันเอชไอวีระดับสูง	-6.067	1.043	33.817	0.002	<.001**
Location						
อาชีพ	อาชีพอื่นๆ	0 ^a	.	.		
	ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	-1.757	.548	10.268	0.172 ^b	.001*
	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	-1.915	.556	11.884	0.147	.001*
คัดกรอง HIV	ไม่เคยเข้ารับการตรวจ	0 ^a	.	.		
	เคยเข้ารับการตรวจ	-2.356	.615	14.647	0.094 ^b	<.001**
คัดกรอง STI	ไม่เคยเข้ารับการตรวจ	0 ^a	.	.		
	เคยเข้ารับการตรวจ	-2.014	.513	15.397	0.133 ^b	<.001**
เที่ยวกลางคืน	ไม่ชอบเที่ยวกลางคืน	0 ^a	.	.		
	เที่ยวกลางคืน / สังสรรค์ กับเพื่อน	1.145	.458	6.250	3.142 ^b	.012*
อิทธิพลคู่นอน	ระดับต่ำถึงปานกลาง	0 ^a	.	.		
	ระดับสูง	-3.216	.529	36.992	0.040 ^b	<.001**

หมายเหตุ *p < .05, ** p < .001, b หมายถึง ค่า OR < 1 โอกาสเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี = 1/OR เท่า

อภิปรายผลการวิจัย

อาชีพ สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะอาชีพที่แตกต่างกัน ทำให้ความสะดวกในการเข้าถึงข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน กล่าวคือลักษณะของอาชีพที่มีลักษณะการเข้าถึงสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์หรืออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย ย่อมจะส่งเสริมให้บุคคลมีทางเลือกในการตัดสินใจในการซื้อหรือจัดสรรอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น^{10,19}

การตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความรู้ความสามารถของตนเอง หรือ ได้รับความเสี่ยงของพฤติกรรมของตนเองที่มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่มีความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง บุคคล

นั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค เช่น การเข้ารับการตรวจคัดกรองเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป²⁰ ทั้งนี้ในการศึกษาอื่น ๆ พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีจำนวนน้อยที่ยังไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่สนใจที่จะเข้ามาใช้บริการการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถึงแม้ค่าใช้จ่ายจะมีราคาถูกหรือตรวจฟรีก็ตาม ซึ่งจะส่งผลให้ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และไม่ทราบสถานะผลเลือด มีโอกาสแพร่เชื้อได้มากกว่าคนที่ทราบสถานะผลเลือดถึง 9 เท่า¹⁹

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบัน การเข้ารับการตรวจคัดกรองเอชไอวี จะมีการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยเสมอ กล่าวคือ หากเมื่อบุคคล

ที่เข้ามารับการตรวจเชื้อเอชไอวีเพื่อทราบสถานะผลเลือด เพื่อเข้ารับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี บุคคลนั้นต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางโรคไม่แสดงอาการ ทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมาพบแพทย์ก็ต่อเมื่อเกิดอาการเท่านั้น หรือรักษาเองโดยการไปซื้อยารับประทานเองตามร้านขายทั่วไป²² ดังนั้นเมื่อบุคคลเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองทั้งนี้เมื่อบุคคลเข้ารับบริการจะได้รับความรู้ ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความทันสมัยอยู่เสมอ ส่งให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอีกด้วย

รูปแบบการดำเนินชีวิต พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบรักสนุก ชอบปาร์ตี้ สังสรรค์มีโอกาสที่จะได้รับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ารูปแบบอื่น แต่ทั้งนี้กลุ่มคนที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบเสี่ยง ย่อมที่จะมีการรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง และต้องมีการป้องกันตนเองเพื่อให้ไม่เผชิญหรือลดความเสี่ยงนั้นลง ดังนั้นในกลุ่มรูปแบบการดำเนินชีวิตชอบเที่ยวกลางคืน อาจเกิดขึ้นโดยง่ายและรวดเร็วภายในวันแรก ที่รู้จักและเกิดขึ้นกับคนแปลกหน้า²¹ แต่ทั้งนี้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมชอบเที่ยวกลางคืน ปาร์ตี้ และสังสรรค์จะมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่สูงกว่า ในขณะที่ไม่ชอบเที่ยว อาจจะมีคู่นอนประจำ และคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงเลยนำไปสู่การไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

อิทธิพลของคู่นอน พบว่าเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญที่สุด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอิทธิพลของคู่นอนระดับสูง มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากระดับต่ำไปสูงเป็น 25 เท่า เมื่อเทียบกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอิทธิพลของคู่นอนในระดับต่ำถึงปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า อิทธิพลของคู่นอนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หากในกรณีคู่นอนเรียกร้องให้มีการใช้ถุงยางอนามัย บุคคลก็จะคล้อยตามและมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยตามที่คู่นอนเรียกร้อง แต่ในทางตรงกันข้ามหากคู่นอนต่อรองไม่ใช้ถุงยาง

อนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ บุคคลก็จะมีพฤติกรรมไม่ใช้ถุงยางอนามัยด้วย เพื่อเป็นการแสดงถึงความรัก ความจริงใจ ความตั้งใจในการคบหา

ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ บทบาททางเพศสัมพันธ์ รูปแบบการดำเนินชีวิต กิจกรรมด้านครัวเรือน ด้านเพศ ด้านสุขภาพ กิจกรรมกลางแจ้ง ความรู้เรื่องเอชไอวีและวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันการเข้าถึงความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าถึงข่าวสารและช่องทางการเข้ารับอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายมากขึ้นในหลายช่องทางการเรียนรู้ เช่น ในอินเทอร์เน็ตที่ทุกคนทุกกลุ่มวัย อาชีพ ทุกระดับการศึกษา มีความสามารถที่จะเข้าถึงได้ง่าย¹⁰ รวมไปถึงบทบาทของการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายรุก ฝ่ายรับ หรือ ทั้งรุกและรับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นอยู่กับคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ลักษณะอย่างไร เช่น คู่นอนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ถุงยางอนามัย(ความสะดวกและการยอมรับ) จะส่งผลให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยตามมา¹⁹ และมักจะใช้ถุงยางอนามัยสูงกับคู่นอนชั่วคราวหรือเมื่อเปลี่ยนคู่นอน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวสูงเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับคู่นอนประจำ²⁰ และทั้งนี้พบว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับรูปแบบการดำเนินชีวิตของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต ยังมีปัจจัยอื่นที่มาเกี่ยวข้อง เช่น รสนิยมทางเพศแบบไม่ชอบการใส่ถุงยางอนามัย (bare back) เป็นต้น²² จึงทำให้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาหน่วยบริการที่เอื้อและส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น การให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไป

สู่การติดเชื้อเอชไอวี สร้างช่องทางการเข้ารับบริการขอรับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้บริการที่มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น เพื่อลดการตีตราในประชากรกลุ่มเสี่ยง

2. การพัฒนาแนวทาง/คู่มือการให้ความรู้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแก่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ควรสนับสนุนกิจกรรมให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา ได้แก่ ความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ช่องทางและได้รับความสะดวกในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยครอบคลุมไปจนถึงคู่นอน ทั้งนี้ในการศึกษา เพื่อสร้างความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันผลักดันให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกมากขึ้น เช่น การสนับสนุนให้มีระบบบริการการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบเชิงรุก การรับบริการตรวจและฟังผลภายในวันเดียว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อต่อคู่นอนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ถึงแม้จะมีระดับความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ดี มีการรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความสะดวกในการเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเห็นความสำคัญของคู่นอนมากกว่าการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีลดลงได้

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่อง ทักษะคติของการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะประเด็น การศึกษาความแตกต่างระหว่างในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกลุ่มที่มีคู่นอนประจำและกลุ่มที่ไม่มีคู่นอนประจำ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต่อไป

References

1. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics - 2019 fact sheet [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
2. Family health international (FHI) and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. The Asian Epidemic Model (AEM) projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025 [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/Size%20Estimation/AEM_Thailand 2005-2025.pdf
3. Division of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Diseases. Communication to strengthen protective behaviors AIDS/STIs [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <http://aidsboe.moph.go.th/app/bookup/uploads/2020-03-09147053907.pdf>
4. Division of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Diseases. Report of HIV prevention services with antiretroviral drugs prior to exposure to HIV [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <http://www.prepthai.net/ViewCascade.asp>
5. Division of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Diseases. Report of HIV prevention services with antiretroviral drugs prior to exposure to HIV [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <http://www.prepthai.net/ViewCascade.aspx>

6. Tonbunyuen P. Quality of life predictors of people living with HIV/AIDS in Ban Bueng District, Chonburi Province. *J Pub Health Nursing* 2015;29(1): 80-7. (in Thai).
7. Yutitumsathit V, Aksornprom A. The role of family members for supporting AIDS patients in ATC clinic KamphaengPhet Hospital. *The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal* 2017; 23(3): 175- 86. (in Thai).
8. Phakdee K. HIV AIDS [Internet]. 2015 [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/sites/default/files/public/issue/pdf/full/atRama17.pdf>
9. Bureau of Epidemiology. Situation of AIDS and HIV infection in Thailand [Internet]. 2012 [cited 2019 Jul 22]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>
10. Laisuwannachart P, Auemaneekul N, Powwattana A. Factors predicting HIV preventive behaviors among male youths who have sex with men in Bangkok. *JHNR* 2020;36(2): 177-89. (in Thai).
11. Centers for Disease Control and Prevention. HIV risk and prevention [Internet]. 2019. [cited 2019 Jun 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/>
12. Division of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Diseases. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 22]. Available from: http://www.thaiaidsociety.org/images/PDF/hiv_thai_guideline_2560
13. Duangwises N. Gay movement in Thai society: practices and paradigms [doctoral's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2010. (in Thai).
14. Jantaramanee P, Jantaramanee S. A prevalence survey of HIV and sexually transmitted infection among men who have sex with men (MSM), Thailand: venue day time sampling (VDTs) and respondent driven sampling (RDS). *Disease Control Journal* 2016; 42(4): 269-79. (in Thai).
15. Green, L. W., & Kreuter, M. W. *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: McGraw –Hill; 2005.
16. Thato R. *Nursing research : concepts to application*. 3rd ed. Bangkok: Chulabook; 2018. (in Thai)
17. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: Mc Graw Hall; 1971.
18. Best, John W. *Research in Education*. 5th ed. New Jersey : Prentice Hall; 1986.
19. Pimthong S. Psycho-social factors correlated with HIV/AIDS preventive behavior in men who have sex with men: A structural equation model. *JBS* 2012; 18(2): 90-107. (in thai).
20. Rich AJ, Lachowsky NJ, Cui Z, Sereda P, Lal A, Moore DM, et al. Event-level analysis of anal sex roles and sex drug use among gay and bisexual men in vancouver, British Columbia, Canada. *Arch Sex Behav* 2016; 45(6): 1443- 51.
21. Buapan C, Rutchanagul P, Buaboon N. Factors predicting condom use behavior among men who have sex with men in Bangkok. *JHNR* 2018;34(2): 62-73. (in Thai).
22. Lachowsky NJ, Saxton PJ, Hughes AJ, Dickson NP, Summerlee AJ, Milhausen RR, et al. Younger gay and bisexual men's condom use with main regular sexual partner in New Zealand. *AIDS Educ Prev* 2015; 27(3): 257-74.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย

Factors Influencing Depression among Late Adolescents

Received: Oct 15, 2020

Revised: Nov 1, 2020

Accepted: Nov 24, 2020

อัญมณี มณีนิล พย.ม (Anyamanee Maneenil, M.N.S)¹ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ปร.ด. (Duangjai Vatanasin, Ph.D.)²กรภัทร เสงอุดมทรัพย์ ปร.ด. (Pornpat Hengudomsub, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: วัยรุ่นตอนปลายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลาย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 160 คน

ระเบียบวิธีวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความฉลาดทางสังคม แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน แบบประเมินการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และแบบประเมินการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87, .82, .90, .82, .91 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: วัยรุ่นตอนปลายมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 51.25 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 25 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 26.25 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความผูกพันในครอบครัว ($\beta = -.39, p < .001$) และความฉลาดทางสังคม ($\beta = -.15, p < .05$) มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าโดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายได้ ร้อยละ 22.30 ($R^2 = .223, p < .05$)

สรุปผล: ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายเป็นประเด็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสำคัญที่ทีมสุขภาพควรตระหนัก

ข้อเสนอแนะ: ควรจัดให้มีโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ช่วยป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัวและความฉลาดทางสังคม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีอิทธิพล วัยรุ่นตอนปลาย

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail: pook.kmntp@gmail.com

² corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: duangjaivat@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: pornpat12@yahoo.com

Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

Introduction: Late adolescents are at risk for depression due to various factors, with some linked to their life stage.

Research objectives: The purpose of this predictive-correlational study was to examine depression and its influencing factors among late adolescents in high schools in Muang District, Chanthaburi Province. Stratified random sampling method was employed to recruit sample ($n = 160$).

Research methodology: Data were collected using seven questionnaires: a Personal Information Form, the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, the Social Intelligence Scale, the Family Connectedness Scale, the Friendship Intimacy Scale, the Perception of Cyberbullying Victim Scale, and the Coping with Cyberbullying Scale. These scales yielded Cronbach's alpha coefficients of .87, .82, .90, .82, .91 and .95 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and stepwise multiple regression analysis.

Results: Findings revealed that there was depression among the sample (51.25%). Among these, 25% had mild to moderate depression, and 26.25% had severe depression. Stepwise multiple regression analysis revealed that family connectedness ($\beta = -.39, p < .001$), and social Intelligence ($\beta = -.15, p < .05$) had statistically significant predicted the depression. Together, these factors significantly explained 22.30% ($R^2 = .223, p < .05$) of the variance in depression among these late adolescents.

Conclusions: The results suggest that healthcare providers should be aware of late-adolescent depression as an important mental health concern.

Implication: Mental health programs or activities to prevent or decrease depression among late adolescents should be developed by enhancing family connectedness and social intelligence.

Keywords: depression, Influencing factors, late adolescents

บทนำ

ปัจจุบันวัยรุ่นตอนปลายมักมีปัญหสุขภาพจิต โดยเฉพาะซึมเศร้ามากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวัยรุ่นตอนปลายในประเทศไทยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 17.40-69.32¹⁻³ วัยรุ่นตอนปลายเป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุระหว่าง 16-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลายทั้งในส่วนของการปรับตัวตามระยะพัฒนาการ เป็นช่วงวัยเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการตามวัยทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้วัยรุ่นตอนปลายเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้⁴ วัยรุ่นตอนปลายส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางแผนศึกษาต่อระดับอุดมศึกษา บางส่วนมักถูกคาดหวังหรือกดดันจากครอบครัวในการสอบเข้าเรียนต่อในสาขาวิชาที่เป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น แพทย์ วิศวกร เป็นต้น⁵ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังเตรียมตัวเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21.40² นอกจากนี้วัยรุ่นตอนปลายยังต้องปรับตัวกับสภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคดิจิทัล มีการใช้สื่อออนไลน์กันอย่างแพร่หลายมากขึ้นตามนโยบาย “ไทยแลนด์ 4.0” ของรัฐบาลที่เน้นการพัฒนาและนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนาประเทศ⁶ ทำให้วัยรุ่นมีการใช้สื่อออนไลน์ในชีวิตประจำวันทั้งในส่วนของการติดต่อสื่อสาร การเล่นเกมออนไลน์ และการสืบค้นข้อมูล ซึ่งวัยรุ่นบางรายที่ขาดทักษะในการคัดกรองข้อมูล หรือหมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไป มักมีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต และอาจมีภาวะซึมเศร้า

วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผิดปกติไปจากเดิม⁷ ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการแปรปรวนง่าย หมดความสนใจในกิจกรรม รู้สึกเบื่อหน่าย รับประทานอาหารมากขึ้นหรือเบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือหลับมาก รู้สึกไร้ค่า มีความคิดลบต่อตนเอง โลกอนาคต บางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง⁸ ไม่มีสมาธิในการเรียน ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ต่ำ⁹ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นมักมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย¹⁰ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าสูงมักมีความคิดฆ่าตัวตายสูง ($r = .462, p < .01$)¹¹ นอกจากนี้ครอบครัวที่มีบุตรหลานซึมเศร่ายังต้องรับภาระในการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวอาจเกิดความเครียด ทุกข์ใจ อับอาย รู้สึกผิดกับสิ่งที่เกิดขึ้น¹² เมื่อวัยรุ่นตอนปลายมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2553 โรคซึมเศร้าเป็นโรคก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจอย่างมาก โดยมีมูลค่าสูงถึง 24,000 ล้านบาท และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 ความสูญเสียนี้จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า¹³

ปัจจุบันมีทฤษฎีหลากหลายที่อธิบายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย โดยประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยอื่น Rudolph (2012)¹⁴ จึงได้พัฒนารูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Theoretical model of the interpersonal context of adolescent depression) เพื่ออธิบายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพ ความคิด และจิตสังคม โดยมีสมมติฐานว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากการที่วัยรุ่นมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รู้สึกล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ซึ่งปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการที่วัยรุ่นมีการประเมินสัมพันธภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากปัจจัยภายในตนเอง ลักษณะของความผูกพันในสัมพันธภาพ ลักษณะของสัมพันธภาพภายในครอบครัว และพฤติกรรมทางสังคมที่บกพร่อง รวมทั้งรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียดหรือการเข้าร่วมสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากรูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของ Rudolph (2012)¹⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา

ความฉลาดทางสังคมเป็นความสามารถในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม รับรู้ เข้าใจ และตระหนักรู้ถึงความต้องการของสังคม¹⁵ ตามแนวคิดของ Rudolph (2012)¹⁴ ความฉลาดทางสังคมถือเป็นพื้นฐานภายในบุคคลที่สำคัญต่อการสร้างสัมพันธภาพ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสังคมสูงมักมีความสามารถและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี จึงไม่มีปัญหาสัมพันธภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.276, p < .01$)¹⁶ ความฉลาดทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ส่วนความผูกพันในครอบครัวเป็นการรับรู้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยรับรู้ถึงความอบอุ่น ห่วงใย และใส่ใจซึ่งกันและกัน¹⁷ ตามแนวคิดของ Rudolph (2012)¹⁴ พบว่าความผูกพันในครอบครัวถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการประเมินสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ และความบกพร่องของพฤติกรรมทางสังคม โดยวัยรุ่นตอนปลายที่มีความผูกพันในครอบครัวสูง มักรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความอบอุ่น และเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจากครอบครัว ทำให้สามารถประเมินการสร้างสัมพันธภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมจึงไม่เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า ความผูกพันในครอบครัวยังมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดระยอง ($\beta = -.19, p < .05$)³ และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนเป็นการรับรู้ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนวัยเดียวกัน รู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันรักใคร่ ห่วงใย มีความไว้วางใจ และมีการดูแลเอาใจใส่กัน¹⁸ ตามแนวคิดของ Rudolph¹⁴ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนอาจถือเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามวัย วัยรุ่นต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและสังคม หากวัยรุ่นมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงก็มักมีความมั่นคงในสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ทำให้สามารถประเมินสัมพันธภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีจึงไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดระยอง ($\beta = -.211, p < .001$)³

และในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ($\beta = -.150, p < .001$)¹⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยสำคัญที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ได้แก่ การรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นการรับรู้หรือการตีความของวัยรุ่นว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งผ่านระบบอินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยีเครื่องมือสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การนำข้อมูลส่วนตัวไปเผยแพร่ทั้งที่เป็นจริงและไม่เป็นจริง ทำให้ได้รับความเสียหาย รู้สึกอับอาย เครียด และสูญเสียความมั่นใจในการอยู่ในสังคม²⁰ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ไม่กล้าเข้าสังคม รู้สึกสิ้นหวัง ซึมเศร้าและตัดสินใจฆ่าตัวตาย²¹ จากการศึกษาพบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่รับรู้การถูกรังแกบนโลกออนไลน์สูงมักมีภาวะซึมเศร้าสูง ($r = .52, p = .055$)²² และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นมุมมองหรือความคิดของวัยรุ่นที่คาดการณ์ว่า หากตนเองต้องเผชิญกับการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์จะพยายามจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาหรือจัดการกับสาเหตุ เช่น บล็อกหรือลบผู้ที่กระทำแฉ้ง ตำรวจ หรือดำเนินคดีกับผู้กระทำ²³ ซึ่งรูปแบบของการเผชิญปัญหาดังกล่าวจะทำให้วัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือ และสามารถควบคุมหรือปรับตัวกับเหตุการณ์ได้มากขึ้นจึงไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.26, p < .05$)²⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้สนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยประยุกต์รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของ Rudolph¹⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยคัดสรรในการศึกษานี้ ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายที่สามารถนำไปพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรม เพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายกลุ่มนี้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ปัจจัยคัดสรรในการศึกษานี้ ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา

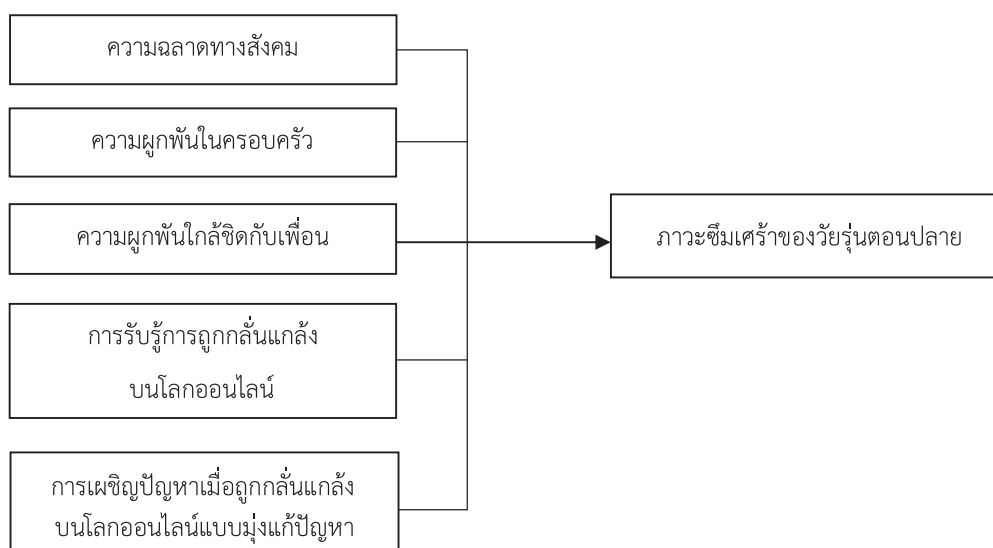
สมมติฐานในการวิจัย

ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของ Rudolph ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

โดย Rudolph เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากการที่วัยรุ่นมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ ไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีภาวะซึมเศร้า จากแนวคิดของ Rudolph ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา โดยมีสมมติฐานว่า วัยรุ่นตอนปลายที่มีความฉลาดทางสังคมสูงซึ่งเป็นพื้นฐานภายในบุคคลที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพมักสามารถรับรู้เข้าใจในสถานการณ์ และสามารถประเมินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ร่วมกับวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความผูกพันในครอบครัวสูงซึ่งเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นร่วมกับมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงซึ่งเป็นความต้องการตามวัยที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและสังคม ร่วมกับการรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์น้อย และมีแนวโน้มที่จะมีรูปแบบการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหาสูงมักสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี ทำให้ไม่เกิดปัญหาสัมพันธภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งรูปแบบของความสัมพันธ์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นหานี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 4-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2563 มีจำนวน 765 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 4-6 จำนวน 160 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายที่รุนแรง 2) ได้รับความยินยอมเข้าร่วมทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .10²⁵ และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ซึ่งโปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่า 134 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20²⁶ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วยตนเองจำนวน 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) สถานภาพของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว และประวัติภาวะซึมเศร้าของครอบครัว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1997) ฉบับภาษาไทยแปลโดย Trangkasomba²⁷ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าตามความถี่ของอาการและความรู้สึกของตนเองในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งคำถามทางลบ จำนวน 16 ข้อ และคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตร

ประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-16 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (17-21 คะแนน) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (≥ 22 คะแนน) ซึ่งปัจจุบันถือว่าคะแนนมากกว่า 22 เป็นจุดตัดที่ใช้ในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือหรือวินิจัยทางคลินิกต่อไป แบบประเมินฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปใช้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลายโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นโดยมีค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในกลุ่มวัยรุ่นเท่ากับ .84 ถึง .87^{3,16,28} การศึกษาค้นหานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .87

3. แบบประเมินความฉลาดทางสังคมของ Suriyo³ พัฒนามาจาก Tongsuebsai²⁹ ตามแนวคิดของ Goldman (2006)¹⁵ ลักษณะของแบบประเมินเป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินความฉลาดทางสังคม จำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็นสององค์ประกอบ ได้แก่ การตระหนักรู้ทางสังคม จำนวน 17 ข้อ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 23-92 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความฉลาดทางสังคมสูง แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เท่ากัน 0.89¹⁶ การศึกษาค้นหานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .82

4. แบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของ Re-senicket และคณะ¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทยโดย Nopparat³⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันใกล้ชิดของครอบครัว การรับรู้ความเข้าใจในตนเอง ความพอใจในสัมพันธภาพ การรู้สึกถึงความรัก และความรู้สึกเป็นที่ยอมรับของครอบครัว จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าวัยรุ่นตอนปลายมีความ

ผูกพันในครอบครัวมาก และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในวัยรุ่นตอนปลาย ระหว่าง .85 ถึง .86^{3,31} การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .90

5. แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนของ Buhrmester¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดย Nateethan³² ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในส่วนของ การมีมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์ และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เกือบทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน จนถึงไม่เคยเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่าง .82 ถึง .93^{3,32,33} การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .82

6. แบบประเมินการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของ Shapka and Maghsoudi³⁴ แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทยโดย Anuroj และ Pityaratstian²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ตลอดเวลา เท่ากับ 4 คะแนน จนถึงไม่เคยเลย เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าวัยรุ่นมีการรับรู้ตัวตนถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์สูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เท่ากับ 0.86²⁰ การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .91

7. แบบประเมินการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหาของ Jantharasiriput และ Huansuriya²³ พัฒนามาจากแบบประเมินการเผชิญปัญหา (The Stress Appraisal Measure: SAM) ของ Roesch and Rowley³⁵ ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความคิดและวิธีการแก้ปัญหาหากต้องเผชิญเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ จำนวน 17 ข้อ

ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหาสูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในกลุ่มวัยรุ่น เท่ากับ .85²³ การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรม G-HS 025/2563) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการท้าววิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ในวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ ในงานวิจัยถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยการเข้ารหัสไว้ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณะ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมลงนามเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในเอกสารแสดงความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับครูประจำชั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่กำหนด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินในห้องประชุมที่มีความเป็นสัดส่วน และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการของโรงเรียน ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงเวลาที่มิใช่สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึง

ความเป็นส่วนตัว มีการเว้นระยะห่าง (Social distancing) ตามนโยบายการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และมีมาตรการคัดกรองนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดังกล่าวอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบประเมินอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่บ่งบอกถึงภาวะเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก นำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และส่งต่อข้อมูลเป็นภาพรวมให้กับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อสังเกต ติดตาม หรือให้ความช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับความนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติก่อนการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษา มีจำนวน 160 คน เป็นเพศชายร้อยละ 45.60 เพศหญิงร้อยละ 54.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.10 โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16.57 ปี ($SD = .76$) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 38.10 มีผลการเรียนเฉลี่ยในปีการศึกษาต่ำสุดเท่ากับ 2.83 ($SD = 0.53$) กลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 60.00 อาศัยอยู่กับบิดามารดา และพบว่าบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.80 บิดาประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 25.00 และมารดาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.10 ในด้านเศรษฐกิจของครอบครัวพบว่า รายได้ของครอบครัว/เดือนเฉลี่ยเท่ากับ 21,183.67 ($SD = 11,475.83$) ส่วนใหญ่น้อยกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.80 รายได้มีความเพียงพอและมีเงินเก็บ คิดเป็นร้อยละ 74.40 ส่วนประวัติก้าวข้ามเศร้าในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติก้าวข้ามเศร้า คิดเป็นร้อยละ 93.10

2. ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 51.25 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 26.25 โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 17.72 ($SD = 8.74$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปร พบว่าความผูกพันในครอบครัว ($r = -.44, p < .01$) ความฉลาดทางสังคม ($r = -.29, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ส่วนการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ($r = .25, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย แต่ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ($r = -.04, p > .05$) และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา ($r = -.10, p > .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว และความฉลาดทางสังคม โดยตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายได้ร้อยละ 22.30 ($R^2 = .223, p < .05$) ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว ($\beta = -.39, p < .001$) และความฉลาดทางสังคม ($\beta = -.15, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้าจำแนกตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n = 160)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-16 คะแนน)	78	48.75
มีภาวะซึมเศร้า (> 16 คะแนน)	82	51.25
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (17-21 คะแนน)	40	25.00
ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (มากกว่า 22 คะแนน)	42	26.25
(Mean = 17.72, SD = 8.74, Range = 1-51)		

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร (n = 160)

ตัวแปร	Mean (SD)	1	2	3	4	5	6
1. ภาวะซึมเศร้า	17.72 (8.74)	1					
2. ความฉลาดทางสังคม	112.22 (1.46)	-.287**	1				
3. ความผูกพันในครอบครัว	40.42 (7.74)	-.441**	.288**	1			
4. ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	43.13 (8.28)	-.040	.405**	-.025	1		
5. การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	14.86 (6.61)	.254**	-.115	-.437**	.058	1	
6. การเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา	56.46 (14.51)	-.099	.147	.354**	-.047	-.567**	1

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

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย (n = 160)

ตัวแปร	b	SE	β	t	P-value
constant	50.50	6.25	-	8.09	.000
ความผูกพันในครอบครัว	-.44	.08	-.39	-5.32	.000
ความฉลาดทางสังคม	-.13	.06	-.15	-2.38	.019

 $R^2 = .223$; Adjust $R^2 = .21$; $R = .47$; $F_{(1,157)} = 22.47$; $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 51.25 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.72 ($SD = 8.74$) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างใกล้เคียงกับการศึกษาของ Seangsanaoh³ ที่พบว่าวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดระยองมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 46.40 แต่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าการศึกษาของ Chaweephokkamjorn¹ ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรีมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.19 ทั้งนี้เกิดจากความแตกต่างในด้านบริบทของวัยรุ่นตอนปลายในแต่ละเขตพื้นที่ที่แตกต่างกัน รวมทั้งช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 51.25 อาจเนื่องมาจากหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายใน ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบต่อวัยรุ่นกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็นช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 รัฐบาลมีนโยบายการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ มีมาตรการคัดกรองและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่เข้มงวด รวมทั้งขอความร่วมมือให้ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยและลดการออกไปทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประชาชนและกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายซึ่งต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านกับครอบครัว ทำให้การติดต่อสื่อสารและการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ กับเพื่อนวัยเดียวกันลดลง ส่งผลให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวล สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2563³⁶ พบว่าในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ประชาชนไทยมีความเครียดเพิ่มขึ้นและมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2563 อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของปี พ.ศ. 2562 กับปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นถึงประมาณร้อยละ 20

ในช่วงเวลาดังกล่าวรัฐบาลมีนโยบายให้เลื่อนการเปิดภาคเรียน จากกำหนดเดิมประมาณกลางเดือนพฤษภาคม ได้เลื่อนออกไปเป็นวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยระหว่างนี้ทางโรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์เพื่อชดเชยการเรียนการสอนในสถานศึกษา ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวให้เข้ากับการเรียนการสอนทางระบบออนไลน์ ต้องเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี ซึ่งบางรายมีข้อจำกัดเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจ เกิดความเหลื่อมล้ำทางด้านการศึกษา รวมทั้งขาดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอน ผู้เรียน และเพื่อนร่วมชั้นเรียน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับกับสถานการณ์ดังกล่าวจึงอาจทำให้วัยรุ่นตอนปลายเกิดความรู้สึกสับสน เครียด หรือวิตกกังวล อันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับข้อมูลของสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยร่วมกับองค์การยูนิเซฟ³⁷ ที่พบว่าวัยรุ่นไทยกว่าร้อยละ 54 มีความวิตกกังวลเรื่องอนาคตทางการเรียนของตนเองในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทำให้เกิดภาวะเครียดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังมีเศรษฐกิจของครอบครัวค่อนข้างต่ำ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.80 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาท ซึ่งผู้ประกอบการส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร หรือธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทำให้ผู้ประกอบการได้รับผลกระทบโดยตรงจากการขาดรายได้ ทั้งนี้สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ปี พ.ศ. 2563³⁷ ได้สำรวจผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ต่อเด็กและเยาวชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.74 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเงินของครอบครัวจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นที่กล่าวมาจึงทำให้วัยรุ่นตอนปลายในการศึกษานี้มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย สามารถอภิปรายตามขนาดของอิทธิพลของตัวแปรได้ดังนี้

2.1 ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ($\beta = -.39, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนปลายที่มีความผูกพันในครอบครัวสูงมักมีภาวะ

ซึมเศร้าเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Seangsanaoh³ ที่พบว่าความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย ($\beta = -.19, p < .05$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Samaksawee³⁸ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความผูกพันในครอบครัวสูงมักมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ($r = -.157, p < .001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายภายใต้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁴ ได้ว่าความผูกพันในครอบครัวเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงลักษณะสัมพันธ์ภาพของบุคคลภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญในการปลูกฝังหรือพัฒนาลักษณะการสร้างสัมพันธ์ภาพของบุคคล โดยบุคคลที่มีประสบการณ์การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีจะสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ไม่เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพและไม่มีภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 รัฐบาลมีนโยบายให้เลื่อนการเปิดภาคเรียนโดยให้เรียนผ่านทางระบบออนไลน์ที่บ้านภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาใกล้ชิดกับผู้ปกครองมากขึ้น หากครอบครัวใดมีความผูกพันในครอบครัวสูงจะมีการดูแลช่วยเหลือกันให้ผ่านพ้นสถานการณ์ไปได้ด้วยดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ในทางตรงข้ามหากครอบครัวใดมีความผูกพันในครอบครัวน้อยก็มักจะมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย ร่วมกับองค์การยูนิเซฟ³⁷ พบว่าในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) วัยรุ่นไทยร้อยละ 7 มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาและความรุนแรงที่เกิดในครอบครัว เช่น การทะเลาะหรือการทำร้ายร่างกายของผู้ปกครอง เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

2.2 ความฉลาดทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ($\beta = -.15, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนปลายที่มีความฉลาดทางสังคมสูงมักมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tayfun³⁹ ที่พบว่าความฉลาดทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย

ในตุรกี แต่ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Sachin และคณะ⁴⁰ ที่พบว่าความฉลาดทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน อาจเกิดจากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายภายใต้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁴ ได้ว่าความฉลาดทางสังคมเปรียบเสมือนปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธ์ภาพของวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสังคมสูงมักมีความสามารถในการเข้าใจและรับรู้ตนเอง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัวได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งเป็นสถานการณ์ใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพลักษณะความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตในสังคมโดยตรง ซึ่งวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสังคมสูงจะสามารถปรับตัว มีการสื่อสารหรือการแสดงออกทางสังคมเชิงบวก และประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบุคคล และไม่มีภาวะซึมเศร้า³⁹

2.3 ผลการศึกษายังพบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Rangsing³³ ที่พบว่าความผูกพันกับเพื่อนไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา แตกต่างจากการศึกษาของ Seangsanaoh³ ที่พบว่าความผูกพันกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดระยอง ($\beta = -.21, p < .001$) อาจเนื่องจากช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่สามารถไปเรียนกับเพื่อนที่โรงเรียนได้ ทำให้บทบาทของเพื่อนถูกลดลง การพบปะพูดคุย การสื่อสารหรือการมีกิจกรรมร่วมกันค่อนข้างน้อย ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในช่วงนี้จึงมีความสำคัญค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย³³

2.4 การรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหาไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย

อาจเนื่องจากในช่วงระหว่างการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งเป็นสถานการณ์วิกฤตที่เข้ามากระทบกับชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุ่นและครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมุ่งเน้นความสนใจในการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อไวรัสมากกว่าการรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Mean = 14.86, SD. = 6.61) และการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา (Mean = 56.64, SD. = 14.51) อยู่ในช่วงกลางของข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลค่อนข้างน้อย และมีความแปรปรวนค่อนข้างน้อยเมื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติจึงพบว่าตัวแปรทั้งสองไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อเสนอแนะกับผู้บริหารโรงเรียน ในการประเมินและติดตามภาวะซึมเศร้าของนักเรียนโดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างง่าย (screenings test) ทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี รวมทั้งมีนโยบายและมอบหมายให้ครูอาจารย์ประจำชั้นสังเกต ติดตาม และประเมินอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นอาการเบื้องต้นของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนเพิ่มขึ้น

มีการประสานความร่วมมือกับบิดามารดาหรือญาติผู้ใกล้ชิดในการช่วยเหลือนักเรียนอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีระบบการส่งต่อกับสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรด้านสุขภาพผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน ในการวางแผนการปฏิบัติงาน การจัดทำข้อมูลพื้นฐานของนักเรียนโดยเน้นเรื่องการสำรวจโรคประจำตัวและปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อสำรวจและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมสำหรับป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โดยเน้นการเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว หรือความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นตอนปลาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

การวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความผูกพันในครอบครัว หรือการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคม เพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายต่อไป

References

1. Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N, Adthasangsri V, Satitvipawee P, Prasertsong C. Youths and depression: depressive evaluation among senior high school students. journal science and technology mahasarakham university 2016;35(5): 530-7 (in Thai).
2. Uratanamnee S, Lertsamran S. Stress anxiety and depression of high school teenager in preparation for university admission. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2016;31(2): 98-4. (in Thai).
3. Seangsanah S, Vatanasin D, Hengudomsub P, Pratoomsr W. The influence of interpersonal factors on depression among late adolescents. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(3). (in Thai).
4. Santrock, J. W. Adolescence. New York: McGraw-Hill Education; 2014.

5. Tontean S. Study of stress and coping methods of high school students [Master thesis]. Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).
6. Secretariat of the Prime Minister. Driving the future towards stability, wealth and sustainability “Thailand 4.0” [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 15]. Available from <https://spm.thaigov.go.th/FILEROOM/spm-thaigov/DRAWER004/GENERAL/DATA0000/00000368.PDF>.
7. Beck, AT, Alford, BA. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania; 2009.
8. Ruangtrakul S. Basic Psychiatry and Psychiatry. 2nd ed. Bangkok: Ruen Kaew; 2010. (in Thai).
9. Watchareeudomkarn N. Psychiatricconsultation liaison in pediatric inpatient unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Faculty of Medicine, King ChulalongkornMemorial Hospital; 2009. (in Thai).
10. Kotnara I, Kittiwatanapaisan W, Rungreangkulkij S. Prevalence and predictive factors of depression among secondary school students: Sex difference analysis. Journal of Nursing Science & Health 2015;38(1):63-72. (in Thai).
11. Robkob W, Skulphan S, Sethabouppha H. Depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents. Journal of Nursing 2018; 45(4):144-58. (in Thai).
12. Loitrakul M, Sukanit P. Ramathibodi Psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Department of Psychiatry Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2015. (in Thai).
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual Report Department of Mental Health Fiscal [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 15]. Available from https://www.dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=410.
14. Rudolph KD. The interpersonal context of adolescent depression. In S. NolenHoek-sema & L. M. Hilt (Eds.), Handbook of depression in adolescents (pp. 376-418). New York: Routledge; 2012.
15. Goleman, D. Social intelligence: The new science of human relationships. New York: Bantam Books; 2006.
16. Suriyo T. The effect of a group counseling program to enhance the social intelligence of adolescents at risk as depression [Master thesis]. Srinakharinwirot University; 2016. (in Thai).
17. Resenick, MD et al. Protecting adolescents from harm: Findings from the National longitudinal study on adolescent health. The Journal of the American Medication Association; 1997;278(10): 823-32.
18. Buhrmester, D. Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. Child Development 1990;61(4):1101-11.
19. Chanralaksana N, Thaweekoon T, Sangon S. Factors predicting depression in secondary school students. The Journal of psychiatric Nursing and mental health 2015;29(2):28-143. (in Thai).
20. Anuroj K, Pityaratstian N. Validity and reliability of cyber-aggression perpetration and victimization scale:thai version. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2019; 64(1): 45-60. (in Thai).

21. Surat P. Causes and facts of cyber bullying: a case study of thai youths who are bullied. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology* 2018; 4(1):260-73. (in Thai).
22. Deenamjued R, Kulachai W. Antecedents of cyber bullying behaviors of high school students [Master thesis]. Burapha University; 2017. (in Thai).
23. Jantharasiriphut N, Huansuriya T. The relationship between frequency of cyberbullying and victim's coping: the mediating effects of anonymous bully [Master thesis]. Chulalongkorn University; 2017. (in Thai).
24. Sunsaksawat N, Hengudomsub P, Vatanasin D, Pratoomsri W. Factors influencing depression among mothers of pregnant teenage daughters. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017; 33(3):47-58. (in Thai).
25. Polit, D. F., Beck, C. T. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
26. Lemeshow, S., Howmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. West Sussex: John Wiley & Sons.
27. Trangkasombat U, Lapunsap W, Havanon P. Center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1997;42(1):168-70. (in Thai).
28. Rujiradarpor N, Trangkasombat U. Depression in senior high school students in Bangkok metropolis. *Journal Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54(4):337-45. (in Thai).
29. Tongsuebsai K. Development of social intelligence scale for undergraduate students [Master thesis]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
30. Nopparat P. Factors related to sexual risk behaviors among high school and vocational students [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2000. (in Thai).
31. Krasaesat W, Deoisres W, Watchrasin C. Relationships between family rituals, family connectedness and adolescents' resilience in ayutthayaa province. *Journal of Public Health, Burapha University* 2011; 6(2):59-68. (in Thai).
32. Nateethan M. Factors influencing depression of adolescents in mueang district Chiangmai province [Master thesis]. Chiangmai University; 2003. (in Thai).
33. Rangsingh C. Predictive factor that influence depression amongst secondary school students regional education office chiang rai province. *Journal of Nursing Council* 2011; 26(2):42-56. (in Thai).
34. Shapka, J. D., & Maghsoudi, R. Examining the validity and reliability of the cyber-aggression and cyber-victimization scale. *Comput Hum Behav* 2017;6:10-7.
35. Roesch, S. C., & Rowley, A. A. Evaluating and developing a multidimensional. *Journal of Personality Assessment* 2005; 85:188-96.
36. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for mental rehabilitation in the situation of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Nonthaburi: A-one Printing Limited Partnership.

37. UNICEF. (2020). Social Impact Assessment Report from the COVID-19 Epidemic in Thailand. [cited 2020 May 1]. Availabe from: [https:// www.unicef.org /thailand /th/reports](https://www.unicef.org/thailand/th/reports).
38. Samarksavee N, Sangon S. Factors associated with depression in nursing students. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015;29(3): 11-27. (in Thai).
39. Dogan T, Cetin B. The investigation of relationship between social intelligence, depression and some variables at university students. Journal of Human Sciences; 2008:5(2).
40. Sachin K, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors influencing mental health status of professional nurses in a private hospital. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):98-111. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2

Effect of Simulation-Based Learning on Knowledge, Perceived Self-Efficacy and Nursing Skills for Patients with Diabetes Mellitus Nursing Care among the 2nd Year Nursing Students

Received: Nov 8, 2021
Revised: Dec 15, 2021
Accepted: Feb 11, 2022

อุบล สุทธิเนียม พย.ม. (Ubol Suttineam, M.N.S.)¹
เสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล พย.ม. (Samerchan Teerawatskul, M.Sc. nursing)²
จินตนา รังษา พย.ม. (Jintana Rungsa, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีความสำคัญในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 จำนวน 69 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผล: การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้นักศึกษามีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีกิจกรรมที่เลียนแบบความเป็นจริง บนหอผู้ป่วย นักศึกษาฝึกการนำความรู้ไปใช้ ได้ประสบการณ์ของการปฏิบัติทักษะจริง จึงมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรสนับสนุนให้รายวิชาทางการพยาบาลจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพิ่มขึ้น เพื่อให้เป็นมาตรฐานการจัดการเรียนการสอนทั้งในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์อื่นที่ทำให้นักศึกษาไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริงได้

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะปฏิบัติการพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: Ubol.s@bcn.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: smerchan.t@bcn.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: Jintana.r@bcn.ac.th

¹⁻³Boromajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

Abstract

Introduction: Simulation-based learning is important to help nursing students develop knowledge, perceived self-efficacy, and nursing skills.

Research objective: To examine the effect of simulation-based learning (SBL) on knowledge, perceived self-efficacy, nursing skills for patients with diabetes mellitus (DM) nursing care.

Research methodology: This quasi-experimental study employed a two-groups pretest-posttest design. The participants were 69 second year nursing students practicing in the adult and elderly nursing practicum I course. A simple random sampling technique was used to allocate the participants into a SBL (36 students) and conventional learning (33 students) groups. Knowledge related to DM Nursing Scale, Self-efficacy to DM Nursing Scale, and DM Nursing Skill Checklist were used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: At post-test, a mean score of knowledge in the SBL group was statistically significant higher than the conventional learning group ($p < .01$).

At post-test, mean scores of perceived self-efficacy, and nursing skills in the SBL group were statistically significant higher than the conventional learning group ($p < .001$).

Conclusion: The SBL plays a major role in an improvement of knowledge, perceived self-efficacy, and nursing skills among nursing students who provided nursing care for patients with DM. Nursing students have opportunities to practice through realistic clinical scenarios. They have knowledge and experiences and apply them in real-life situations to having advanced knowledge, perceived self-efficacy, and nursing skills.

Implications: Nursing education programs should increase the use of SBL in nursing students prior to nursing practice in clinical settings. Moreover, SBL would be useful when nursing students are unable to practice in hospitals during challenging times.

Keywords: simulation-based learning, knowledge, perceived self-efficacy, nursing skills

บทนำ

การศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคล และสังคมโดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์ จรรยาลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้ขึ้น เกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคมการเรียนรู้ และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต¹ โลกในยุคศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการศึกษาด้วยการ “Teach less, Learn more” นั่นคือเปลี่ยนแปลงเป้าหมายจาก “ความรู้ (knowledge) ไปสู่ทักษะ (skill or practice)”² ดังนั้น ในการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นสายวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการตามสภาวะของแต่ละบุคคล ควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เรียนให้เป็นบัณฑิตแห่งศตวรรษที่ 21 ที่มีทักษะการเป็นผู้นำอันประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร การมีมนุษยสัมพันธ์ การตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น การเข้าใจในผู้ที่มีวัฒนธรรมต่างกัน และการใช้เทคโนโลยีในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับการใช้ความรู้ที่เรียนมาจากวิชาที่เป็นพื้นฐานโครงสร้างหรือวิชาแกนที่ผ่านมา รวมทั้งมีคุณธรรม จริยธรรมในการให้พยาบาล³ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ให้ความสำคัญในการผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และมีทักษะ ศตวรรษที่ 21 จึงได้จัดให้มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหองปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation based learning: SBL) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการเรียนการสอนทางการพยาบาล เนื่องจากช่วยให้ผู้เรียนมีการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัย และลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง⁴ สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูปการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 ที่มีการพัฒนาแนวคิด

การจัดการเรียนการสอนและการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงโดยยึดกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้สอนจะจัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม⁵ เพื่อให้ผู้เรียนคิดเป็น ทำเป็น เผชิญสถานการณ์และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ทำให้นักศึกษาไม่สามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพได้ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล เกิดความปลอดภัย และช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ลดข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยในบางประเด็น อาทิเช่น ความไม่เพียงพอของแหล่งฝึก และจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพตามหลักสูตรกำหนดในช่วงเวลาของการฝึกปฏิบัติ⁶

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ กำหนดให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 เป็นรายวิชาแรกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพหลากหลาย แต่ละหอผู้ป่วยจะมีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อในการหลั่งฮอร์โมน โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ และอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีความรู้ที่เฉพาะเรื่องและมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจึงจะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งแบบดูรา กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญต่อ

ปัญหาต่าง ๆ แม้กระทำความล้มเหลวหรือสิ่งที่ยากและพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่ เป็น ปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นยาก ซึ่งจะมี ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำหรือปานกลาง จนอาจทำให้บุคคล ไม่พยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้⁷⁻⁸ จาก การศึกษาผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริง มีประโยชน์ในการสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้⁹ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง¹⁰⁻¹² ความเชื่อมั่น ความพึงพอใจใน การเรียน^{6,11-12} ทักษะปฏิบัติการพยาบาล¹⁰ และช่วยในการ ประเมินทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลอีกด้วย⁹ สำหรับ การศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง (High fidelity simulation: HFS) กับการสอนปกติพบว่า การใช้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูงช่วยให้นักศึกษาพยาบาล เกิดความพึงพอใจและความมั่นใจเพิ่มขึ้นมากกว่าการใช้ กลยุทธ์การสอนแบบปกติ¹³

นอกจากนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อที่อาจเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ทำให้ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนจากการขึ้นฝึกปฏิบัติจริง บนหอผู้ป่วยในแหล่งฝึกมาเป็นการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ พยาบาลมากขึ้น ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติ การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการเรียนรู้จากสถานการณ์ จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถ

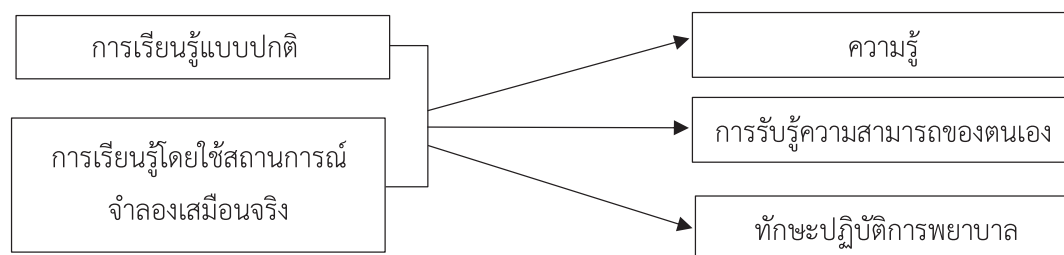
ของตนเองและทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วย โรคเบาหวานของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและกลุ่มที่เรียนแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลหลังการทดลองของ กลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่ากลุ่มที่ เรียนแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเรียนรู้ผ่าน ประสบการณ์ของ Kolb ที่ดัดแปลงโดย Hall¹⁴ จัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการเรียน ภาควิชาการ โดยการตั้งประสบการณ์เดิมของนักศึกษา เกี่ยวกับความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานออกมาใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นที่ 2 คือ แนวคิดที่เป็นรูปธรรม ประกอบด้วย กรณีศึกษา และการใช้คำถามกระตุ้นให้นักศึกษา เกิดความคิดรวบยอดที่สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยใน สถานการณ์ที่แตกต่างได้ ทั้งนี้ขั้นที่ 1 และ 2 นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเรียนรู้ภาค ทฤษฎีในห้องเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 มาก่อน แล้ว ขั้นที่ 3 คือ การทดลองทำโดยตรง โดยนักศึกษาพยาบาล นำความคิดรวบยอดมาลงมือปฏิบัติกับหุ่นจำลองเสมือน จริงสูง (High Fidelity Simulator: HFS) ตามสถานการณ์ที่ กำหนด คือ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล ในเลือดสูงตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล คือ การประเมิน สภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และขั้นที่ 4 คือ การสังเกตเชิงสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนคิด จากการสังเกต การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการสรุปผลการ ปฏิบัติ (Debriefing) ระหว่างผู้สอนและนักศึกษา มีการ ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้โดยการสอบวัดความรู้ ใช้แนวคิด การรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา⁷ มาวัดความ มั่นใจในตนเองของนักศึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล และประเมินทักษะปฏิบัติ



การพยาบาลโดยใช้วิธี OSCE (objective structured clinical examinations) ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลรายบุคคลได้¹⁵ ดังแสดงในแผนภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2563 จำนวน 145 คน จัดเป็นห้อง A จำนวน 69 คน ห้อง B จำนวน 76 คน กลุ่มตัวอย่าง มีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ภาคฤดูร้อน ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ห้อง A จำนวน 69 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) ที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 หาขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่เป็นเรื่องใกล้เคียงกัน¹⁶ ได้ค่าขนาดอิทธิพล 0.82 อ่านผลการวิเคราะห์จากโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนต่อกลุ่ม ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 69 คน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ให้นักศึกษาได้เรียนรู้เหมือนกันและการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง นักศึกษาเข้าเรียนรู้กลุ่มละ 4 คนตามบทบาหน้าที่ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน และ

กลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน แบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นกลุ่มเก่ง (GPA>3.00) ปานกลาง (GPA 2.50-3.00) และอ่อน (GPA<2.50) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับสลากรายชื่อนักศึกษาแบบไม่คืนที่ สลับกันในแต่ละกลุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4 คน รวม 9 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 33 คน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4-5 คน รวม 8 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ เลือกคำตอบถูก ได้ 1 คะแนน เลือกคำตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลตามระบบการวัดและประเมินผลของวิทยาลัยฯ กำหนดเกณฑ์ผ่าน 60%

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามกระบวนการพยาบาล คือ เป็นระดับของความรู้สึกรู้สึกมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย ถ้าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองระดับมากที่สุด

1.3 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล

ประเมินโดยใช้วิธีการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 สถานี ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลัก Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) 2) การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การวินิจฉัยการพยาบาล และ 4) การฉีดอินซูลิน แต่ละสถานีกำหนดหัวข้อ รายการประเมิน เกณฑ์การให้คะแนน รวม 100 คะแนน เกณฑ์ผ่าน 60 คะแนน กำหนดเวลาในการปฏิบัติสถานีละ 5 นาที แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับ คะแนนน้อยกว่า 60 หมายถึง ทักษะปฏิบัติการพยาบาลควรปรับปรุง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ขึ้นไป หมายถึง ทักษะปฏิบัติการพยาบาลดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนแบบ SBL จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา และภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลัก ABCDE 2) การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การวินิจฉัยการพยาบาล และ 4) การฉีดอินซูลิน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.73, 0.96, 0.96 และ 0.91 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ห้อง B ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยแบบทดสอบความรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และทำการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter rater reliability: IRR) ของแบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล ที่ความเชื่อมั่น 95% มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (IRR ระหว่าง 0.75-0.98)

2. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ โจทย์

สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 2 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร รับรองจริยธรรม BCNB-2560-02 จึงดำเนินการเชิญชวนให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก เป็นอาสาสมัครวิจัยด้วยความสมัครใจ มีการชี้แจงข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ จึงลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยประชาสัมพันธ์การวิจัย ติดต่อประสานงานและชี้แจงกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2

2. เตรียมสถานการณ์จำลองและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. จัดประชุมเตรียมความพร้อมทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจในรายละเอียดของสถานการณ์จำลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยการสอบทักษะทางคลินิก (OSCE)

4. สถานีที่มีทีมผู้วิจัยประจำแต่ละสถานีในการประเมินกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขั้นการทดลอง

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1): ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ภาวะ Diabetic Ketoacidosis และ Hyperosmolar

Hyperglycemic State โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วมให้นักศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 2 (หลังจากทบทวนความรู้ 7 วัน): ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) ให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Pre-test)

2) มอบหมายให้กลุ่มควบคุมศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในหัวข้อการประเมินผู้ป่วยตามหลัก ABCDE การวิเคราะห์ความแตกต่างของโรค การรักษาการพยาบาล และการฉีดยาอินซูลิน

3) จัดนักศึกษาทดลองเป็น 9 กลุ่ม ๆ ละ 4 คน เข้าเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติ ใช้เวลา 10 นาที ขั้นตอนการปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงสูง ใช้เวลา 25 นาทีต่อกลุ่ม กำหนดบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม 1 คน สมาชิกทีม 2 คน และผู้จัดบันทึก 1 คน และขั้นตอนการสรุปผลการปฏิบัติ ใช้เวลา 50 นาที โดยนำเหตุการณ์ที่บันทึกไว้มาเปิดให้กลุ่มตัวอย่างดูและให้สะท้อนความรู้สึกร่วมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาล การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผนการพัฒนาตนเองในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยและสามารถเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ

ครั้งที่ 3: กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Post-test) 4 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลัก ABCDE ทักษะการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทักษะการวินิจฉัยการพยาบาล และทักษะการฉีดยาอินซูลินโดยใช้วิธี OSCE

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ทำการศึกษ ไปใช้กับกลุ่มควบคุมและนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ห้อง B ทุกคน เพื่อให้มีประสบการณ์การเรียนรู้เท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของ

การใช้สถิติทดสอบค่าทีพบว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

2. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติค่าที (Paired t-test)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 36 คนและกลุ่มที่เรียนแบบปกติ จำนวน 33 คน ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.44 และ 96.97 มีอายุระหว่าง 20-21 ปี ร้อยละ 91.67 และ 87.88 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ($M=2.945$, $SD=.276$) และกลุ่มที่เรียนแบบปกติ ($M=2.940$, $SD=.236$) โดยใช้สถิติ t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

2.1 กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลอง ($\bar{X} = 8.17$, $SD = 1.66$ และ $\bar{X} = 3.78$, $SD = .45$ ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 4.72$, $SD = 2.16$ และ $\bar{X} = 2.96$, $SD = .44$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนและหลังการทดลอง (n=36)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้	4.72	2.16	8.17	1.66	10.527	.000***
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.96	.44	3.78	.45	10.308	.000***

**p < .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและกลุ่มที่เรียนแบบปกติก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	กลุ่มที่เรียนโดยใช้ SBL		กลุ่มที่เรียนแบบปกติ		t-test	P-value
	(n=36)		(n=33)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	4.72	2.16	4.70	2.34	0.047	.963
หลังการทดลอง	8.17	1.66	6.94	2.09	2.708	.009**

**p < .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและกลุ่มที่เรียนแบบปกติก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ค่าเฉลี่ยคะแนน	กลุ่มที่เรียนโดยใช้ SBL		กลุ่มที่เรียนแบบปกติ		t-test	P-value
	(n=36)		(n=33)			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	2.96	.44	3.39	.33	4.582	.000***
หลังการทดลอง	3.78	.45	3.23	.30	5.890	.000***

***p < .001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและกลุ่มที่เรียนแบบปกติหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ค่าเฉลี่ยคะแนน ทักษะปฏิบัติการพยาบาล	กลุ่มที่เรียนโดยใช้ SBL (n=36)		กลุ่มที่เรียนแบบปกติ (n=33)		t-test	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย	53.53	17.88	33.21	14.08	5.210	.000***
ทักษะการแปลผลการตรวจ	73.64	18.09	37.73	17.90	8.278	.000***
ทักษะการวินิจฉัยการพยาบาล	69.31	19.97	49.09	24.89	3.736	.000***
ทักษะการฉีดยาอินซูลิน	79.06	16.33	55.67	29.65	4.104	.000***
รวม	275.53	41.96	175.70	53.48	8.665	.000***

***p < .001

2. กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 8.17, SD = 1.66) สูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ ($\bar{X}$ = 6.94, SD = 2.09) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

2.3 กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 3.78, SD = .45) สูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ ($\bar{X}$ = 3.23, SD = .30) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

2.4 กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 275.53, SD = 41.96) สูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ ($\bar{X}$ = 175.70, SD = 53.48) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

เสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้นักศึกษามีความรู้ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงนำเสนอการอภิปรายเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ด้านความรู้ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 8.17, SD = 1.66) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 4.72, SD = 2.16) และสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อธิบายได้ว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำตามขั้นตอน วิธีการที่วางแผนไว้ คือ มีการทบทวนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนเข้าเรียน

เมื่อเข้าเรียนได้รับการ pre-brief ซึ่งมี 2 ขั้นตอนย่อย คือ ขั้นตอนย่อยที่ 1 Introduction ก่อนการเรียนการสอน ใช้เวลา 60 นาที แนะนำวิธีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง หน้าที่ในบทบาทของผู้เรียน การประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลัก ABCDE การรายงานผู้ป่วยตามหลัก Situation, Background, Assessment, and Recommendation (SBAR) และขั้นตอนย่อยที่ 2 Orientation ก่อนเริ่ม simulation ใช้เวลา 10 นาที โดยอธิบายเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ในห้องสถานการณ์จำลอง กำหนดบทบาทของผู้เรียน จากนั้นผู้เรียนเข้าฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นเสมือนจริง เป็นเวลา 25 นาที ซึ่งผู้เรียนต้องเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้การพยาบาลและแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์จำลอง หลังจากนั้นมีการสรุปผลการปฏิบัติ (De-briefing phase) ใช้เวลา 50 นาที เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนสะท้อนคิด ตระหนักถึงความสำคัญของวิธีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง โดยให้นักศึกษาสะท้อนสิ่งที่ปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงกับหุ่นเสมือนจริง สูงทั้งในส่วนที่เป็นจุดแข็งหรือส่วนที่ปฏิบัติได้ดี และส่วนที่เป็นจุดบกพร่องหรือการปฏิบัติที่ควรแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิม สิ่งเหล่านี้ทำให้นักศึกษาได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb ที่ Hall¹⁴ นำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายกระบวนการสร้างความรู้จากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทางการศึกษาพยาบาลที่ว่า การที่ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมและแนวคิดที่เป็นนามธรรมจากการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เรียนในชั้นเรียนโดยการสอนของผู้สอนมาก่อน แล้วจึงมาผ่านกระบวนการทดลองทำโดยตรงจากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และสะท้อนคิดโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับ⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองสามารถพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น¹⁷⁻¹⁸ จากการสัมภาษณ์นักศึกษาที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้ข้อมูลว่า “...ก่อนเข้า SBL มีการทำแบบทดสอบความรู้ ทำให้เรารู้ว่าเรามีความรู้แค่ไหน พอหลังเข้าเรียน SBL ทำให้เราเข้าใจมากขึ้น ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น...” “...การเข้า SBL ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น มีโจทย์สถานการณ์ทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ดีกว่าอ่านหนังสือ...”

2. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมหลังการทดลอง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = .45$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = .44$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีการจำลองความเหมือนจริงของผู้ป่วยผ่านการให้หุ่นจำลองที่สามารถควบคุมอาการ และอาการแสดงได้โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ภายใต้สิ่งแวดล้อมในคลินิกที่จำลองให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมสามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาลซ้ำได้หลายครั้ง จนเกิดความมั่นใจก่อนที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยจริง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เรียนได้เข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยจำลองสถานการณ์เสมือนหออผู้ป่วยจริงเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่กำหนด โดยผู้เรียนจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาลโดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้เหมาะสม วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้สอดคล้องกับสถานการณ์ และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งรายงานแพทย์และทีมพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงนี้ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้นก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง^{12-13,16} สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูล⁷ เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตาม จากการสัมภาษณ์นักศึกษาที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ให้ข้อมูลว่า “...การเข้าเรียน SBL เหมือนปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำให้เรามีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นก่อนที่จะไปปฏิบัติกับผู้ป่วย...” “...simulation ช่วยทำให้เรามีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ทำให้เรารู้ความสามารถของตนเอง เห็นข้อผิดพลาดของตนเอง เราจะได้กลับไปทบทวนสิ่งที่ผิดพลาด...”

3. ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 275.53, SD = 41.96) สูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ ($\bar{X}$ = 175.70, SD = 53.48) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและกลุ่มที่เรียนแบบปกติหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลัก ABCDE การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยการพยาบาล และการฉีดยาอินซูลินสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถพัฒนาสมรรถนะทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ได้ เนื่องจากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้สภาพความเป็นจริง ถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการลงมือปฏิบัติเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง ได้คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ ประเมินผลการปฏิบัติ เห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีการอภิปราย สรุปผลการเรียนรู้ร่วมกับผู้สอน โดยการสะท้อนคิดถึงกระบวนการ ประสบการณ์ ความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ และสรุปหลักการ แนวคิดหรือผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ ผลที่เกิดจากการ

เรียนรู้ดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะปฏิบัติการพยาบาล¹⁹⁻²⁰ การให้เหตุผลทางการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจทางการพยาบาล⁴ จากการสัมภาษณ์นักศึกษาที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้ข้อมูลว่า “...ก่อนเข้า SBL หนูรู้สึกตื่นเต้นมาก แต่เมื่อได้เข้าไปปฏิบัติในสถานการณ์จำลองที่อาจารย์กำหนด ทำให้ได้เรียนรู้ลงมือปฏิบัติทักษะต่าง ๆ เหมือนได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง...” “...การเข้าเรียน SBL ต่างกับการเข้า Lab ปกติ มีสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในการให้การพยาบาลก่อน-หลัง ทำให้เราได้ปฏิบัติทักษะต่าง ๆ หลายทักษะ เช่น การผสมยา การให้ออกซิเจน การฉีดยา การเจาะเลือด...”

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาอื่น ๆ มากยิ่งขึ้น
2. ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ รวมทั้งสถานการณ์อื่น ๆ ที่ไม่สามารถจัดให้นักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริงได้ อาจารย์ผู้รับผิดชอบในรายวิชาภาคปฏิบัติควรจัดให้มีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทดแทน และพัฒนาโจทย์สถานการณ์จำลองให้มีความหลากหลายและสอดคล้องกับลักษณะวิชา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อตัวแปรอื่น เช่น ความวิตกกังวล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความสามารถในการแก้ปัญหา การบริหารและทักษะปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ
2. ศึกษาเปรียบเทียบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับรูปแบบการสอนอื่นต่อความรู้ ความพึงพอใจและทักษะปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ
3. ศึกษาความคงทนในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

References

1. Office of the Council of State. National Education Act B.E. 2552 and B.E.2553. [cited 2019 Feb 2]. Available from <https://person.mwit.ac.th/01-statutes/NationalEducation.pdf>. (in Thai)
2. Panich V. 21st Century education. Lecture at Chiang Mai University [cited 2018 Sep 1]. Available from www.cola.kku.ac.th/main2/images/POR/KM/2557/vicharm_CMU_570718_N.pdf. (in Thai)
3. Kunaviktikul W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. Nursing Journal. 2015;42(2):152-6. (in Thai)
4. Sinthuchai S., Ubolwan K. Fidelity simulation based learning: Implementation to learning and teaching management. Journal of The Royal Thai Army Nurses; 2017; 18(1):29-38. (in Thai)
5. Office of the Council of State. National Education Act B.E. 2552 and B.E.2553. [cited 2016 Oct 20]. Available from: <https://www.mwit.ac.th/~person/01-Statutes/National Education. pdf>. (in Thai)
6. Wisawatapnimit P, Suttineam U, Kiatseesakul J. Effect of simulation-based learning model for nursing practicum preparedness for patients with congestive heart failure on students' satisfaction and self-confidence in learning of the third year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(2):1-11. (in Thai)
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977;84(2):191-215.
8. Phanjiraphak W. Effects of an exercise program on health promotion among elderly women in Samutprakan province [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. (in Thai)
9. Norman J. Systematic review of the literature on simulation in nursing education. The Association of Black Nursing Faculty Journal 2012;23(2):24-8.
10. Hsin-Hsin L. Effectiveness of simulation-based learning on student nurses' self-efficacy and performance while learning fundamental nursing skills. Technology and Health Care 2016; 24(s1):S369-S375.
11. Hung CC, Kao HFS, Liu HC, Liang HF, Chu TP, Lee BO. Effects of simulation-based learning on nursing students' perceived competence, self-efficacy, and learning satisfaction: A repeat measurement method. Nurse education today [Internet]. 2020 [cited 2021 March 18]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication>.
12. El-deen AAAG, Bahgat RS, Khalil AMS. Impact of using simulation based learning on nursing students' performance, self- efficacy, satisfaction and confidence during pediatric injection administration. Tanta Scientific Nursing Journal 2015;9(2):184-205.
13. Younis G.A, Al-Metyazidy HA. Effectiveness of high fidelity simulation versus traditional clinical teaching strategies on undergraduate nursing students' achievement. International Journal of Nursing Didactics 2016;6(7):1-13.

14. Hall RM. Effects of high fidelity simulation on knowledge acquisition, self- confidence, and satisfaction with baccalaureate nursing students using the Solomon- four research design. [Internet]. 2013[cited 2018 Feb 12]; Available from <http://dc.etsu.edu/etd>.
15. Jermworapipat S, Sirisupluxana P, Paibontananon J, DhabDhimsri V, Kemkhan P. The effect of objective structured clinical examinations (OSCEs) assessment for the clinical skills and satisfaction of adult and elderly nursing comprehensive practice achievement test in junior nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research* 2017;33(3): 91-100. (in Thai)
16. Kumkong M, Leejareon P, Aramrom Y, Jitviboon A. Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy in providing nursing care for advanced life support to patients with critical illness or emergency condition among nursing students. *The Southern college Network Journal of Nursing and Public Health* 2016;3(3): 64-52. (in Thai)
17. Thamnamsin K, Punyapet K, Noitung S, Artsanthia J. The effect of teaching simulation-based learning program to the knowledge in basic medical care of nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;9(Special Issue):80-88. (in Thai)
18. Wuttisakpisarn S, Chudjuajeen S, Taonol K. Effects of high-fidelity simulation based learning for preparation of practice on knowledge, satisfaction, and self-confidence. *Journal of Health Science Research* 2020;14(2):70-81. (in Thai)
19. Park SN, Chu MS, Hwang YY, Kim SH, Lee SK. Effects of integrated nursing practices simulation-based learning training on stress, interest in learning, and problem-solving ability of nursing students. *Journal of Korean Academic Fundamental Nursing* 2015; 22(4):424-32.
20. Lertlum L, Tanasansutee C, Panawatthanapisuit S, Bumrungsri C. Development of a simulation-based learning model. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2019;6(special issue). (in Thai)