



วารสารวิจัย การพยาบาลและสุขภาพ Journal of Nursing and Health Research

J
N
H
R

E-ISSN 2773-9341

Journal online

ปีที่ 23 เล่ม 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

Volume 23 Issue 3 September - December 2022

วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ในฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 23 ฉบับที่ 3 ซึ่งวารสารฉบับนี้กองบรรณาธิการได้รวบรวมบทความวิจัยและบทความวิชาการทั้งหมด จำนวน 9 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิจัยในสาขาการพยาบาลทั้งในคลินิกและในชุมชน จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา 3) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 4) ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายการรับรู้พลังอำนาจ และภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 4) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย และ 5) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา เป็นการวิจัยในสถาบันการศึกษาพยาบาลจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล 2) จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล และ 3) มุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมถึงบทความวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในวิถีวิถีใหม่ จำนวน 1 เรื่อง คือ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยรูปแบบของการวิจัยมีทั้งวิจัยเชิงพรรณนา วิจัยเพื่อพัฒนา และการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งประเด็นการวิจัยและบทความวิชาการยังคงมีบางเรื่องที่มีทำการศึกษาสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ยังมีโอกาสส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทั้งในเชิงทดลอง และวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มประชาชนและกลุ่มผู้ป่วยที่ปัญหาโรคเรื้อรังที่สำคัญ ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น โรคเมตาบอลิกซินโดรม โรคหลอดเลือดหัวใจ และวัณโรคปอด กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ช่วยพิจารณาบทความวิจัย/วิชาการดังกล่าว ทั้ง 9 เรื่อง ที่ทำให้ผลงานของผู้นิพนธ์ออกมาอย่างมีคุณภาพและเกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านสูงสุด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่าน จะได้รับประโยชน์จากการอ่านบทความที่ได้เผยแพร่ในวารสาร วิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ฉบับนี้ และติดตามผลงานของวารสารอย่างต่อเนื่องต่อไป

อริญญา นามวงศ์ RN, PhD.

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า
Content	page
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย Predicting factors of sexual health among Thai adolescents รวมพร คงกำเนิด, กุลระวี วิวัฒนชีวิน, ศิริอร สินธุ, ทัตขวิญ มธุรชน, สายฝน เอกวรังกูร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง Roumporn Konggumnerd, Kulrawee Wiwattanacheewin, Siriorn Sindhu, Thatkhwan Maturachon, Saifon Akwarangkoon, Piyanun Limruangrong	1-15
ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา Effects of individualized education program on perceived self-care among pulmonary tuberculosis patients admitted to Chiangkham Hospital, Phayao Province วิราสินี ภิญโญ, ปรียา ไจกล้า, ชุฬิพร ภูโสภา Wirasinee Pinyo, Pariya Jaikra, Chuleeporn Pusopa	16-28
ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้พลังอำนาจ และภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม The effects of an empowerment program on dietary and exercise behaviors, perceptions of empowerment, and health status in people at risk for metabolic syndrome ศิริรัตน์ จุมจะนะ, ประภาพร สุวรรณกฎ, สุภาภรณ์ โต๊ะขอ, สมจิต ศิริสุข Sirirat Joomjana, Prapaporn Suvarnakuta, Supaporn Tohsaw, Somchit Sirisook	29-43
การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล Adaptation to the new normal in nursing students มัทฐวรรณ ลียุทธานนท์, กัญพร สุขาทิพย์, ณัฏฐธิดา ราชโพะ, นรมล จิตรจันทน์, ปรีณี สองเมือง, เมย์ลิษา เกลี้ยงเกล้า, ศุภรัตน์ เพชรรัตน์, สุพรรณษา ประทุม Matthawan Leeyutthanont, Kantaporn Sukhathip, Nattatida Ratchapho, Niramol jitjumnong, Parinee Songmueang, Maylisa Kiangklao, Suppharat Petcharat, Suphansa Pratum	44-54
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา The development of health surveillance model for population in project area, Nam Pee reservoir due to Royal initiative, Chiang Muan district, Phayao Province ปรียานุช เชิดชูเหล่า, วุฒิพงษ์ ยอดคำ, มนัสกรณ พิชัยจุมพล Preeyanuch Cherdchoolao, Wuttipong Yodkham, Manashakorn Pichaijumpol	55-73

สารบัญ Content	หน้า page
จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล The teaching ethics of nursing instructors based on perception of nursing students พร บุญมี, ณัฐติพร อ้นด้วง Porn Boonme, Nattiporn Ondong	74-87
มุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายสุดแบบประคับประคอง Nursing students' perspectives on palliative care for older patients with end of life สมศรี ทาทาน, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล, ชลธิมา ปิ่นสกุล, ปัทมา ธัญปานสิน Somsri Thatan, Waraporn Srijanpal, Chontima Pinsakul, Papatchaya Thanyapansin	88-100
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยาย หลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ Nursing model for patients with acute myocardial infarction (AMI) after receiving percutaneous coronary intervention in Chiangrai Prachanukroh Hospital ปนัดดา อินทราวัลย์, มยุรี พรหมรินทร์, อิดารัตน์ หนชัย, ธนุธร วงศ์ธิดา, นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช, วราภรณ์ แยมมีศรี Panadda Intralawan, Mayuree Promrin, Tidarat Honchai, Thanutorn Wongthida, Nongyao Mongkhonittivech, Waraphorn Yaemmisri	101-116
บทความปริทัศน์ (Review Article)	
การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 Mental health promotion of the elderly in the situation of COVID-19 pandemic วิภา สุวรรณรัตน์, เจตจรรยา บุญญกุล, มาลี เกตแก้ว Wipa Suwannarat, Jatjunya Bunyakul, Malee Katekaw	117-131

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย

รวมพร คงกำเนิด ปร.ด.^{*1} กุระวี วิวัฒน์ชีวิน ปร.ด.¹

ศิริอร สิ้นธุ พย.ด.² ทัดขวัญ มธุรชน พย.ม.¹

สายฝน เอกวารงกูร ปร.ด.³ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง ปร.ด.⁴

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย เก็บรวบรวมข้อมูลในสถานศึกษา 12 แห่ง จากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษา สถาบันอุดมศึกษา อย่างละ 1 แห่งในแต่ละภาค กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,209 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความเสี่ยงปัญหาสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 และ .91 ตามลำดับ ผลการศึกษา พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 16.56 ปี ($SD=2.07$ ปี) อายุต่ำสุดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 10 ปี และมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ที่ใช้ถุงยางทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยัง พบว่า เยาวชนที่มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์มีการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าแต่มีพฤติกรรมการปกป้องทางเพศที่ต่ำกว่าเยาวชนที่ไม่มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) นอกจากนี้การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องทางเพศในกลุ่มเยาวชนด้วยสถิติวิเคราะห์ตัวแปรถดถอยเชิงเส้น พบว่า อายุ การศึกษาในระดับอาชีวศึกษา การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศ โดยมีอำนาจในการทำนาย ร้อยละ 29.9 ($R^2=.299$, $F=85.03$, $p<.01$) ผลการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการยืนยันว่า การมีสุขภาพทางเพศ เป็นวิถีทางเพศที่พึงพอใจและปลอดภัย ความคิดทางบวก เคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างกันของบุคคล ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ การมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนเป็นวิถีชีวิตในสังคมที่ต้องให้การยอมรับ เพื่อให้เยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการปกป้องสุขภาพทางเพศของตนเองได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: ความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ การปกป้องสุขภาพทางเพศ

วันที่รับ : 28 สิงหาคม 2565 วันที่แก้ไข : 12 กันยายน 2565 วันที่ตอบรับ : 27 กันยายน 2565

¹ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^{*} ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: roumporn@sut.ac.th

² สภาการพยาบาล

³ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

⁴ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Predicting factors of sexual health among thai adolescents

Roumporn Konggumnerd Ph.D.^{*1} Kulrawee Wiwattanacheewin Ph.D.¹

Siriorn Sindhu D.N.Sc.² Thatkhwan Maturachon MS.¹

Saifon Akwarangkoon Ph.D.³ Piyanun Limruangrong Ph.D.⁴

Abstract

This study aimed to examine predicting factors of sexual health protection among Thai adolescents. In this descriptive, cross-sectional study, data were collected from 12 education institutes in each region of the Northern, Central, Southern, and Northeastern regions of Thailand, where students were enrolled in secondary schools, vocational colleges, and universities. The total sample of 1,209 adolescents. Data were collected using a questionnaire on sexual risk behaviors, perceived risks of sexual health problems, and sexual health protection behavior among Thai adolescents. The questionnaires were tested for reliability by using Cronbach's alpha coefficient resulting in .93 and .91 respectively. The results showed that 1 in 3 of the sample had sexual experience. The average age of first intercourse was 16.51 years ($SD=2.07$). The minimum age at first intercourse was 10 years, and only one in three used a condom every time they had sex. It was also found that adolescents who had sexual experience had a higher perceived risk for having sex but had statistically lower sexual health protection behavior than adolescents who had no sexual experience. Concerning the predicting factors sexual health protection behavior among adolescents, linear regression analysis showed that age among adolescents, studying in vocational colleges, living with parents, having sexual experience, and perceived risk for having sex accounted for 29.9 percent of the variance explaining in sexual health protection behavior ($R^2=.299$, $F=85.03$, $p<.01$). The results of this study confirm that sexual health is a way of having pleasurable and safe sexual experiences in positive and respectful different sexual lifestyles free from stigma and discrimination. In Thai society, it may be time to recognize that adolescent sexuality is possible and that adolescents should be provided with the information and resources they need to protect their sexual health.

Keywords: Sexual risks, Sexual health protection

Received : August 28, 2022 Revised : September 12, 2022 Accepted : September 27, 2022

¹ Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

^{*} Corresponding author E-mail: roumporn@sut.ac.th

² Thailand Nursing and Midwifery Council

³ School of Nursing, Walailak University

⁴ Faculty of Nursing, Mahidol University

บทนำ

สุขภาพทางเพศ เป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals: SDGs) ซึ่งกำหนดจากการประชุมของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพทางเพศ หมายถึง การมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการมีความคิดทางบวกต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพศภาวะ การเคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างกันของบุคคล การมีชีวิตทางเพศที่พึงพอใจ และปลอดภัย ปราศจากการถูกบังคับ ความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติ (World Health Organization, 2017) เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพทางเพศ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา 89.5 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2554 เป็นอัตรา 178.1 ต่อแสนประชากร พ.ศ.2562 และใน พ.ศ.2563 อัตราป่วยลดลงเล็กน้อย เท่ากับ 172.3 ต่อแสนประชากร (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2564) ในขณะที่ปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังเป็นสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 14.45 ซึ่งสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดในปีงบประมาณ 2564 ไม่เกินร้อยละ 13.5 (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2564)

การปกป้องสุขภาพทางเพศ (sexual health protection) เป็นปัจจัยที่ทำให้เยาวชนมีสุขภาพทางเพศที่ดี เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการปกป้องตนเอง เพื่อการควบคุมไม่ให้เชื้อโรคหรือความเจ็บป่วยเข้ามาในอาณาเขตของตนเอง โดยบุคคลต้องสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง ควบคุมตนเอง แสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับบุคคลอื่นได้ (Shearer & Wingo, 2002; Ghebrehewet et al., 2016)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Ghebrehewet et al., 2016) จากการมีเพศสัมพันธ์อายุน้อย การมีคู่นอนหลายคน และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน โดยเฉพาะการใส่ถุงยางอนามัย (กรกวรรณ ดารุณิกร, ชัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2562) โดยพบว่าเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 15 ปี (กรกวรรณ ดารุณิกร และคณะ, 2562; สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2562) การใช้ถุงยางอนามัยยังอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-17 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนร้อยละ 45.3 (ถนอม นามวงศ์, สุกัญญา คำพัฒน์, และปัญชานันท์ ปรัชญคุปต์, 2562) กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษามีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนเพียงร้อยละ 24.1 (กรกวรรณ ดารุณิกรและคณะ, 2562)

ดังนั้นเยาวชนจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาที่ตามมาด้วยการทำแท้ง ทั้งนี้เนื่องจากเยาวชนเป็นวัยที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่ พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ยังไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทางเพศ ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่มีทักษะการปฏิเสธกับคู่นอน การใส่ถุงยางไม่ถูกต้อง การมีค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องปกติ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน อิทธิพลของสื่อ ขาดการสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว และเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพทางเพศ (Alexopoulos & Taylor, 2020; Lowe, Sagnia, Awolaran, & Mongbo, 2021)

เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในเยาวชนที่ดีที่สุดคือการไม่มีเพศสัมพันธ์ และถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

จากหลายงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยในการป้องกันและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเยาวชน ได้แก่ การเพิ่มสมรรถนะเยาวชนในเรื่องทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง การให้ความรู้การประเมินความเสี่ยง การป้องกันตนเอง และการเข้ารับบริการเพื่อตรวจและรักษา (Henderson et al., 2020; Klu et al., 2022) ดังนั้นจากปัญหาสุขภาพทางเพศของกลุ่มเยาวชนดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพของเยาวชน จะช่วยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งเชิงนโยบายและเชิงงานนโยบายสู่การปฏิบัติได้นำข้อมูลไปวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพทางเพศกับเยาวชนเพื่อจัดการและบรรเทาปัญหาสุขภาพทางเพศของเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนไทย
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างอายุ การศึกษาในระดับอาชีวศึกษา การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Jan, Champion, & Strecher, 2002) และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย แนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญเมื่อบุคคลต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยง บุคคลจะประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงระดับใด ซึ่งจะนำไปสู่การหาทางป้องกันตัวเอง ปัจจัยที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง คือ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง แนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้สำหรับเยาวชนเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ หากเยาวชนประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มาก เยาวชนก็จะสามารถป้องกันตนเองจากความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพทางเพศได้มากเช่นกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ความสัมพันธ์ในเชิงทำนาย (cross-sectional design, correlational-predictive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ เยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษา และระดับอุดมศึกษาในประเทศไทย อายุ 15-24 ปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ 1) สุ่มเลือกจังหวัดในแต่ละภาค โดยมีจังหวัดที่ได้รับการสุ่ม ได้แก่ จังหวัดเชียงรายในภาคเหนือ จังหวัดนครราชสีมาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดเพชรบุรีในภาคกลาง และจังหวัดนครศรีธรรมราชในภาคใต้ 2) สุ่มเลือกสถานศึกษา ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษา และสถาบันอุดมศึกษา อย่างละ 1 แห่ง ในแต่ละจังหวัด รวมทั้งสิ้น 12 แห่ง และ 3) สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดความคลาดเคลื่อน (E) เท่ากับ 3% และระดับความเชื่อมั่น (Z) ที่ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 1,067 คน และเพื่อให้ได้ข้อมูลในการศึกษาครอบคลุม จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น

จำนวนทั้งสิ้น 1,200 คน และกำหนดให้สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากสถานศึกษาแต่ละ 100 คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเข้ามาร่วมตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1,209 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นสอบถามออนไลน์ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม google form และให้เยาวชนเข้าตอบได้อย่างอิสระ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ และบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมด้วย
2. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน การตั้งครรภ์ การป้องกันการเกิดผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุม รวมทั้งประวัติการติดเชื้อของคู่นอน
3. แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ เป็นแบบสอบถามมาตราบัญญัติ โดยเลือกตอบได้ 4 ระดับ คือ เสี่ยงมาก เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงน้อย และไม่เสี่ยง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อเพศสัมพันธ์ ช่วงค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน คำนวณค่าดัชนีความตรง ได้ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย จำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ช่วงค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 37-148 คะแนน โดยผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนสตรีไทย (Konggumnerd, Iramamalai, Sutharangsee, & Villarruel, 2009) เพื่อให้ครอบคลุมใช้ได้ทั้งเยาวชนชายและหญิง ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำงานและการศึกษาวิจัยในเรื่องเพศในกลุ่มเยาวชน คำนวณค่าดัชนีความตรงได้ .95 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รหัสโครงการ EC-55-46 ผ่านการขออนุญาตทำการศึกษาจากผู้บริหารของสถาบันการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามออนไลน์ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาอย่างอิสระ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยจะไม่สามารถระบุตัวของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้น จึงไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารสถานศึกษาที่ได้รับการสุ่มเลือกเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ประสานผู้บริหารสถานศึกษา เพื่อให้รหัส และทำการสุ่มคัดเลือกเยาวชนในสถานศึกษา เข้าสู่งานวิจัย และขอใช้ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ของสถานศึกษาเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นัดหมายวันเวลาเพื่อพบกลุ่มตัวอย่าง

2. ประสานกับครูประจำชั้น หรือผู้รับผิดชอบดูแลห้องคอมพิวเตอร์ ซึ่งขึ้นอยู่กับกรมอบหมายผู้ประสานงานจากผู้บริหารสถาบันการศึกษา เพื่อจัดเตรียมความพร้อมห้องคอมพิวเตอร์ของสถานศึกษา ก่อนนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ในวันนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งชี้แจงการเข้าทำแบบสอบถามออนไลน์ จากนั้นให้รหัสแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เข้าทำแบบสอบถามออนไลน์ โดยผ่าน QR code ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าทำแบบสอบถามออนไลน์ จะได้อ่านคำชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง เพื่อตัดสินใจยืนยัน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถคลิกตอบได้ในหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์โดยอิสระ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ระบบจะเริ่มเปิดให้เข้าตอบแบบสอบถามไปทีละชุด แต่หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ระบบจะไม่เปิดให้ทำแบบสอบถาม

5. ในระหว่างการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถขอหยุดพักเป็นช่วง ๆ เพื่อผ่อนคลายหรือเข้าห้องน้ำ รวมทั้งสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยอิสระและไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เมื่อตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ก่อนส่งแบบสอบถามเข้ามาในระบบ จะมีข้อความแจ้งเกี่ยวกับการตัดสินใจอย่างอิสระในการส่ง หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยที่ผู้วิจัยจะไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 40-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนไทยโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ และการปกป้องสุขภาพทางเพศระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และการอาศัยอยู่กับพ่อแม่ และตามระดับการศึกษาในปัจจุบันที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ independent t-test และ oneway ANOVA และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้น (lineal regression analysis: LRA)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนไทย ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย และ ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชน โดยนำเสนอรายละเอียดของผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องทางเพศของเยาวชนไทยในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเยาวชนตอบแบบสอบถามจำนวน 1,209 คน เมื่อจำแนกรายภาค พบว่า ร้อยละ 25.81, 25.23, 24.81 และ 24.15 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเยาวชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ อายุระหว่าง 14-26 ปี ($\bar{X}=17.77$, $SD=2.12$) ร้อยละ 33.83, 33.50 และ 32.67 กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา อาชีวศึกษา และมัธยมศึกษา ตามลำดับ ร้อยละ 62.94 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 16.29 และ 10.50 อาศัยอยู่กับเพื่อนและอยู่คนเดียว ตามลำดับ มีเพียง ร้อยละ 1.99 อาศัยอยู่กับคู่รัก

ส่วนที่ 2 สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนไทย

ผลการศึกษา พบว่า 1 ใน 3 ของเยาวชนทั้งหมด 1,209 คน เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ ($n=388$ ร้อยละ 32.1) โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 16.56 ปี ($SD=2.07$) และอายุต่ำที่สุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 10 ปี ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ และความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 388 คน พบว่า ร้อยละ 41.75 กำลังศึกษาอยู่ในระดับอาชีวศึกษา มีเพียงร้อยละ 17.53 กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 96.39 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน โดยร้อยละ 56.19 ให้เหตุผลการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดจากความอยากรู้ อยากรอง ร้อยละ 55.41 มีคู่นอนเพียงคนเดียวในช่วงเวลาเดียวกัน และมีเพียง 1 ใน 3 ที่ใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ และความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ($n=388$)

ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ และ ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ และ ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์	388	100	การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์		
ระดับการศึกษา			ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา		
มัธยมศึกษา	68	17.53	ใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	130	33.51
อาชีวศึกษา	162	41.75	ใช้บางครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	162	42.75
อุดมศึกษา	158	40.75	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	96	24.74
คู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			วิธีการป้องกันที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
เพื่อน	14	3.61	ถุงยางอนามัยอย่างเดียว	186	47.94
แฟน	374	96.39	ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีอื่น	107	27.58
เหตุผลของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			ยาคุมฉุกเฉิน	8	2.06
อยากรู้ อยากรอง	218	56.19	หลังภายนอก/นับวันปลอดภัย	31	7.99
แฟนต้องการ ตามใจแฟน	91	23.45	ยาฉีดหรือยาเม็ดคุมกำเนิด	21	5.41
เมา ไม่รู้สึกตัว	22	5.67	ไม่ได้ใช้วิธีใด	23	5.93
อื่น ๆ ไม่ระบุ	57	14.69	ประวัติการตั้งครรภ์/ทำให้คู่นอนตั้งครรภ์		
จำนวนคู่นอนในช่วงเวลาเดียวกัน			ไม่เคย	346	89.18
1 คน	215	55.41	เคย 1 ครั้ง	36	9.28
2 คน	62	15.98	เคย 2 ครั้ง	4	1.03
มากกว่า 2 คน	111	28.61	เคย มากกว่า 2 ครั้ง	2	0.52

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล เยาวชนไทย 1,209 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 11.69 คะแนน ($SD=5.82$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปกป้องสุขภาพทางเพศ เท่ากับ 104.17 คะแนน ($SD=24.36$) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศ ระหว่างกลุ่มที่เคยและไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศ ($t=-7.041$ และ 8.81 ตามลำดับ, $p<.01$) และระหว่างกลุ่มที่อาศัยร่วมกับพ่อแม่ และไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ($t=-.316$

และ -0.839 , $p < .01$) พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=16.82$, และ 84.34 ตามลำดับ, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และการอาศัยอยู่กับพ่อแม่ และตามระดับการศึกษาในปัจจุบันที่แตกต่างกัน ($n=1,209$)

ตัวแปร	n	การรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์			พฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศ		
		$\bar{X}$	SD	การทดสอบความแตกต่าง	$\bar{X}$	SD	การทดสอบความแตกต่าง
ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ (Independent t-test)							
ไม่เคย	821	10.89	5.68	$t=-7.041, p<.01$	108.29	23.94	$t=8.81, p<.01$
เคย	388	13.36	5.77		95.46	22.93	
การอาศัยอยู่ร่วมกับพ่อแม่ (Independent t-test)							
อยู่กับพ่อแม่	761	11.73	5.85	$t=-.316, p<.01$	104.62	24.95	$t=-.839, p<.01$
ไม่อยู่กับพ่อแม่	448	11.62	5.77		103.41	23.32	
ระดับการศึกษาปัจจุบัน (One way ANOVA: F-test)							
มัธยมศึกษา (1)	395	10.34	5.10	$F=16.82, p<.01$	115.94	15.56	$F=84.34, p<.01$
อาชีวศึกษา (2)	405	12.59	5.66	Comparative test:	95.59	24.45	Comparative test:
อุดมศึกษา (3)	409	12.10	6.39	(1) $\neq$ (2), (1) $\neq$ (3)	101.31	26.75	(1) $\neq$ (2) $\neq$ (3)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชน

ผลการศึกษา พบว่า อายุ การศึกษาในระดับอาชีวศึกษา การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย โดยมีอำนาจในการทำนาย ร้อยละ 29.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.299$, $F=85.03$, $p < .01$) โดยอายุเพิ่มมากขึ้น และมีคะแนนความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้น มีคะแนนการปกป้องทางเพศลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า เยาวชนที่กำลังศึกษาในระดับอาชีวศึกษา อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และเคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ มีคะแนนพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย ($n=1,209$)

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients			T
	B	S.E	Beta	
Constant	185.073	8.600		21.521**
การรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์	-1.446	.104	-.346	-13.855**
อายุ	-3.176	.424	-.277	-7.482**
อาศัยอยู่กับพ่อแม่	-2.729	1.382	-.054	-1.975*

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients			T
	B	S.E	Beta	
การศึกษาระดับอาชีวศึกษา	-13.665	2.018	-.265	-6.772**
การมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์	-5.003	1.334	-.096	-3.751**

$R=.547$, $R^2=.299$, $F=85.03$, $p<.01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนไทย

ผลการศึกษา พบว่า

- 1) หนึ่งในสามของเยาวชนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีคู่นอนหลายคน และไม่ใช่ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์
- 2) เยาวชนที่เคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์รับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงแต่มีการปกป้องสุขภาพตนเองต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 32 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=388$ คน) เคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ โดยส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษาและระดับอุดมศึกษาในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 41.75 และ 40.75 ตามลำดับ เป็นเยาวชนในระดับมัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 17.53 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเยาวชนไทยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ร้อยละ 30.88 และ 24.09 ตามลำดับ (Wiwattanacheewin, Sindh, Teitelman, Maneesriwongul, & Viwatwongkasem, 2015; Srijaewong, Sindh, Ratinthorn, & Viwatwongkasem, 2017) นอกจากนี้ยังพบอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ 16.56 ปี ($SD=2.07$ ปี) และอายุดำต่ำที่สุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 10 ปี ซึ่งมีแนวโน้มอายุของการมีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการศึกษาในปี 2555 ที่พบอายุดำต่ำสุดของเท่ากับ 13 ปี (รวมพร คงกำเนิด, ศิริอร สินธุ, และชิตธนัช ทองคง, 2555) อย่างไรก็ตาม อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกใกล้เคียงกับการศึกษาในปี 2557 ซึ่งเท่ากับ 15.59 ปี ($SD=1.56$) และพบว่า ร้อยละ 20.57 ของเยาวชนที่เคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปี (Wiwattanacheewin et al., 2015) การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ติดเชื้อเอชไอวีและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ยังไม่สมบูรณ์ รวมทั้งยังมีความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองไม่ดีพอ (Alexopoulos, & Taylor, 2020) นอกจากนี้การขาดระบบดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมเพื่อให้การประคับประคองจากเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งความรวดเร็วของสื่อเทคโนโลยี ลักษณะการเลี้ยงดูในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์เชิงสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลทำให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (Alexopoulos & Taylor, 2020) การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า คู่นอนของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เกือบทั้งหมดเป็นแฟน (ร้อยละ 96.4) และมากกว่าร้อยละ 50 ได้รายงานว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดจากความอยากรู้อยากลอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของปัญญกรินทร์ หอยรัตน์ และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2563) ที่พบว่า ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน ทั้งนี้เนื่องจากตามหลักการของจิตวิทยาพัฒนาการของวัยรุ่น

(เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) เป็นวัยที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เยาวชนมีความสนใจกับสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต มีความอยากรู้ อยากลอง โดยเฉพาะมีปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น มีความสนใจเพศตรงข้ามทั้งชายและหญิงก็ต่างพยายามให้ความสนใจซึ่งกัน พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมทำให้เยาวชนให้ความสนใจ อยากทดลอง ต้องการหาประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเยาวชนเกิดจาก ความอยากรู้ อยากลองเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลทำให้เยาวชนมีความเสี่ยงสูงต่อการมีเพศสัมพันธ์ จากงานวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ร้อยละ 44.6 กลุ่มเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเพียงร้อยละ 33.5 ที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบเพียง 1 ใน 4 ของเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ (Wiwattanacheewin et al., 2015)

จากการศึกษา เยาวชนที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์รับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงหรือไม่นั้น มีความสำคัญมากต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดังเช่นงานวิจัยที่ผ่านมาของออริโอ, โลเปซ-เดล เบอเกอ, รูซ-คานเอล, คาร์ลอส, และดิโอราลา (Osorio, Lopez-del Burgo, Ruiz-Canela, Carlos, & de Irala, 2015) พบว่า เยาวชนที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น ตรงข้ามกับกลุ่มเยาวชนที่แม้จะรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงแต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะคิดว่าคู่นอนไม่มีความเสี่ยง (Lowe et al., 2021) ซึ่งการตัดสินใจของเยาวชนในการใช้ถุงยางอนามัยอาจมีความขัดแย้งในตนเองระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับการถูกปฏิเสธสัมพันธ์ภาพกรณีที่ต้องต่อรองให้คู่รักใช้ถุงยางอนามัย อาจเป็นเพราะการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่รักหมายถึงความไม่ไว้วางใจ ไม่เชื่อใจของคู่รัก คิดว่าคนรักอาจมีคนอื่น คิดว่าคู่รักมีโรคติดเชื้อ และการใส่ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดลง (ถนอม นามวงศ์และคณะ, 2562)

นอกจากนี้ เยาวชนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะฮอร์โมนในร่างกาย มีผลกระตุ้นให้มีความสนใจกับเพศตรงข้าม รวมทั้งแรงขับตามธรรมชาติที่ทำให้อยากรู้อยากลองในเรื่องเพศ (Pringle et al., 2017) อาจเป็นเพราะเด็กและเยาวชนในสังคมไทยปัจจุบัน ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งแวดล้อมที่วุ่นวายมากขึ้นจากสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ วิดีโอ เกมส์ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ที่เป็นเครื่องมือที่เยาวชนนิยมใช้ในการเรียนรู้ในสังคม ทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมการเลียนแบบพฤติกรรมตามกระแสตะวันตก และคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องปกติ (Alexopoulos & Taylor, 2020)

สำหรับเยาวชนกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศสูงกว่าเยาวชนกลุ่มที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าเยาวชนกลุ่มที่ไม่มีเพศสัมพันธ์มีการปกป้องสุขภาพที่ดีและรอบด้านมากกว่า อาจเป็นเพราะเยาวชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่และการอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นมีบทบาทสำคัญในสังคมไทยที่จะปลูกฝังคุณค่าของความเป็นหญิงเป็นชายที่เหมาะสม การอบรมอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เน้นย้ำให้เยาวชนใส่ใจในการศึกษามากกว่าการคบหาเพื่อนต่างเพศที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการศึกษา และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจึงวางแผนการมีครอบครัวเมื่อมีความพร้อมทั้งด้านอาชีพและฐานะเศรษฐกิจ (Klu et al., 2022)

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย

ผลการศึกษา พบว่า ประสพการณ์มีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ อายุ การศึกษาอยู่ในระดับอาชีวศึกษา และการอาศัยอยู่กับพ่อแม่ มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนเท่ากับ ร้อยละ 29.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R=.547$, $R^2=.299$, $F=85.03$, $p<.01$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เยาวชนที่เคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ และรับรู้ว่าคุณสมบัติมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและการตั้งครรภ์ จะมีคะแนนพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพลดลง โดยงานวิจัยครั้งนี้พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟน การไม่มีพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศ โดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัย หรือการปฏิเสธกรณีคู่นอนไม่ใช้ถุงยางอนามัย อาจเป็นเพราะเยาวชนคิดว่าคู่นอนหรือแฟนไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ไม่อยากปฏิเสธแม้ประหม่นแล้วว่าอาจมีความเสี่ยงหากมีเพศสัมพันธ์ เพราะการใช้ถุงยางอนามัยอาจทำให้แฟนรู้สึกถึงไม่มีความสุข ไม่พอใจ อาจคิดว่าตนเองมีโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หากเกิดความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันแล้วอาจมีผลต่อสัมพันธ์ภาพของการเป็นคู่รัก (ถนอม นามวงศ์และคณะ, 2562; Osorio et al, 2015; Lowe et al., 2021) จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ กลุ่มตัวอย่างอายุ 13-18 ปี จำนวน 8,994 คน พบว่า เยาวชนรับรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้เพียงร้อยละ 13 และยังรับรู้ว่าคุณสมบัติมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย (Osorio et al., 2015)

อายุเป็นอีกปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพลดลง โดยพบว่า เยาวชนที่มีอายุมาก จะมีคะแนนพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าเยาวชนอายุมากขึ้นมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยมากขึ้น เช่น การมีคู่นอนหลายคน (กรกวรรณ ดารุณิกรและคณะ, 2562) ตรงกันข้ามกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยเฉพาะมีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Nwaozorur et al., 2020)

ผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่า เยาวชนที่ศึกษาอยู่ในระดับอาชีวศึกษา จะเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการปกป้องทางเพศที่ลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของเยาวชนในระดับอาชีวศึกษาที่มีความแตกต่างไปจากเยาวชนที่ศึกษาอยู่ในระบบการศึกษาหลักของสังคมไทย กลุ่มเยาวชนที่ศึกษาในระดับอาชีวศึกษาถูกจัดเป็นกลุ่มที่หลุดออกจากระบบการศึกษาหลักของสังคม คือ การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาที่มุ่งการเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย ร่วมกับการมีเศรษฐกิจทางด้านสังคมของครอบครัวที่ไม่ดีทำให้เยาวชนเหล่านี้หลุดออกจากระบบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา เข้าสู่อาชีวศึกษา ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการเรียนที่น้อยกว่า ด้วยลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นเหตุผลที่สังคมไทยให้คุณค่ากับการศึกษาในระดับอาชีวศึกษาที่น้อยกว่าการศึกษาในระดับอื่น ประกอบกับเยาวชนกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่มีปัญหาและมีข้อจำกัด ในการปรับตัวทางด้านอารมณ์ รวมทั้งการเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีเวลาอบรมสั่งสอนน้อย เนื่องจากต้องทำงานเพื่อหารายได้ ส่งผลทำให้เยาวชนในระดับอาชีวศึกษาต้องปรับตัวและมีการดำเนินชีวิตไปตามค่านิยมและบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ ลักษณะของสิ่งแวดล้อมและการเรียนของอาชีวศึกษาที่มีความยืดหยุ่น และมีอิสระสูง วิถีชีวิตของเยาวชนในระดับอาชีวศึกษาที่ไม่ได้มุ่งเน้นการเรียนด้านวิชาการ และเน้นการพัฒนาฝีมือเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน ทำให้เยาวชนเหล่านี้ มีเวลาว่างที่จะใช้ชีวิตกับเพื่อนและคู่รัก มีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ผ่านเทคโนโลยีทำได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงสื่อลามกที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด (Srijaiwong et al., 2017; Teye-Kwadjo, Kagee, & Swart, 2017; Alexopoulos & Taylor, 2020) รวมทั้งมีการคบเพื่อนต่างเพศ (Sirirassamee, Yoelao,

& Mohan, 2018) เมื่อเยาวชนต่างเพศ เข้ามาอาศัยอยู่ด้วยกัน มักมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน และมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน มีการช่วยเหลือกัน ทำให้เกิดความรัก ร่วมกับการที่อยู่ด้วยกันสองต่อสองในที่รโหฐานซึ่งไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย จึงเป็นชนวนที่ทำให้เกิดอารมณ์เพศ และมีเพศสัมพันธ์ตามมาได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้น ยังมีผลการศึกษาเกี่ยวกับเยาวชนในระดับอาชีวศึกษาที่พบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีลักษณะมุ่งอนาคต และควบคุมตนเองเพียงในระดับปานกลาง จึงอาจเป็นสาเหตุที่เยาวชนเหล่านี้ มีการดำรงชีวิตตามอารมณ์และความต้องการของตนเอง โดยคิดถึงสิ่งที่จะเป็นผลกระทบที่จะขึ้นในอนาคตค่อนข้างน้อย

ปัจจัยสำคัญที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ ที่มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือการอาศัยกับพ่อแม่พบว่า เยาวชนที่อาศัยกับพ่อแม่มีการปกป้องสุขภาพลดลง อาจเป็นเพราะเยาวชนปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์กับมารดาหรือบิดาเพียงร้อยละ 27.6 (Klu et al., 2022) ตรงข้ามกับการศึกษาในแอฟริกา เยาวชน อายุ 13-18 ปี จำนวน 530 คน พบว่า เยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ลดความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และยังพบเยาวชนที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือแม่มีโอกาสร้อยละสูงต่อการมีคู่นอนหลายคนเป็น 1.38 เท่าของวัยรุ่นที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือแม่ (กรกวรรณ ดารุณกรและคณะ, 2562) พ่อและแม่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในเยาวชน การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ รวมทั้งการสนับสนุน ช่วยเหลือ และแก้ปัญหาเมื่อเกิดความเครียดหรือเกิดปัญหาสุขภาพขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนถึงความอ่อนแอของสถาบันครอบครัวในปัจจุบัน เยาวชนได้รับความอบอุ่นจากครอบครัวน้อยจากที่พ่อแม่ต้องทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงลูก บางครอบครัวพ่อแม่มีปัญหาหย่าร้างต้องแยกทางกัน ทำให้เด็กต้องออกไปหาความอบอุ่นจากเพื่อนและแฟน นอกจากนี้เรื่องเพศได้ถูกนำเสนอออกมาทางสื่อต่างๆ จำนวนมาก ซึ่งยังไม่นับรวมกับสื่อลามกที่มีอยู่มากและหาซื้อได้ง่ายทำให้เด็กเยาวชนเข้าถึงสื่อที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศเร็วขึ้น (Alexopoulos & Taylor, 2020) อย่างไรก็ตามหลายงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนการให้ความรู้ คำปรึกษาและการสอนทักษะการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ที่หลากหลายรูปแบบ มีผลต่อการใช้อย่างอนามัยเพิ่มขึ้น ลดความเสี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ติดเชื้อเอชไอวี และการตั้งครรภ์ ในกลุ่มเยาวชน (Henderson, et al., 2020)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทย กลุ่มตัวอย่างคือเยาวชนที่อยู่ในระบบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและมหาวิทยาลัย มีพื้นที่ในการศึกษาทั้งภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคละ 1 จังหวัด มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์จำนวน 1,209 ราย ผลการศึกษาในครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

- 1) หนึ่งในสามของเยาวชนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์
- 2) เยาวชนที่เคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์รับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงแต่มีการปกป้องสุขภาพตนเองต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์
- 3) ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ อายุ การศึกษาอยู่ในระดับอาชีวศึกษา และการอาศัยอยู่กับพ่อแม่ เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้ครอบครัว สถาบันการศึกษาและสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดการและดูแลให้เยาวชนมีทักษะในการป้องกันสุขภาพทางเพศ โดยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เพื่อลดการติดยา และเลือกปฏิบัติ
2. กำหนดให้ พฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศเป็นเนื้อหาในการเรียนการสอนสำหรับเยาวชนทุกช่วงวัย และทุกระดับของสถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนาให้เห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มภูมิคุ้มกันในการจัดการและปกป้องสุขภาพทางเพศของตนเอง ลดโอกาสเสี่ยง และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศเมื่อมีความจำเป็น
3. พัฒนาคู่มือ และผู้ให้บริการสุขภาพทางเพศสำหรับเยาวชน ให้มีความรอบรู้ในการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน เพื่อให้เยาวชนมีช่องทางในการเข้าถึงชุดบริการสุขภาพทางเพศที่จำเป็น สามารถพัฒนาความรอบรู้สุขภาพทางเพศ ปกป้องตนเอง ลดโอกาสเสี่ยงและคงไว้ซึ่งสุขภาพทางเพศที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับ รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศในเยาวชนไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่ให้งบประมาณสนับสนุนการทำวิจัย ผ่านทางมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารอ้างอิง

- กรวรรธ ธารนิกร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีคู่นอนหลายคน ของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(1), 13-21.
- ถนอม นามวงศ์, สุกัญญา คำพัฒน์, และปัญชานันท์ ปรัชญคุปต์. (2562). อัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร. *วารสารโรคเอดส์*, 31(3), 116-124.
- ธนิดา ผาติเสนะ, จิรรัตน์ วิเศษสัตย์, ธิดาพร งวดชัย, และอัจฉราพรพรณ ไทยภักดี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*, 20(1), 71-81.
- ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 149-163.
- เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์. (2550). *พัฒนาการมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.
- รวมพร คงกำเนิด, ศิริอร สีนุช, และชิตชนัน ทองคง. (2555). การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1), 61-69.
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. (2562). *รายงานประจำปี 2562 สำนักอนามัยเจริญพันธุ์*. สืบค้น 20 สิงหาคม 2565 จาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/departement-yearly-report>

- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. (2564). รายงานประจำปี 2564 สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. สืบค้น 20 สิงหาคม 2565 จาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/departement-yearly-report>
- Alexopoulos, C. & Taylor, L.D. (2020). Paper risky business: sexual risk and responsibility messages in Teen Sex Romps. *Sexuality & Culture*, 24: 2161–2182. doi:org/10.1007.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences, (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Ghebrehewet, S., Stewa, A. G., Baxter, D., Shears, P., Conrad, D., & Kliner, M. (2016). *Health Protection: Principles and Practice*. OUP: Oxford.
- Henderson, J. T., Senger, C. A., Henninger, M., Bean, S.I., Redmond, N., & O'Connor, E. A. (2020). Behavioral counseling interventions to prevent sexually transmitted infections: updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA*, 18, 324(7), 682-699. doi: 10.1001/jama.2020.10371.
- Jan, K. N., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). *The Health Belief Model*. In: Karen, G., Barbara, T. K., Viswanth. editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 3RD San Francisco: Jossey-Bass: 45-66.
- Klu, D., Agordoh, P., Azagba, P., Acquah, E., Doegah, P., Ofosu, A., ... Gyapong, M. (2022). Determinants of communication on sexual issues between adolescents and their parents in the Adaklu district of the Volta region, Ghana: a multinomial logistic regression analysis. *Reproductive Health*, 9(101). doi:org/10.1186/s12978-022-01402-0
- Konggumnerd, R., Iraramalai, S., Sutharangsee, V., & Villarruel, A. M. (2009). Development and psychometric evaluation of the sexual health protection scale (SHPS) for thai female adolescents. *Journal of Health Science*. 18(1), 1-9.
- Lowe, M., Sagnia, P. I. G., Awolaran, O., & Mongbo, Y. A. M. (2021). Sexual and reproductive health of adolescents and young people in the gambia: a systematic review. *Pan African Medical Journal*. 40, 1-10.
- Nwaozurul, U., Blackstone, S., Obiezu-Umehl, C., Conserve, D. F., Mason, Uzoaru, S. F., ... Iwelunmor. J. (2020). Psychosocial correlates of safe sex selfefficacy among in-school adolescent girls in Lagos, Nigeria. *PLoS ONE*, 15(6), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0234788.
- Osorio, A., Lopez-del Burgo, C., Ruiz-Canela, M., Carlos, S., & de Irala, J. (2015). Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(4), e007826. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007826
- Pringle, J., Mills, K. L., McAteer, J., Jepson, R., Hogg, E., Anand, N., & Blakemore, S. J. (2017). The physiology of adolescent sexual behaviour: a systematic review. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1368858. doi: 10.1080/23311886.2017.1368858

- Srijaiwong, S, Sindhu, S., Ratinthorn, A., & Viwatwongkasem, C. (2017). Factors influencing sexual behaviors among thai adolescents. *Journal of Population and Social Studies*, 25(3), 171–193. doi: 10.25133/JPSSv25n3.002.
- Shearer, E. & Wingo (2002). The concept of protection: a dimensional analysis and critique of a theory of protection. *Advance of Nursing Science*, 25(1), 65-78.
- Sirirassamee, T., Yoelao, D., Mohan, K. P., & Limkhunthummo, S. (2018). The relationships between sexual risk behaviors and general health risk behaviors among unmarried youth in Thailand. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118813284. doi: 10.1177/2050312118813284
- Teye-Kwadjo, E., Kagee, A., & Swart, H. (2017). Predicting the Intention to use condoms and actual condom use behaviour: a three-wave longitudinal study in Ghana. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 9(1), 81–105. doi: 10.1111/aphw.12082
- Wiwattanacheewin, K, Sindhu, S., Teitelman, A., Maneesriwongul, W., & Viwatwongkasem, C. (2015). Predictors of intention to use HIV testing service among sexually experienced youth in Thailand. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of The International Society for AIDS Education*, 27(2), 139–152. doi: 10.1521/aeap.2015.27.2.139
- World Health Organization. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Retrieved Retrive August 20, from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-

ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

วิราลีณี ภิญโญ, พย.บ.*¹ ปรียา ใจกล้า, พย.บ.¹ ชุติพร ภูโสภ, พร.ด.²

บทคัดย่อ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้รายบุคคลต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเชิงคำ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 – มกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ แมน-วิทนีย ยู ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น คลินิกวัณโรคควรจัดระบบให้ความรู้รายบุคคล เพื่อส่งเสริมการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกรายอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : การให้ความรู้รายบุคคล, การรับรู้ในการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยวัณโรคปอด

วันที่รับ: 29 กรกฎาคม 2565 วันที่แก้ไข: 28 พฤศจิกายน 2565 วันที่ตอบรับ: 15 ธันวาคม 2565

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: wirasinee_loy@hotmail.com

² อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of individualized education program on perceived self-care among pulmonary tuberculosis patients admitted to Chiangkham Hospital, Phayao Province

Wirasinee Pinyo, B.N.S.^{*1} Pariya Jaikra, B.N.S.¹ Chuleeporn Pusopa, Ph.D.²

Abstract

Pulmonary tuberculosis is a contagious disease that is a major public health problem. Continuous and regular self-care during illness indicates successful treatment for patients with pulmonary tuberculosis. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of individualized education program on the knowledge and perceived self-care among pulmonary tuberculosis (PTB) patients attending Tuberculosis (TB) clinic. The purposive sampling was used to recruit sixty people who were newly registered TB patients at the TB clinic of Chiangkham Hospital, Phayao Province, from February 2020 to January 2021. Sample were equally divided into experimental and control groups, of which 30 for each group. The research instrument was a set of questionnaires consisting of demographic data, PTB knowledge, and perceived self-care. Three experts confirmed the content validity of the questionnaires. The questionnaire reliability was tested using Kuder Ricardson-20 (KR-20) and Cronbach's alpha coefficient, which yielded .72 and .75, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U Test. The results demonstrated that after program completion, the experimental group had both significantly higher mean score of perceived self-care and PTB knowledge than the control group ($p < .001$). Therefore, TB clinic should provide comprehensive individualized education to all new cases of PTB patients for enhancing perceived self-care among PTB patients.

Keywords: Individualized education, Perceived self-care, Pulmonary tuberculosis patients

Received: July 29, 2022 Revised: November 28, 2022 Accepted: December 15, 2022

¹ Registered Nurse, Chiangkham Hospital, Phayao Province

^{*} Corresponding author E-mail: wirasinee_loy@hotmail.com

² Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

บทนำ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของวัณโรคค่อนข้างสูงในระดับโลก ถึง 171.20 รายต่อประชากรแสนคน และประเทศไทยยังเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคปอดอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลที่ต้องการการแก้ไข และกำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคปอดเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในกรอบของสหประชาชาติ (World Health Organization: [WHO], 2017) จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดเป็นผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน 70,114 ราย คิดเป็น ร้อยละ 59.00 ของที่ประมาณการเท่านั้น และมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำถึง ร้อยละ 82.90 สะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเข้าถึงการรักษาล่าช้าหรือเข้าไม่ถึง ที่ส่งผลทำให้มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนได้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ (The End TB Strategy) เพื่อป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคปอดลง จาก 150 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2562 ให้เหลือ 138 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2565 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคปอดของโรงพยาบาลเชียงคำ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด 430 ราย พบความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 77.47 พ.ศ. 2561 ร้อยละ 85.59 และ พ.ศ. 2562 ร้อยละ 80.90 และที่สำคัญพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 17.60, 12.59 และ 18.18 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิต พบว่า สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยโรคล่าช้า มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาและปัญหาคุณภาพของการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 40-91 ปี มีดัชนีมวลกายต่ำสุดคือ 12.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มติดเชื้อ มีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคปอดสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง ร้อยละ 80.00 และยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาล่าช้าถึงร้อยละ 25.00 และเสียชีวิตในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษาสูงถึงร้อยละ 90.00 (โรงพยาบาลเชียงคำ, 2563) โดยปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ค่อนข้างยากในการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนได้ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนในตัวบุคคลได้ โดยมีการศึกษา พบว่าสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของวัณโรคปอดเป็นผลมาจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และขาดการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วย (สุธิดา อิศระ และอรสา กงตาล, 2563) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญหากมีการจัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม

การให้ความรู้ทางสุขภาพรายบุคคล เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ถึงผู้รับความรู้โดยตรงมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ (cognitive domain) ทักษะ (affective domain) การปฏิบัติ (psychomotor domain) ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี สร้างความตระหนักและการรับรู้ถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ การได้รับความรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยจะทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ สามารถป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งทางกายและจิตใจ รวมถึงการปรับตัวให้ยอมรับสภาวะเจ็บป่วยและการรักษา การฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วยกลับซ้ำด้วยโรคเดิม (Bloom, 1975)) มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับความรู้และส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น จากการศึกษาแนวทางการควบคุม

และป้องกันโรคปอดโดยให้ความรู้และทักษะปฏิบัติ กิจกรรมควบคุมและป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอด รายใหม่และผู้สัมผัสโรคที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเกษตรวิสัย พบว่า มีค่าคะแนนความรู้เพิ่มเป็น ร้อยละ 85.70 (ยวดี วานิชัง, จารุวรรณ บุญศล และอาภรณ์ ถนัดคำ, 2561) และจากการศึกษาผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังให้ความรู้รายบุคคลทันที มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เท่ากับ 3.68 ($SD=0.52$) และหลังให้ความรู้รายบุคคล 2 สัปดาห์ เท่ากับ 4.12 ($SD=0.51$) (เนตรชนก จุลวรรณโณ, 2559) รวมถึงการศึกษา การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรคปอด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ ความรุนแรงต่อพฤติกรรมแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การปฏิบัติตัวและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรค และความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคครบของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการ ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) (รัตนา สารบุญ และนิรมล เมืองโสม, 2555)

โอเร็มได้กล่าวถึงมโนทัศน์ของการดูแลตนเองไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและ กระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” และได้อธิบายทฤษฎีระบบ การพยาบาล (theory of nursing system) ในส่วนของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ว่าเป็น ระบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง เกิดพลังความสามารถ ในการดูแลตนเองจากความรู้ที่ได้รับและนำความรู้ไปใช้ มีทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเองในด้านความนึกคิด การรับรู้ การกระทำ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) จากการ ดำเนินงานในการให้บริการที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลเชียงคำ พบว่า แนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องวัณโรคปอด ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง รวมถึงผู้ป่วยยังมีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนและพัฒนากระบวนการให้ความรู้รายบุคคลแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลเพื่อให้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการรับรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและมีความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลตัวเองได้ เพื่อส่งผลให้ อัตราความสำเร็จของการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงลดการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคปอดและเชื้อวัณโรคที่อยู่ในชุมชนอย่าง ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับวัณโรคปอดต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการให้ความรู้ รายบุคคล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และคณะ (Orem et al., 2001) โอเร็มกล่าวไว้ว่า “ระบบการ พยาบาล เป็นระบบของการกระทำเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยสามารถ กระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง” ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกิจกรรม

การพยาบาล ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองการแสวงหาความรู้ของผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงเบนสุขภาพให้เกิดการรับรู้ในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคอย่างถูกต้อง

การให้ความรู้รายบุคคล

1. แผนการสอน
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรคปอด
 - 1.2 การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน
 - 1.3 การส่งเสริมการหายใจของโรค
2. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
3. ภาพพลิกวัณโรคปอด
4. คู่มือสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด

การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผู้ป่วยวัณโรคปอด

1. ด้านส่งเสริมการหายใจของวัณโรค
2. ด้านป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
4. ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด
5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองใน ชีวิตประจำวัน
6. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการหายใจของโรค
7. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre and post-test design) เพื่อศึกษาการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการให้ความรู้รายบุคคลที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด โดยตรงเสมหะพบเชื้อวัณโรคหรือภาพถ่ายเอกซเรย์ที่เข้ารับการรักษานในคลินิกวัณโรค สามารถสื่อสารได้และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง มกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน กลุ่มละ 30 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบง่าย การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างยึดหลักวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้ตารางการกำหนดขนาดตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 2013) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) ค่า r เท่ากับ 0.80 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สำหรับทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (2-tailed test) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะหายไปมากกว่าจำนวนที่คำนวณได้ ร้อยละ 20.00 ดังนั้นจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย

1.1. แผนการสอนรายบุคคลเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง แผนการสอนประกอบด้วย เนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินผล โดยเน้นเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการหายของโรค และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (พัทธรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร, 2555) แผนการสอนได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลคลินิกวัณโรค

1.2. ภาพพลิกเรื่องวัณโรค จากสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นสื่อประกอบในการให้ความรู้ขณะสนทนากับกลุ่มตัวอย่าง เนื้อหาที่แสดงในภาพพลิกสอดคล้องกับเนื้อหาในแผนการสอน และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2559)

1.3. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัณโรคปอด การติดต่อ อาการและอาการแสดง การรักษา และผลข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด (สำนักวัณโรค, 2559)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากสมัญญา มุขอาษา (2558) ประกอบด้วย

2.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วยข้อความจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะที่พักอาศัย ผู้พักอาศัยร่วมบ้านเดียวกัน จำนวนสมาชิกครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการป่วยด้วยวัณโรคปอดของบุคคลในครอบครัว การรับข่าวสารเรื่องวัณโรคปอด

2.2. แบบสอบถามการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วยข้อความทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมการรับประทานยาและสังเกตอาการแทรกซ้อนของยา จำนวน 5 ข้อ ด้านพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 5 ข้อ และด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ โดยมีลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำเป็นประจำทุกครั้ง=4 คะแนน ทำเกือบทุกครั้ง=3 คะแนน ทำได้เป็นบางครั้ง=2 คะแนน ไม่ทำทุกครั้ง=1 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: [CVI]) เท่ากับ .88 แล้วนำไปทดสอบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดคะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อ อาการของโรค การรักษา การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ

ผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาหาค่า CVI ได้เท่ากับ .88 แล้วนำไปทดสอบกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับการบันทึกจะไม่ระบุชื่อ โดยจะมีการใช้รหัสแทนในการนำข้อมูลไปอภิปรายผลแบบภาพรวมและนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงคำ เลขที่ 002/2563

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงคำและจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคำ ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเชียงคำ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเชียงคำ หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ขั้นตอน และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยวัณโรคตอบตกลงยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent) เพื่อดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลอง

2.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาวัณโรคปอดรายใหม่เพื่ออธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย

2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป และให้ทำแบบทดสอบ (pre-test) เกี่ยวกับความรู้ วัณโรคปอดและการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้เวลา 10 นาที

2.3 ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติรายบุคคล เกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคปอดโดยใช้สื่อภาพพลิก พร้อมกับแจกคู่มือวัณโรคปอดสำหรับผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ผู้วิจัย อธิบายขั้นตอนการมาตรวจตามแพทย์นัดภายหลัง 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 20 นาที

2.4 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด 2 สัปดาห์ โดยสอบถามอาการทั่วไป และให้คำปรึกษาเรื่องปัญหาที่ผ่านมาขณะผู้ป่วยอยู่บ้าน จากนั้นให้ความรู้ซ้ำอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลสอบถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ ใช้เวลา 20 นาที

2.5 ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบ (post-test) ความรู้เรื่องวัณโรคปอดและการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้เวลา 10 นาที

2.6 ผู้วิจัยสรุปเน้นเรื่องการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การนัดมาตรวจเพื่อประเมินผลติดตาม และให้คำแนะนำต่างๆ ใช้เวลา 10 นาที

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดตามปกติ โดยนัดมาพบแพทย์ตามนัด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ขั้นตอน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องวัณโรคปอด และการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการให้ความรู้รายบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติทดสอบแมน-วิทนี ยู (Mann-Whitney U test) หลังจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล พบว่า ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานการใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 62.26 ปี ($SD=11.43$) อายุต่ำสุด 36 ปี และอายุสูงสุด 83 ปี สถานภาพสมรสคู่พบมากที่สุดร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือประถมศึกษาร้อยละ 56.66 ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ 33.33 และ 30.00 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย 5,310 บาท ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามี-ภรรยา ร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 63.33 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 53.33 และดื่มสุรา ร้อยละ 46.66

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชายร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 54.17 ปี ($SD=16.46$) อายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 84 ปี สถานภาพสมรสคู่พบมากที่สุดร้อยละ 66.66 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือประถมศึกษาร้อยละ 66.66 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ 36.66 และ 26.66 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย 4,753 บาท ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามี-ภรรยา ร้อยละ 53.33 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 56.66 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 40.00 และดื่มสุรา ร้อยละ 36.60

2. ความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคปอดก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง	n	Mean Rank	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	32.63	-.964	.335
กลุ่มควบคุม	30	28.37		

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้เรื่องวินโรคปอดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

คะแนนความรู้หลังการทดลอง	<i>n</i>	Mean Rank	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	45.13	-6.775	0.000*
กลุ่มควบคุม	30	15.87		

* p -value<.001

4. การรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวินโรคปอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

คะแนนการรับรู้ก่อนการทดลอง	<i>n</i>	Mean Rank	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	31.82	-.586	.558
กลุ่มควบคุม	30	29.18		

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับวินโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

คะแนนการรับรู้หลังการทดลอง	<i>n</i>	Mean Rank	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	41.61	-4.936	0.000*
กลุ่มควบคุม	30	19.37		

* p -value<.001

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวินโรคปอดส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกัน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 62.26 ปี ($SD=11.43$) อายุต่ำสุด 36 ปี และอายุสูงสุด 83 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.00 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.66 ซึ่งลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 54.17 ปี ($SD=16.46$) อายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 84 ปี

สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.66 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.66 โดยเฉพาะระดับการศึกษาส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ในระดับประถมศึกษาใกล้เคียงกัน การประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรคปอด ทั้งด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการหายของโรค และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด จึงมีความรู้ที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย วัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ พบว่า ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่าการให้ความรู้รายบุคคลตามโปรแกรม ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญของวัณโรคปอด ที่ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการรักษา รวมถึงการนำทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ มีแรงจูงใจ ความเข้าใจ การยอมรับ และการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจน์วี ธิรเลิศพานิชย์ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้เสพยาเสพติด พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 10.03$, $SD = 2.59$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 16.86$, $SD = 3.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ปาจริย์ ตรินนท์, พูลสุข เจนพานิชย์วิสุทิพันธ์ และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2557) และสอดคล้องกับสมัญญา มุขอาษา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ พบว่า หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่คล้ายกัน ทั้งพื้นฐานด้านการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง และเกษตรกรรม อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 62.26 ปี ($SD = 11.43$) และ 54.17 ปี ($SD = 16.46$) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ก่อนการได้รับข้อมูลเรื่องวัณโรคปอดขณะผู้ป่วยมาลงทะเบียนครั้งแรก ที่คลินิกวัณโรคด้วยการดูแลตามวิธีปกติ โดยการให้ความรู้โรควัณโรค การปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด จึงอาจทำให้การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนนุช เคี่ยมการ, วันชัย มั่งคั่ง และวราภรณ์ บุญเชียง (2555) ที่ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ต่อความตั้งใจและการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกวัณโรค โดยวิธีให้ความรู้และใช้วิธีการจับคู่ (matching) ในเรื่องระดับการศึกษา และจำนวนครั้ง

ที่มาตรวจรักษา ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดไม่แตกต่างกัน

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับไวรัสโรคปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติรายบุคคล เกี่ยวกับความรู้เรื่องไวรัสโรคปอดโดยใช้สื่อภาพพลิก และแจกคู่มือไวรัสโรคปอดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ขณะอยู่ที่บ้าน โดยเน้นประเด็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับไวรัสโรคปอด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการหายของโรค การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีการสะท้อนความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถาม โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง เกิดการรับรู้ในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยไวรัสโรคปอดอย่างถูกต้อง และสรุปเน้นเรื่องการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอีกครั้ง ในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด 2 สัปดาห์ ได้สอบถามปัญหาการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามการดูแลตนเอง จึงอาจทำให้หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ในเรื่องการเจ็บป่วยไวรัสโรคปอดเกิดความตระหนักที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องทั้งด้านความร่วมมือในการรักษา ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค และด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของบุคคล เกิดจากการตัดสินใจที่เหมาะสม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (He et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของวีระวุธ แก่นจันทร์ไพบ, สมัทนา กลางคาร และสรุยา แก้วพิบูลย์ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันไวรัสโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า การรับรู้ต่อการป้องกันไวรัสโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านสูงขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และสอดคล้องกับจิตรานนท์ โกสัยรัตนภิบาล (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสื่อประสมการเรียนรู้ต่อความรู้ การรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยไวรัสโรคปอดที่มาใช้บริการที่ตึกสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจโร โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก โปสเตอร์กระตุ้นเตือน คู่มือสำหรับผู้ป่วยไวรัสโรค และการสาธิตย้อนกลับ ครั้งที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสโรคปอดหลังการสอนด้วยสื่อประสม 29.23 ($SD=1.38$) สูงกว่าก่อนการสอนด้วยสื่อประสม 21.56 ($SD=4.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และการศึกษาของเนตรชนก จุลวรรณโณ (2559) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวรัสโรค ในผู้ป่วยไวรัสโรครายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาที่คลินิกไวรัสโรค โดยใช้แผนการสอน และแจกแผ่นพับ ครั้งที่ 1 และติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) จึงสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลของผู้ป่วยไวรัสโรคปอดสามารถสร้างการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวรัสโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดระบบบริการคลินิกไวรัสโรค โดยให้ความรู้รายบุคคลสำหรับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดและผู้ดูแลในครั้งแรกเมื่อลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยการส่งเสริมรูปแบบ แนวทางการให้ผู้ป่วยมีความรู้ในปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น ด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ ที่สามารถ

เข้าถึงได้ง่าย และติดตามผู้ป่วยให้มารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผลการรักษาประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการให้ความรู้รายบุคคลในผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะยาวและติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลในการรักษา การป้องกันการดื้อยา และการกลับมาเป็นซ้ำ หรือเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ
2. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้ความรู้รายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเพื่อนำไปสู่การป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก <https://anyflip.com/kqmza/apoy>
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564* (เพิ่มเติม พ.ศ.2565). สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2565, จาก <https://online.anyflip.com/kqmza/hklm/mobile/index.html>
- กาญจน์วี ธีระเลิศพานิชย์. (2561). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้เสพยาเสพติด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 1(2), 62-76.
- จิตรานนท์ โกสิย์รัตนภิบาล. (2555). ผลของโปรแกรมสื่อประสมการเรียนรู้ต่อความรู้ การรับรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่ตึกสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 13(3), 170-177.
- นงนุช เคี่ยมการ, วันชัย มั่งคั่ง และวราภรณ์ บุญเชียง. (2555). ผลของกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ต่อความตั้งใจและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. *พยาบาลสาร*, 39(1), 91-104.
- เนตรชนก จุละวรรณโณ. (2559). ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 17-30.
- ปาจริย์ ตรินนท์, พูลสุข เจนพานิชย์วิสุทธิพันธ์ และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2014). การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอด. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 50-66.
- พัทตร์วิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร. (2555). *หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2563, จาก http://www.cqihiv.com/book_dsc%5CK_Care for TB Patients-33.pdf
- ยุวดี วานิชชัง, จารุวรรณ บุญศล และอาภรณ์ ถนัดคำ. (2561). ผลการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อความรู้และการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเกษตรวิสัย ตามแนวคิดการเสริมแรงทางพฤติกรรมของฮัลล์. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(3), 31-41.

- รัตนา สารบุญ และนิรมล เมืองโสม. (2555). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย. *วารสารวิจัย มข*, 12(3), 29-37.
- โรงพยาบาลเชียงคำ. (2563). *เอกสารสรุปผลการดำเนินงานวัณโรคปี พ.ศ. 2563* [เอกสารอัดสำเนา]. พะเยา: โรงพยาบาลเชียงคำ.
- วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ, สุมัทนา กลางคาร และสรุณา แก้วพิบูลย์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(1), 79-90.
- สมัญญา มุขอาษา. (2558). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่* (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ
- สำนักวัณโรค. (2559). *เรียนรู้ เข้าใจ วัณโรค*. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2562, จาก <https://anyflip.com/kqmza/xejy/basic>
- สุธิดา อิศระ และอรสา กงตาล. (2563). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมือง: กรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่นอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(2), 148-162.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of education*. New York: David McKay Company Inc.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- He, Z., Cheng, Z., Shao, T., Liu, C., Shao, P., Bishwajit, ... Feng, Z. (2016). Factors influencing health knowledge and behaviors among the elderly in rural china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(975), 1-16. doi:10.3390/ijerph13100975.
- Lemeshow, S. D., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K., (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Retrieved January 8, 2020, from https://www.academia.edu/39511442/Adequacy_of_Sample_Size_in_Health_Studies
- Orem, D. E., Tayler, S. G., & Repenning, K. M. (2001). *Nursing: concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis: Mosby.
- World Health Organization. (2017). *Global tuberculosis report: the sustainable development goals and the end of TB strategies*. Retrieved January 15, 2020, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516_eng.pdf?sequence=1

ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้พลังอำนาจ และภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ศิริรัตน์ จุมจะนะ พย.ม.*¹ ประภาพร สุวรรณภูมิ พย.ม.¹

สุภาภรณ์ โต๊ะขอ คศ.ม.¹ สมจิต ศิริสุข รป.ม.¹

บทคัดย่อ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นผลมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้พลังอำนาจของตนเองและภาวะสุขภาพ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 30 คนโดยเลือกแบบเจาะจงและยินดีเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะสุขภาพ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์และแบบสอบถาม 3 ด้านคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และ 3) การรับรู้พลังอำนาจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนาและ paired sample t-test ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกัน ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวและน้ำหนักตัว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมพลังอำนาจ , การรับรู้พลังอำนาจ, พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย, กลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

วันที่รับ: 1 เมษายน 2565 วันที่แก้ไข: 19 พฤศจิกายน 2565 วันที่ตอบรับ: 19 ธันวาคม 2565

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: aerirat@gmail.com

The effects of an empowerment program on dietary and exercise behaviors, perceptions of empowerment, and health status in people at risk for metabolic syndrome

Sirirat Joomjana M.N.S.^{*1} Prapaporn Suvarnakuta M.N.S.¹

Supaporn Tohsaw M.H.Econ.¹ Somchit Sirisook M.P.A.¹

Abstract

Metabolic syndrome is the result of inappropriate dietary and exercise behavior that lead to various chronic diseases such as hypertension, dyslipidemia, diabetes and cardiovascular disease. This research aims to determine the effects of an empowerment program on dietary and exercise behavior, perceptions of empowerment, and health status. The quasi-experimental (one-group pre-posttest design). Thirty participants at risk of metabolic syndrome were selected for the study using purposive sampling. Research instruments consisted of a health status assessment, an eight-week empowerment program and three sets of questionnaires on (1) personal data, (2) dietary and exercise behavior and (3) perceptions of empowerment. Descriptive statistics and paired samples t-test were used for data analysis. The results showed that after the completion of the program, the mean scores of dietary and exercise behavior, and perceptions of empowerment were significantly higher ($p < .05$). In addition, waist circumference and body weight were significantly lower ($p < .05$). The empowerment program contributed to changes in dietary and exercise behavior, helping to reduce the risks of chronic non-communicable diseases.

Keywords: empowerment program, perception of empowerment, dietary and exercise behavior, risk of metabolic syndrome

Received: April 1, 2022 Revised: November 19, 2022 Accepted: December 19, 2022

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, St. Theresa International College

^{*}Corresponding author E-mail: aerirat@gmail.com

บทนำ

กลุ่มโรคภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome; MetS) เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานในร่างกายหรือเมตาบอลิซึม โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประกอบด้วย ภาวะเส้นรอบเอวเกินหรืออ้วนลงพุง (abdominal obesity) ความดันโลหิตสูง (hypertension) น้ำตาลในเลือดสูงจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) โดยมีไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (triglyceride) และมีไขมันเอชดีแอลต่ำ (high density lipoprotein-cholesterol; HDL-C) เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิกซินโดรมสำหรับคนเอเชียของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) (Rojas et al., 2020) ได้กำหนดความผิดปกติของร่างกายอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ ดังนี้ 1) เส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรขึ้นไปหรือมากกว่า 36 นิ้วในเพศชาย และเพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตรขึ้นไปหรือมากกว่า 32 นิ้ว 2) มีน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 3) ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท 4) ระดับไขมันเอชดีแอล - คอเลสเตอรอล เพศชาย < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเพศหญิง < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ 5) ระดับไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Zhu, Spence, Yang, & Ma, 2020)

ภาวะเส้นรอบเอวเกินหรืออ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก กลไกการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในระยะแรกจะเริ่มขึ้นอย่างช้าๆ ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่มากเกินไปจนจำเป็นโดยเฉพาะอาหารหวาน อาหารเค็ม อาหารไขมันสูงและพลังงานสูง และพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย (Zhu et al., 2020) การที่บุคคลมีไขมันสะสมบริเวณช่องท้องและไขมันชั้นใต้ผิวหนังมากจะส่งผลทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน (prothrombotic state) และการอักเสบของหลอดเลือด (pro-inflammatory) (Chait & den Hartigh, 2020; Rojas et al., 2020) ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงสมดุลทางสรีรวิทยาต่างๆ ของร่างกายได้แก่ 1) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร่างกายจะสร้างและหลั่งของฮอร์โมนที่มีผลต่อความไวต่ออินซูลินและการเผาผลาญของกลูโคสเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินและน้ำตาลในเลือดสูง 2) เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เป็นผลหลังจากร่างกายเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินแล้วจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดลดลงและมีการหดตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการสร้างแองจิโอเทนซินโนเจน II (angiotensinogen II) และฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นจากการดูดกลับของโซเดียมเพิ่มขึ้น (sodium retention) จึงส่งผลให้ความดันโลหิตสูง (McCracken, Monaghan, & Sreenivasan, 2018) และ 3) เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เนื่องจากไขมันที่สะสมบริเวณหน้าท้องจะสะสมไขมันในรูปของไตรกลีเซอไรด์ในเนื้อเยื่อไขมันและฮอร์โมนที่มีความไวต่อเอนไซม์ไลเปส (hormone sensitive lipase: HSL) จะทำการสลายไตรกลีเซอไรด์ที่เป็นส่วนประกอบของไขมันแอลดีแอล (LDL-lipoprotein) กลายเป็นกรดไขมันอิสระ (non-esterified free fatty acid: NEFFA) เข้าสู่ตับทางหลอดเลือดดำพอร์ทอล (portal vein) และเอนไซม์ไลเปส (lipase) ในตับย่อยสลายเหลือเป็นไขมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (low density lipoprotein - cholesterol; LDL-C) เกิดภาวะดื้ออักเสบและการทำงานของตับผิดปกติจากไขมันสะสมส่งผลให้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมัน HDL-C ลดลงแต่มีปริมาณไขมัน LDL-C เพิ่มขึ้นรวมถึงยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี (McCracken et al., 2018)

ข้อมูลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตตำบลบึงนาราง อำเภोधุมภูริ จังหวัดพิจิตร พบว่า เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 31.46 ค่าดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 34 เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.10 เสี่ยงต่อเบาหวาน (pre-diabetes) ร้อยละ 7.76 เป็นเบาหวานรายใหม่ร้อยละ 1.47 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 2.26 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2560) วัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและจะมีความสัมพันธ์ระดับสูงต่ออุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease; NCDs) เมื่อเทียบกับกลุ่มคนในช่วงวัยอื่น (Zhu et al., 2020; Rojas et al., 2020) สอดคล้องกับข้อมูลภาวะสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นดังนี้ ดัชนีมวลกายเกินและภาวะอ้วนร้อยละ 22.70 เบาหวานร้อยละ 11.60 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.50 หลอดเลือดสมองร้อยละ 0.66 หัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 0.53 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุริดา แก้วทา, 2562) อันเป็นผลจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิมประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ เช่น อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป อาหารที่มีส่วนผสมของไขมันทรานส์ และเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมันและน้ำตาลสูง เป็นต้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทำให้เกิดการสะสมไขมันในช่องท้องและส่วนต่างๆ ของร่างกาย และ 2) บุคคลมีพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรงน้อยลงหรือมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง ส่งผลให้บุคคลน้ำหนักตัวเกินมีภาวะอ้วน มีไขมันสะสมบริเวณช่องท้องและเส้นรอบเอวเกิน (Rojas et al., 2020) ปัญหาสุขภาพดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศ เนื่องจากมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างสูง ก่อให้เกิดความสูญเสียภาระทางสุขภาพหรือปีสุขภาวะ (disability adjusted life year: DALY) รวมถึงงบประมาณที่ใช้เพื่อควบคุมป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ, 2562)

การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการป้องกันโรค แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ใช่เรื่องง่ายและเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่ง วิธีการสอนสุขศึกษาด้วยรูปแบบเดิมไม่สามารถทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนได้โดยเฉพาะปัญหาโรคกลุ่ม NCDs จากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ดังนั้น การเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกลวิธีสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเจ็บป่วยและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับการเสริมพลังอำนาจที่ผ่านมา พบว่า การเสริมพลังอำนาจสามารถเสริมศักยภาพตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น โดยการเสริมพลังอำนาจส่งผลให้กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะเมตาบอลิกเพิ่มขึ้น มีค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิตลดลง (ขมนาด วรณพรศิริ และนิยม เล็กชูผล, 2559) ในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินนั้นการเสริมพลังอำนาจด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพแนวเมดิเตอร์เรเนียนทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและเบาหวานในอนาคต (Muscogiuri et al., 2019) เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการรับประทานยาส่งผลให้ค่าน้ำตาลสะสม ไขมันไตรกลีเซอไรด์และ คอเลสเตอรอลลดลง

(Ebrahimi, Sadeghi, Amanpour, & Vahedi, 2016) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตลดลงเช่นกัน (วรดา ทองสุก, วรวรรณ์ ทิพย์วาริรัมย์ และปิ่นพัย สุกเมธาพร, 2563) เมื่อบุคคลได้รับการเสริมพลังอำนาจจนสามารถเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองแล้วจะส่งผลให้มีระดับการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้น (น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย, 2560; วิยะการ แสงหัวช้าง, วิไลวรรณ แสงธรรม และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ, 2560; วิภา เพ็งแสงเยี่ยม, พัทธราภรณ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภะ และศิริรัตน์ จุมจะนะ, 2561) ทิมผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (empowerment theory) ของกิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์และพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและสร้างพลังให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลจนสามารถเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและพร้อมจะเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับวิถีชีวิต เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

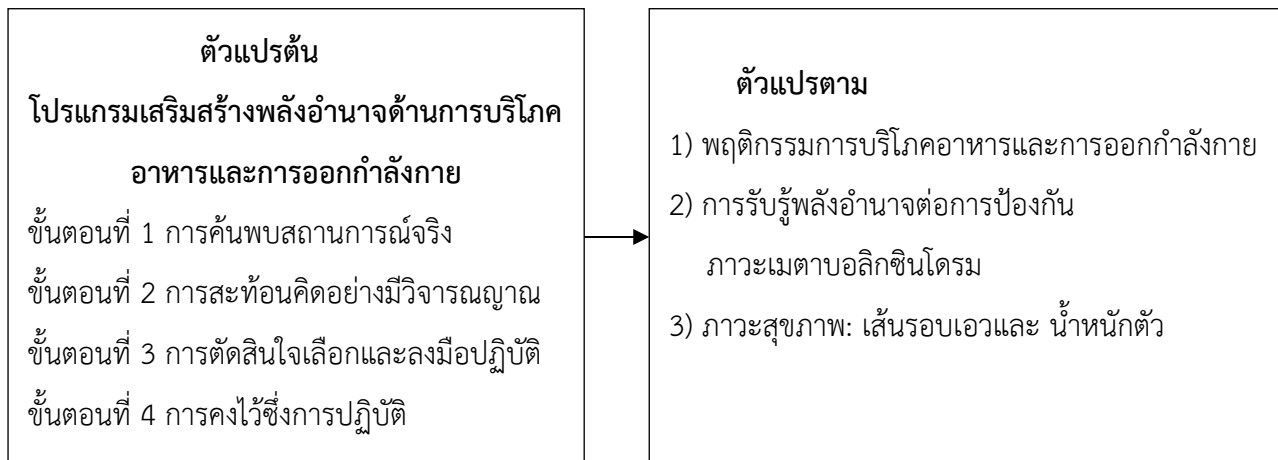
สมมติฐานการวิจัย

- 1) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
- 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
- 3) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอว น้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังของกิบสัน (Gibson, 1995) มาพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) เป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ระดับพลังอำนาจของตนเองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 2) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ให้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพและสะท้อนผลลัพธ์สุขภาพที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต 3) ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ (taking charge) เสริมพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง สร้างความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติได้เหมาะสม 4) ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (holding on) ช่วยให้กลุ่มเสี่ยง

มีการรับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนเพื่อควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งเสริมการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 30-59 ปีที่เสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 30 -59 ปี ในตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม (inclusion criteria) มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย กลุ่มอาการเมตาบอลิกซินโดรมสำหรับคนเอเชียของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (Rojas et al., 2020; Zhu et al., 2020) ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม² 2) เส้นรอบเอวในผู้หญิง ≥ 80 เซนติเมตรหรือเพศชาย ≥ 90 เซนติเมตร 3) มีภาวะเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตตัวบน ≥ 130 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท 4) มีภาวะเสี่ยงสูงต่อเบาหวานหรือกลุ่มแฝงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล. ขึ้นไป 5) มีประวัติไขมันในเลือดสูง และ 6) มีความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ตลอด 8 สัปดาห์

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของผลงานวิจัยกึ่งทดลอง มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (power table) คำนวณค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มคำนวณได้จากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1992)

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

d คือ ขนาดของอิทธิพล

$\bar{X}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มการทดลอง

$\bar{X}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลโดยอ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (วียะการ แสงหัวช้าง, และคณะ, 2560) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยนำค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจด้านการจัดการโรคและความเจ็บป่วยตนเองของผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาคำนวณ โดยแทนค่า $\bar{X}_E=89.55$ $\bar{X}_C=102.05$ $SD_C=7.87$ ค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เท่ากับ 1.58 ซึ่งค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณมากกว่า 0.80 เป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงกำหนดค่าทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Gray, Grove, & Burns, 2013) เปิดตารางสำเร็จรูปค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 7 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพ และประวัติครอบครัว
- 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ประกอบด้วย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด
- 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารจำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบประเมินค่า (rating scale) แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก คือ 4=ปฏิบัติประจำ, 3=ปฏิบัติบ่อย, 2=ปฏิบัติบางครั้ง, 1=ไม่เคยปฏิบัติ และข้อคำถามเชิงลบ คือ 1=ปฏิบัติประจำ, 2=ปฏิบัติบ่อย, 3=ปฏิบัติบางครั้ง, 4=ไม่เคยปฏิบัติ
- 4) แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ข้อคำถามเกี่ยวกับการค้นพบข้อเท็จจริง 3 ข้อ 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3 ข้อ 3) ข้อคำถามเกี่ยวกับตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ 3 ข้อ และ 4) ข้อคำถามเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ 4 ข้อ ลักษณะแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ การรับรู้พลังอำนาจตนเองมากที่สุด คือ การรับรู้พลังอำนาจตนเองมาก คือ การรับรู้พลังอำนาจตนเองปานกลาง คือ การรับรู้พลังอำนาจตนเองน้อย และคือ การรับรู้พลังอำนาจตนเองน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) คู่มือการดูแลตนเอง “ลดความเสี่ยง เลี่ยงโรคเมตาบอลิกซินโดรม” เป็นคู่มือที่ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เกิดจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

2) โปรแกรมเสริมพลังอำนาจด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เป็นการเสริมสร้างการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเอง “ลดความเสี่ยง เลี่ยงโรคเมตาบอลิกซินโดรม” และบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้เสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีขั้นตอนและกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) ขั้นตอนการค้นพบสถานการณ์จริง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอว น้ำหนักตัว 2) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของตนเอง ทบทวนศักยภาพและพลังอำนาจของตนเองก่อนเข้าโปรแกรม เปิดโอกาสให้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวางแผนควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

สัปดาห์ที่ 2 (ใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง) ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนการตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากร ดังนี้ 1) คู่มือการดูแลตนเอง “ลดความเสี่ยง เลี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม” 2) บันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย 3) กิจกรรมสร้างพันธสัญญา “รวมพลังลดความเสี่ยง เลี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม” และสร้างกลุ่มแอปพลิเคชัน Line ผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้เป็นช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับทีมผู้วิจัย และ 4) ชุดความรู้และวิถีทัศน์ต้นแบบเกี่ยวกับการปฏิบัติตน “ลดความเสี่ยง เลี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม” โดยทีมผู้วิจัยส่งให้กลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อให้เรียนรู้ด้วยตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 3 -7 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายด้วยตนเอง 30 นาทีเพื่อลดเอวและไขมันช่องท้องและเพิ่มการเผาผลาญ รายงานความก้าวหน้าของตนเองแก่สมาชิก โดยทีมผู้วิจัยจะให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เสริมพลังและตอบข้อสงสัยผ่านกลุ่มแอปพลิเคชัน Line 1 ครั้งต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) ทีมผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ความสำเร็จเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงปัญหาอุปสรรคเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบ คือ 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านโดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .97 และนำมาปรับปรุงแก้ไข 2) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเท่ากับ .726 และ .943 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและคู่มือสำหรับประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมฯ และทีมผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมฯ และเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม -พฤศจิกายน 2563 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ STIC 005/2017 และได้ดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการอธิบายชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยก่อนการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 มีอายุเฉลี่ย 46.27 ปี ($SD=9.91$) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.33 การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 33.33 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.30 ไม่มีประวัติครอบครัวญาติพี่น้องสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 53.30 ไม่มีประวัติไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 60.00 ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.67 ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ระหว่าง 18.5-23.4 ตร.ม²) ร้อยละ 56.67 มีเส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 63.33 มีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 86.67 ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 93.33 และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 93.33

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ($\bar{X}=2.44$, $SD=0.35$) และการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.81$, $SD=0.49$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ($\bar{X}=2.01$, $SD=0.27$) และการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.53$, $SD=0.60$) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ($n=30$)

พฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การบริโภคอาหาร	2.01	0.27	2.44	0.35	12.24	29	.00*
การออกกำลังกาย	2.53	0.60	2.81	0.49	6.79	29	.00*

* $p<.05$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=4.26$, $SD=0.48$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้พลังอำนาจรายด้าน พบว่า 1) ขั้นค้นพบข้อเท็จจริง คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=4.54$, $SD=0.40$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=3.09$, $SD=1.31$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 2) ขั้นสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=4.28$, $SD=0.37$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=3.64$, $SD=0.84$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 3) ขั้นตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.70$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=3.78$, $SD=1.11$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 4) ขั้นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.78$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=3.70$, $SD=1.15$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

การรับรู้พลังอำนาจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	df	P - value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
1.ขั้นค้นพบข้อเท็จจริง	3.09	1.31	4.54	0.40	7.327	29	.000*
2.ขั้นสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	3.64	0.84	4.28	0.37	6.484	29	.000*
3.ขั้นตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ	3.78	1.11	4.11	0.70	3.873	29	.001*
4. ขั้นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	3.70	1.15	4.09	0.78	4.512	29	.000*
คะแนนเฉลี่ยรวมระดับการรับรู้พลังอำนาจ	3.55	0.97	4.26	0.48	6.74	29	.000*

* $p < .05$

4. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=81.82$, $SD=8.78$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=84.32$, $SD=7.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=61.56$, $SD=10.94$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}=62.31$, $SD=11.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลัง (n=30)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
1. เส้นรอบเอว	84.32	7.47	81.82	8.78	-4.050	29	.000*
2. น้ำหนักตัว	62.31	11.10	61.56	10.94	-8.298	29	.000*

* $p < .05$

อภิปรายผล

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการเสริมพลังอำนาจอย่างเป็นลำดับขั้นตอน คือ ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและวิเคราะห์พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพและระดับพลังอำนาจของตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเองและเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการที่เกิขึ้นกับตนเองมากขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณญาณ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้านการบริโภคอาหารและการ ออกกำลังกายที่มีผลในทางลบต่อสุขภาพที่คาดว่าจะมีโอกาสเกิดขึ้นให้บุคคลเข้าใจและกล้าเผชิญความจริง เป็นการ กระตุ้นให้เกิดพลังอำนาจและความรู้สึกต้องการที่ปรับปรุงพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น (Gibson, 1995) สอดคล้องกับผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพฤติกรรมป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้ใหญ่ไทยในชนบท (ขมนาด วรรณพรศิริ

และนิยม เล็กชุมพล, 2559) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะเมตาบอลิกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Ebrahimi et al., 2016) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย, 2560) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (วรดา ทองสุก และคณะ, 2563) ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมแต่ละขั้นตอนมีส่วนสนับสนุนและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้และยอมรับที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และพร้อมจะลงมือแก้ไขปัญหสุขภาพได้ด้วยตนเองและเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่มตัวอย่างและทีมผู้วิจัยผ่านการเรียนรู้จากวิถีทัศน์ต้นแบบและคู่มือการดูแลตนเองช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมและสร้างประสบการณ์ใหม่ผ่านการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น นำไปสู่ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ รู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพแห่งตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจ (motivation) และมีพลังในตนเอง (power) และความสามารถ (ability) สามารถลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้วยตนเอง การดำเนินกิจกรรมผ่านกลุ่มแอปพลิเคชัน Line ร่วมกับกิจกรรมพันธสัญญาช่วยเสริมพลังอำนาจให้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเปลี่ยนไปจากเดิม คือสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเองและตนเองมีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ (sense of mastery) ที่เผชิญได้ (Gibson, 1995) และในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกรกล่าวชื่นชมให้กำลังใจกันภายในกลุ่มช่วยให้เกิดการเสริมพลังอำนาจระหว่างบุคคลภายในกลุ่มเกิดการประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเองจนมีพฤติกรรมคงไว้ซึ่งการปฏิบัติได้ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ จึงส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของตนเองต่อการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองและการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (วิยะการ แสงหัวช้าง และคณะ, 2560) รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (วิภา เพ็งแสงเยี่ยม และคณะ, 2561) จึงสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการเสริมพลังอำนาจสามารถส่งเสริมให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ และเปลี่ยนความคิดจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีเป้าหมายในชีวิตนำไปสู่การตัดสินใจแก้ไขปัญหสุขภาพของตนด้วยตนเอง (self-determinant) และลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Gibson, 1995)

3. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดเรียนรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและ

การออกกำลังกายของตนเอง เลือกรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมไปทดลองใช้ จะนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy) และรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (sense of control) (Gibson, 1995) สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองส่งผลให้ค่าน้ำตาลสะสมเม็ดเลือดแดง ไขมันไตรกลีเซอไรด์และ คอเลสเตอรอลลดลง (Ebrahimi et al., 2016) และการเสริมพลังอำนาจด้านการบริโภคอาหารสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินมีค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ค่าน้ำตาลสะสม ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ดัชนีไขมันในช่องท้อง ไขมันคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Muscogiuri et al., 2019) และสนับสนุนว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเมตาบอลิกส่งผลให้กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ชนชาติ วรรณพรศิริ และนิยม เล็กชุมพล, 2559) รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (วรดา ทองสุก และคณะ, 2563) ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนตั้งแต่การค้นพบสถานการณ์ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และลงมือปฏิบัติ ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและมีกำลังใจในการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้พลังอำนาจของตนเองและรู้คุณค่าในตนเอง และลงมือปฏิบัติจนเกิดความเชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเองที่จะสามารถควบคุมพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกายรวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วยตนเองจนเกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันเกิดจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมฯ ไปขยายผลในประชาชนกลุ่มวัยอื่นซึ่งมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยเฝ้าระวังและติดตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ ทำให้มีข้อจำกัดในการประเมินประสิทธิภาพประเด็นความต่อเนื่องและยั่งยืนของกระบวนการเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ
2. การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจึงควรพิจารณาในการคัดเลือกเพศกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน เพื่อลดประเด็นเรื่องเพศและพฤติกรรมสุขภาพที่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจัดให้มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบและยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 12, 16, 24 สัปดาห์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพกระบวนการเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนการคงไว้ซึ่งปฏิบัติ
3. ควรเพิ่มตัวแปรตามด้านภาวะสุขภาพให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม ระดับไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยนี้ได้ทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ผู้วิจัยผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณท่านอาจารย์วิภา เพ็งแสงี่ยม คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ที่ส่งเสริมและสนับสนุนในการทำวิจัย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573). สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://dopah.anamai.moph.go.th/th/activity-plan/185662>.
- ชนนาค วรณพรศิริ และนิยม เล็กชูผล. (2559). ผลโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจพฤติกรรมป้องกันภาวะเมตาโบลิค ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิตของผู้ใหญ่ไทยในชนบท. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(4), 29-41.
- น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดีจังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(2), 46-58.
- วรดา ทองสุก, วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ และปิ่นททัย สุขเมธาพร. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 47(4), 229-241.
- วิยะการ แสงหัวช้าง, วิไลวรรณ แสงธรรม และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(3), 159-172.
- วิภา เพ็งแสงี่ยม, พัทธราภรณ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภะ, และศิริรัตน์ จูมนะนะ. (2561). การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. *การพยาบาลและการศึกษา*, 18(3), 83-95.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2560). รายงานระบบข้อมูลโรคติดต่อไม่เรื้อรัง จังหวัดปทุมธานี. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2561, จาก http://203.157.108.3/chronic60/report_main.php.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (บ.ก.). (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
- Chait, A., & Den Hartigh, L. J. (2020). Adipose tissue distribution, inflammation and its metabolic consequences, including diabetes and cardiovascular disease. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 7. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00022>

- Cohen. (1992). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ebrahimi, H., Sadeghi, M., Amanpour, F., & Vahedi, H. (2016). Evaluation of empowerment model on indicators of metabolic control in patients with type 2 diabetes, a randomized clinical trial study. *Primary Care Diabetes*, 10(2), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.09.003>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Burns, N. (2013). *The practice of nursing research e-book: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed). Missouri: Elsevier Health Sciences.
- McCracken, E., Monaghan, M., & Sreenivasan, S. (2018). Pathophysiology of the metabolic syndrome. *Clinics in Dermatology*, 36(1), 14-20.
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Di Somma, C., Altieri, B., Vecchiarini, M., Orio, F., ... & Savastano, S. (2019). Patient empowerment and the mediterranean diet as a possible tool to tackle prediabetes associated with overweight or obesity: a pilot study. *Hormones*, 18(1), 75-84.
- Rojas, E., Castro, A., Manzano, A., Suarez, M., Lamed, V., Carrasquero, R., . . . Bermudez, V. (2020). Diagnostic criteria and management of metabolic syndrome: evolution overtime. *Gaceta Médica De Caracas*, 128(4), 480-504. doi: 10.47307/GMC.2020.128.4.5
- Zhu, L., Spence, C., Yang, W. J., & Ma, G. X. (2020). The IDF definition Is better suited for screening metabolic syndrome and estimating risks of diabetes in asian american adults: evidence from NHANES 2011–2016. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12). doi:10.3390/jcm9123871

การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, ประ.ด.*¹ กัญฐพร สุชาติพิทย์, พย.ม.¹

ณัฐธิดา ราชโพธิ์² นิรมล จิตรจำนงค์² ปรีณี สองเมือง²

เมย์ลิสชา เกลี้ยงเกล้า² ศุภรัตน์ เพชรรัตน์² สุพรรณษา ประทุม²

บทคัดย่อ

การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล มีความสำคัญต่อการพัฒนานักศึกษาและทักษะการปฏิบัติตามชั้นปี การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2564 จำนวน 201 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสอบถามการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่สำหรับนักศึกษาพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .60-1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการศึกษา พบว่า การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล โดยภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=3.91$, $SD=0.80$) การปรับตัวรายด้าน พบว่า การปรับตัวด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านการเรียนรู้ อยู่ในระดับค่อนข้างดี การปรับตัวด้านอารมณ์ อยู่ในระดับพอใช้ จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับตัวระหว่างชั้นปี พบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีแตกต่างกันมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การปรับตัว, การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่, นักศึกษาพยาบาล

วันที่รับ: 19 กันยายน 2565 วันที่แก้ไข: 20 พฤศจิกายน 2565 วันที่ตอบรับ: 19 ธันวาคม 2565

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: matthawan19@hotmail.com

² นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Adaptation to the new normal in nursing students

Matthawan Leeyutthanont, Ph.D.^{*1} Kantaporn Sukhathip, M.N.S.¹
Nattatida Ratchapho² Niramol jitjumnong² Parinee Songmueang²
Maylisa Kiangklao² Suppharat Petcharat² Suphansa Pratum²

Abstract

The adaptation to the new normal of nursing students plays an important role in the student's development per year and student performance by year. The objective of this descriptive research was to study the new lifestyle adaptation of nursing students. The sample of this research consisted of 201 first to third-year nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Academic Year 2021. The research instrument was questionnaire of new lifestyle adaptations for nursing students which included four aspects namely education, social, emotion, and health. The content validity of the questionnaire was 1, the index of consistency was .6-1.00 and Cronbach's alpha coefficient was .86. Descriptive statistic and One-way ANOVA were utilized for data analysis. The results of this research revealed that nursing students had a general adaptation at the almost high level ($\bar{x}=3.91$, $SD=0.80$). The mean score of the new normal adaptation in the subcategory of health aspect, social aspect and education aspect were at almost high level. In addition, the emotion aspect's mean score was at a moderate level. When comparing the mean score of the adaption by year, the results revealed that the adaptations were significantly different at .05. The result of this study can be used as a basic information for enhancing adaptation to the new normal of nursing students in the future.

Keywords: Adaptation, New normal, Nursing Students

Received: September 19, 2022 Revised: November 20, 2022 Accepted: December 15, 2022

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

^{*} Corresponding author E-mail: matthawan19@hotmail

² Senior Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

จากการที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 มีการแพร่กระจายไปเกือบทุกประเทศทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากและเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) และประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างเข้มงวด สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต และแนวปฏิบัติที่คนในสังคมเคยปฏิบัติกันอย่างที่ผ่านมา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากเดิม ภายใต้มาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ที่เรียกว่า “new normal” หรือวิถีชีวิตใหม่ หรือพฤติกรรมวิถีชีวิตปรกติใหม่ หมายถึง วิธีคิด วิธีการเรียนรู้ วิธีการสื่อสาร วิธีปฏิบัติ และจัดการกับการใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากการเปลี่ยนแปลง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบัน (พิรพัฒน์ ใจแก้วมา, 2563) ลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวว่า การปรับตัว (adaptation) จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบของร่างกายส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิด (cognitive aspect) จะทำการประเมินสถานการณ์คุกคาม เพื่อจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่นี้ เป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การทำงานจากที่บ้าน (work from home) การทำกิจกรรมด้านธุรกิจและการใช้บริการต่างๆ การใช้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการเรียนการสอนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์หรือระบบออนไลน์ เป็นต้น (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2564) โดยเฉพาะด้านสถาบันการศึกษาได้มีการปรับแนวปฏิบัติของสถานศึกษาเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค มีการปรับเปลี่ยนลักษณะการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมต่างๆ วิธีการวัดประเมินผล และจัดสภาพแวดล้อมตามมาตรการที่กำหนด (สมนึก เลิศสุโภชนวิชัย, อาริยา กล่อมกลิ่นสุข, ณัฐธิชา หงษ์สามสิบหก, กรรณิการ์ เจริญไทย, และจริยา ดาหนองเป็ด, 2564) ซึ่งผู้เรียนต้องปรับตัวสู่การเรียนรู้ที่อาจยังไม่คุ้นเคย มีการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ (study from home) และต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อรองรับภาวะการเปลี่ยนแปลงภายใต้การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาล ได้ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติตามมาตรการและการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ฉบับที่ 11) โดยนักศึกษาใช้ชีวิตที่บ้าน และมีการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ของชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์การปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละด้าน พบว่า การปรับตัวในด้านสุขภาพ นักศึกษาส่วนใหญ่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี และปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว ได้แก่ การเว้นระยะห่างกับบุคคลในครอบครัวบ้าง ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ล้างมือเมื่อมีการสัมผัสสิ่งของต่างๆ มีการสังเกตอาการและตรวจอุณหภูมิเมื่อเข้าในสถานที่ต่างๆ รวมทั้งการรับประทานอาหารที่บ้าน สำหรับด้านการเรียนการสอน นักศึกษามีความวิตกกังวลในการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ ซึ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นนักศึกษาที่กำลังปรับตัวเข้าสู่ระดับอุดมศึกษา มีความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียนการสอน และความเป็นอยู่ที่มีความแตกต่างกับมัธยมศึกษาตอนปลาย นักศึกษาจำเป็นต้องอาศัยการปรับตัวอย่างมาก ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เป็นปีที่เริ่มต้นการเข้าสู่วิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การวางแผนการทำงาน มีการนำสิ่งที่ศึกษามาไปประยุกต์ใช้ โดยฝึกฝนและเรียนรู้จากการทำหัตถการพื้นฐานทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีการเรียนการสอน

ในรายวิชาที่เฉพาะทางและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีการเรียนและนำความรู้ไปใช้โดยการวิเคราะห์กรณีศึกษา เพื่อวางแผนการพยาบาล การเรียนรู้การให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่านวิดีโอ และประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ในรูปแบบออนไลน์ นักศึกษาจะต้องเกิดการเรียนรู้ให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนักศึกษาแก้ปัญหาโดยการปรึกษาเพื่อนๆ และอาจารย์ผู้สอน ส่วนการปรับตัวด้านสังคม นักศึกษามีความสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว การร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวิทยาลัย และพบอาจารย์ที่ปรึกษาจะใช้สื่อสารทางออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาการปรับตัวของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด-19 มืองค์ประกอบการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการร่วมกิจกรรม โดยผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีแตกต่างกันมีการปรับตัวในสถานการณ์โควิด-19 แตกต่างกัน ในด้านการเรียน และด้านอารมณ์ (กรรณิการ์ แสนสุภา, เอื้อทิพย์ คงกระพัน, อุมารณ สุขารมณ, และผกาพรรณ นันทะเสน, 2563) อาจเนื่องมาจากนักศึกษาพยาบาลจะต้องปรับตัว ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านการเรียน ด้านสังคม และด้านอารมณ์ ซึ่งนักศึกษาแต่ละชั้นปีอาจมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ที่แตกต่างกัน

การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีแรงจูงใจด้านบวก เป็นผู้ที่มีเหตุผล สามารถเลือกวิถีชีวิตของตนเองได้ถ้ามีอิสระเพียงพอและมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ยอมรับตัวเอง ยอมรับ การเปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวแบบองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพ ด้านการเรียน ด้านสังคม และด้านอารมณ์ เพื่อรักษา ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในบทบาทหน้าที่ มีกำลังใจและมีความสุขใจในการเผชิญกับการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา (Roger, 1976; Lazarus & Folkman, 1984) ในการปรับตัว ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (distancing: D) การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา (mask wearing: M) การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสะอาดและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ (hand washing: H) การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ (test: T) การลดการแออัด ลดการเข้าพื้นที่เสี่ยง (reducing: R) และการทำความสะอาดพื้นผิว ร่วม (cleaning: c) หรือที่เรียกว่ามาตรการ D-M-H-T-RC (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ทั้งนี้การปรับตัวด้านการ เรียน นักศึกษาต้องเข้าใจถึงลักษณะการเรียนการสอนด้วยเทคโนโลยีสร้างสรรค์ ที่เป็นระบบผสมผสานทั้งรูปแบบ ออนไลน์และการเรียนกับอาจารย์ผู้สอน ซึ่งนักศึกษาจะต้องจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อรองรับการเรียนการสอน และ ต้องกระตือรือร้นในการทำความเข้าใจในสาระการเรียนรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติให้มากขึ้น การปรับตัวด้านสังคม นักศึกษาจะต้องร่วมกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์มากขึ้น ลดการร่วมกิจกรรมในคนจำนวนมาก และมีการเว้นระยะห่าง ที่เหมาะสม (อานันท์ สีสพิทักษ์เกียรติ, ศิริพร เพียรสุขมณี, พงนา พิชิตปัจจา, และชัยวุฒิ ตั้งสมชัย, 2564) และ การปรับตัวด้านอารมณ์ นักศึกษาจะต้องรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ ตามความเป็นจริง และดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ได้ อย่างไม่ขัดแย้งกับความคิดความรู้สึกของตนเอง หากนักศึกษาสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ได้ จะส่งผลให้นักศึกษามีสุขภาพดี ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์และสังคม รวมถึงการมีศักยภาพต่อการเรียนรู้ได้

จากสภาพปัญหา และความสำคัญในการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปรับตัว ในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิดของโรเจอร์ และแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Roger, 1976; Lazarus & Folkman, 1984) มาตรการการแพร่ระบาดของโรคระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติในสถานการศึกษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข (2563) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการปรับตัวของนักศึกษา ผู้วิจัยจึงได้กำหนดการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านการเรียน

เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ การเตรียมความพร้อมในการเรียน การเข้าใจในสาระความรู้ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ตในการเรียนรู้ในรายวิชาต่างๆ ได้ (2) ด้านสังคม เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน อาจารย์ การทำบทบาทหน้าที่ได้ตามความเหมาะสมและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งในและนอกวิทยาลัยได้ (3) ด้านอารมณ์ เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวลหรือความเครียด ควบคุมอารมณ์ อดทนรอคอย มองโลกในแง่ดี การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ปรับและเปลี่ยนตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม และ (4) ด้านสุขภาพ เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับสุขภาพ ตามมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ Covid-19 การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมืออย่างถูกวิธี สังเกตอาการของตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ การเว้นระยะห่างทางสังคม ลดการปฏิสัมพันธ์ในที่สาธารณะ การพักผ่อนนอนหลับ และการได้รับวัคซีน เป็นต้น แม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 แล้วก็ตาม (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2565, 2565) แต่การศึกษาการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการเสริมสร้างการปรับตัวที่ดีของนักศึกษาทุกชั้นปี และเป็นการเตรียมพร้อมกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามระดับชั้นปี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่กำลังศึกษาภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ชั้นปีที่ 1 จำนวน 130 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 139 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 134 คน รวมจำนวน 403 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่กำลังศึกษาภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของ ยามาเน (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง 201 คน แบ่งสัดส่วนตามจำนวนนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีได้ดังนี้ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 65 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 69 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 67 คน รวม 201 คน และดำเนินการวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling method) โดยนำเลขที่ของนักศึกษามาทำเป็นฉลาก และการจับฉลากเลขที่แบบสุ่มไม่ใส่คืนให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดแต่ละชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดของโรเจอร์ และแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Roger, 1976; Lazarus & Folkman, 1984) มาตรการการแพร่ระบาดของโรคระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติในสถานการศึกษาพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข (2563) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของนักศึกษา (พีรพัฒน์ ใจแก้วมา, 2563; สมนึก เลิศสุโภชนิษฐ์และคณะ, 2564) แบบสอบถาม มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำแนกเป็นระดับชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่สำหรับนักศึกษาพยาบาล มีองค์ประกอบ การปรับตัว 4 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านการเรียน จำนวน 10 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ ด้านอารมณ์จำนวน 10 ข้อ และด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ เป็นข้อความที่ให้เลือกตอบ แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามทางบวก 35 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ ถ้าเป็นข้อคำถามทางบวก 1 หมายถึง ข้อคำถาม ในประโยคตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษาน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึงข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็น ของนักศึกษามากที่สุด ถ้าเป็นข้อคำถามทางลบ 1 หมายถึง ข้อคำถามในประโยคตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษามากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษาน้อยที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนด เกณฑ์การแปลผลระดับการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่สำหรับนักศึกษาพยาบาล (กนกพร เรื่องเพิ่มพูน, สุตา รองเมือง และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2554) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.40 - 5.00 หมายถึง มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ได้ดี

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.39 หมายถึง มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 2.60 - 3.49 หมายถึง มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ได้พอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.70 - 2.59 หมายถึง ค่อนข้างปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ไม่ได้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.69 หมายถึง ไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

(1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการปรับตัว 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อาจารย์พยาบาลด้านกิจการนักศึกษา อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยพยาบาล และอาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้เท่ากับ 1 และค่าดัชนี ความสอดคล้องของเนื้อหากับจุดประสงค์ (index of item objective congruence; IOC) ได้เท่ากับ .60-1.00 และ นำมาปรับภาษาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ

(2) ตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มทดลอง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่การรับรอง 2021/2 เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ

กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลในผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแปลงแบบสอบถามเข้าสู่ระบบออนไลน์ผ่าน google form ส่งให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 6-14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 การตอบแบบสอบถามใช้ระยะเวลาตอบ ประมาณ 30 นาที และเมื่อได้แบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี และระดับการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่จำแนกตามชั้นปี โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ชั้นปีที่ 1 จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 32.34 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 34.33 และชั้นปีที่ 3 จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33
2. ระดับการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=3.91$, $SD=0.80$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การปรับตัวด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ได้แก่ การปรับตัวด้านสุขภาพ ($\bar{x}=4.36$, $SD=0.79$) การปรับตัวด้านสังคม ($\bar{x}=4.04$, $SD=0.73$) และการปรับตัวด้านการเรียน ($\bar{x}=3.80$, $SD=0.71$) ตามลำดับ ส่วนการปรับตัวด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=3.44$, $SD=0.98$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ จำแนกรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่	$\bar{x}$	SD	ระดับการปรับตัว
ด้านการเรียน	3.80	0.71	ค่อนข้างดี
ด้านสังคม	4.04	0.73	ค่อนข้างดี
ด้านอารมณ์	3.44	0.98	พอใช้
ด้านสุขภาพ	4.36	0.79	ค่อนข้างดี
รวม	3.91	0.80	ค่อนข้างดี

เมื่อพิจารณารายด้าน และจำแนกตามชั้นปี พบว่า

ด้านการเรียน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=3.93$, $SD=0.66$) รองลงมา เป็นชั้นปีที่ 1 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=3.81$, $SD=0.71$) และชั้นปีที่ 2 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=3.67$, $SD=0.76$) ตามลำดับ

ด้านสังคม นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=4.11$, $SD=0.73$) รองลงมา เป็นชั้นปีที่ 3 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=4.07$, $SD=0.65$) และชั้นปีที่ 2 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=3.94$, $SD=0.79$) ตามลำดับ

ด้านอารมณ์ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=3.54$, $SD=0.85$) รองลงมา เป็นชั้นปีที่ 2 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=3.44$, $SD=1.00$) และชั้นปีที่ 3 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=3.34$, $SD=1.10$) ตามลำดับ

ด้านสุขภาพ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=4.48$, $SD=0.73$) รองลงมา เป็นชั้นปีที่ 1 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=4.35$, $SD=0.78$) และชั้นปีที่ 2 ค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}=4.24$, $SD=0.85$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ จำแนกรายด้าน และจำแนกตามชั้นปี ของกลุ่มตัวอย่าง

การปรับตัว	ด้านการเรียน		ด้านสังคม		ด้านอารมณ์		ด้านสุขภาพ	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ชั้นปีที่ 1	3.81	0.71	4.11	0.73	3.54	0.85	4.35	0.78
ชั้นปีที่ 2	3.67	0.76	3.94	0.79	3.44	1.00	4.24	0.85
ชั้นปีที่ 3	3.93	0.66	4.07	0.65	3.34	1.10	4.48	0.73

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม จำแนกตามชั้นปี (ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3) พบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีแตกต่างกัน มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($F=4.08$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามชั้นปี ($N=201$)

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	2632.66	2	1316.33	4.08	0.018
ภายในกลุ่ม	63531.33	198	322.49		
รวม	66163.99	200			

เมื่อวิเคราะห์ post hoc โดยเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison test) ของคะแนนการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาลตามชั้นปีเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Fisher's least significant difference (LSD) พบว่า ชั้นปีที่แตกต่างกันมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .05$) โดยชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ ต่ำกว่าชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปี

ชั้นปีที่กำลังศึกษา	$\bar{x}$	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
		164.06	157.45	165.75
ชั้นปีที่ 1	164.06		6.611*	
ชั้นปีที่ 2	157.45	6.611*		8.299*
ชั้นปีที่ 3	165.75		8.299*	

* $p < .05$

อภิปรายผล

การปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ปรับพฤติกรรม และจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ของตนเองเพื่อให้กลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านร่างกายหรือด้านสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านสุขภาพมีการปรับตัวค่อนข้างดี อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับการมีแรงจูงใจด้านบวก และตัดสินใจเลือกการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ได้ (Roger, 1976; Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (distancing: D) การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา (mask wearing: M) การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสะอาดและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ (hand washing: H) การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าไปในสถานที่ต่างๆ ร่วมกับการสังเกตอาการ (temperature: T) การให้ความร่วมมือในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (test: T) และการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ และหมอชนะ (application: A) หรือที่เรียกว่ามาตรการ D-M-H-T-T-A (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สำหรับการปรับตัวด้านสังคม นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและเพื่อนๆ ในรุ่นเดียวกัน มีการร่วมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ของรุ่นพี่รุ่นน้อง และการเข้าร่วมกิจกรรมของสถาบันและนอกสถาบันผ่านระบบออนไลน์ ได้รับการศึกษาทั้งด้านวิชาการและการใช้ชีวิตจากอาจารย์ที่ปรึกษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีการปรับตัวเพื่อรักษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลในบทบาทหน้าที่ทางสังคม นอกจากนี้การปรับตัวด้านการเรียน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์ในการเรียนระบบออนไลน์มาแล้ว และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวในการเรียนได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทนงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ, ณิชนันท์ ศิริไสยาสน์, และโชติ บดีรัฐ (2563) พบว่า คนไทยต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต ทั้งในการทำงานและการเรียนที่บ้าน และใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารให้มากขึ้น ส่วนการปรับตัวด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลจะต้องวางแผนในการใช้ชีวิต และเรียนระบบออนไลน์ที่บ้านตลอดทั้งวัน รวมถึงการร่วมกิจกรรมและการสอบออนไลน์ หรือการฝึกประสบการณ์เชิงวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการ

ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเหนื่อยล้า และรู้สึกอัดอั้นต่อการปฏิบัติ ในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ ดังนั้นนักศึกษาจะต้องปรับวิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติและวิธีจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกในการใช้ชีวิตแบบใหม่และปรับตัวรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบัน (อวาทิพย์ แว, 2563)

สำหรับชั้นปีที่กำลังศึกษาแตกต่างกัน มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เป็นปีที่เริ่มต้นการเข้าสู่วิชาชีพ มีการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การวางแผนการทำงาน มีการนำสิ่งที่ศึกษามาไปประยุกต์ใช้ โดยฝึกฝนและเรียนรู้จาก การทำหัตถการพื้นฐานทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เมื่อให้นักศึกษากลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและ เรียนในรูปแบบออนไลน์ นักศึกษาจะต้องปรับตัว และต้องเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น อาจทำให้นักศึกษาเกิดความวิตก กังวลและมีความเครียดได้ ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 อาจมีความคุ้นเคยกับการเรียนการสอนและร่วม ทำกิจกรรมของวิทยาลัยในรูปแบบออนไลน์มาแล้ว ทำให้เข้าใจถึงรูปแบบการเรียนการสอน และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีการเรียนการสอนระบบออนไลน์ตามปกติ และใช้ชีวิตที่บ้านตั้งแต่เปิดภาคการเรียน ซึ่งยังไม่พบปัญหา การปรับตัวในช่วงปีแรก ดังนั้นการเตรียมความพร้อมการเรียนระบบออนไลน์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหา ของรายวิชาแต่ละชั้นปีที่นักศึกษาต้องแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง และพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา (Wallace, 2020) รวมถึงการมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาทางวิชาการและการใช้ชีวิตที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และดูแล ช่วยเหลือ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวเพื่อรองรับภาวะการณ์เปลี่ยนแปลงภายใต้การดำเนินชีวิต แบบวิถีใหม่ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ อยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งควรได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น โดยมีการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมการปรับตัวในดำเนินชีวิต แบบวิถีใหม่ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการเรียน และด้านอารมณ์

2. ข้อมูลจากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้นักศึกษาสามารถปรับตัวในสถานการณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษา และการดูแลช่วยเหลือในการใช้ชีวิต พร้อมทั้งมีการติดตามนักศึกษาเป็นรายบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับผลการติดตามการปรับตัวของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาหลังสถานการณ์โควิด-19 ในด้านอารมณ์ หรือสุขภาพจิต และผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร เรืองเพิ่มพูน, สุตา ร่องเมือง และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2554). ลักษณะการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3), 478-492.
- กรรณิการ์ แสงสุภา, เอื้อทิพย์ คงกระพัน, อุมารณณ์ สุขารมณ, และผกาพรรณ นันทะเสน. (2563). การปรับตัวของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด-19. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(2), 83-97.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนคลายกิจการและกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประเภทกิจการและกิจกรรมกลุ่มที่ 4 และ 5*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2559). *จิตวิทยาบุคลิกภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2565 เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง. (2565, กันยายน 19). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 223 ง, หน้า 2.
- ทงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ, ณิชนันท์ ศิริไสยาสน์, และโชติ บดีรัฐ. (2563). New normal วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัว-19: การงาน การเรียน และธุรกิจ. *วารสารการบริหาร การปกครองและนวัตกรรม*, 4(3), 263-278.
- พีรพัฒน์ ใจแก้วมา. (2563). *การศึกษาพฤติกรรมการดำรงชีวิตแบบปกติใหม่ของประชาชนชาวไทยระหว่างวิกฤตโควิด-19 ที่ปรากฏในสื่อออนไลน์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน. (2564). *ชีวิตวิถีใหม่ (new normal)*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565, จาก <http://www.tosh.or.th/Covid-19/index.php/new-normal>
- สมนึก เลิศสุโภชนิชย์, อาริยา กล่อมกลิ่นสุข, ณัฐธิชา หงษ์สามสิบหก, กรรณิการ์ เจริญไทย, และจริยา ดาหนองเปิด. (2564). *แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ในสถานศึกษา* [EPub]. จาก http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/material_990/material_990.pdf.
- อวาทิพย์ แว. (2563). COVID-19 กับการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 35(1), 24-29.
- อานันท์ สิริพิทักษ์เกียรติ, ศิริพร เพียรสุขมณี, พจนา พิชาติปัจจา และชัยวุฒิ ตั้งสมชัย. (2564). *COVID-19 Response Research* โครงการวิจัยถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ศูนย์นวัตกรรมการสอนและการเรียนรู้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, United States: Spring Publishing.
- Roger, C.R. (1976). *Client-Center Therapy*. London: Redwood Burn Limited.
- Wallace, J. (2020). The new normal. *Citizens and the State in Authoritarian Regimes*, 31–58. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190093488.003.0002>
- Yamane, T. (1973). *Statistics, An Introductory Analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

ปริยานุช เชิดชูเหล่า, ส.ม.*¹

วุฒิพงษ์ ยอดคำ, ส.ม.² มนัชรณ์ พิชัยจุมพล, พย.ม.³

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำเป็นภารกิจหนึ่งที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างมีส่วนร่วม ในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชน เก็บข้อมูล เดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคหอบหืด 3) แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ 1.00 ทดสอบความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .930, .878, .857 และ .795 ตามลำดับ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพในชุมชนต้นแบบ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ 7 ขั้นตอนจากภาครัฐและเอกชน เก็บข้อมูล เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในชุมชนจำนวน 50 คน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และระยะที่ 3 นำนารูปแบบการเฝ้าระวังฯ ไปใช้ในพื้นที่ ระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึง กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย มีดังนี้ ระยะที่ 1 พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 90.50 โดยบริโภคปลาดิบมากที่สุด ร้อยละ 73.75 กลุ่มตัวอย่างติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 31.00 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการใช้สารเคมีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.00 และพบสารเคมีตกค้างในกระแสดือด อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 52.78 ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพในชุมชนต้นแบบพบมีหมู่บ้านต้นแบบที่มีมาตรการทางสังคมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของตนเอง ประกอบด้วย 1) หมู่บ้านต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 2) หมู่บ้านต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีทางการเกษตร และระยะที่ 3 หลังจากนารูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านต้นแบบทั้ง 2 หมู่บ้าน ติดโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงเหลือ ร้อยละ 2.63 และพบสารเคมีตกค้างในกระแสดือดอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยลดลงเหลือ ร้อยละ 19.08

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล : Preyanuch63@yahoo.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ผลการศึกษานำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวังลดปัจจัยเสี่ยงแก่ประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, สารเคมีทางการเกษตร, พยาธิใบไม้ดัก

วันที่รับ: 29 กรกฎาคม 2565 วันที่แก้ไข: 2 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 25 ธันวาคม 2565

The development of health surveillance model for population in project area, Nam Pee reservoir due to Royal initiative, Chiang Muan district, Phayao Province

Preeyanuch Cherdchoolao, M.P.H^{*1}

Wuttipong Yodkham, M.P.H² Manashakorn Pichaijumpol, M.N.S³

Abstract

Monitoring health status and health behaviors modification of people living in reservoir project areas are the important role of healthcare workers. This research and development aimed to investigate health status and develop a model surveillance of residences based on people participation in the project area Nam Pee reservoir due to Royal initiative, Chiang Muan district, Phayao Province. There were three phases of the research. 1) Study people's health status by survey from August to September 2019. The purposive sampling method was used to sample 400 people by the behavioral questionnaire on undercooked food consumption, the prevention of Liver Fluke Disease; knowledge questionnaire on self-protection in the use of pesticides and self-protection behaviors in the use of pesticides resulted as a confidence value at .930, .878, .857 and .795 respectively. 2) Development of health surveillance model using a 7-step engagement process archived from October to December 2019. The sample were 50 residents in the project area. Qualitative data was collected using focus groups by semi-structured interviews. 3) Application of the developed model for the area between January 2021 and September 2022. The qualitative data and quantitative data were analyzed by content analysis and descriptive statistics, respectively. The result shows that the first phase found the most of the sample tends to consume undercooked food (90.50%), and rare fish is the most consumed food (73.75%). Also, the report indicated 31.00% of the people had Liver Fluke Disease. The sample had a moderate level of knowledge in the use of chemicals 38.00%. The report of chemical residues in bloodstream found unsafe at 52.73 %. The second phase have found that the model villages have their social strategy to prevent risk factors and the community model consisted of 1) a model village to reduce liver fluke risk factors and 2) a model village to reduce agricultural chemical risk factors. The last phase, after model implementation in two communities model found that 2.63% of people have liver fluke disease. In addition, people in the village who focused on reducing the risk factor of chemical use had pesticide

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phayao Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: Preeyanuch63@yahoo.com

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phayao Provincial Public Health Office

³ Registered Nurse, Phayao Provincial Public Health Office

residue in their blood at an unsafety level of 19.08%. In conclusion, the developed model can be applied to policy setting and precautionary measures/ reduce risk factors affecting the health conditions of people in reservoir areas for future desirable health behaviors.

Keywords: health condition, participation, chemicals used in agriculture, liver fluke

บทนำ

การพัฒนาโครงการขนาดใหญ่ล้วนส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม โครงการพัฒนาแหล่งน้ำก็เช่นกัน แม้จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ในหลายด้านแต่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในหลายประเด็น เช่น การเกิดภาวะเครียดหรือเกิดความวิตกกังวลของประชาชนในพื้นที่ การเกิดฝุ่นละออง เสียงดังจากการก่อสร้างและการขนส่ง การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนก่อสร้าง การเกิดอุบัติเหตุ การเกิดโรคติดต่อจากน้ำเป็นสื่อ การเกิดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงพาหะ และการเกิดโรคหนองพยาธิ นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านบริการสาธารณะและสาธารณสุข ดังนั้น การเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โครงการและพื้นที่รับประโยชน์จึงเป็นสิ่งสำคัญ (มัตติกา ยงอยู่ และธนชีพ พิระธรรณิษฐ์, 2562)

โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำป้อนเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา เป็นหนึ่งในโครงการพัฒนาแหล่งน้ำเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเก็บกักน้ำให้มากขึ้น สามารถใช้ในการเกษตรรวมถึงการอุปโภคบริโภคในฤดูแล้ง และเพื่อบรรเทาปัญหาน้ำท่วมในช่วงฤดูฝน โดยหนึ่งในมาตรการที่จะต้องดำเนินการเมื่อมีการดำเนินการโครงการคือ มาตรการป้องกันและลดผลกระทบด้านสาธารณสุขทั้งในระยะก่อนการก่อสร้าง ระยะก่อสร้าง และระยะดำเนินการ ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในระยะก่อสร้างและระยะดำเนินการนั้น อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่บริเวณโดยรอบทั้งในเชิงบวกและ เชิงลบ โดยในระยะก่อสร้างนั้นอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้จากหลายปัจจัยได้แก่ เกิดฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย เกิดเสียงดังรบกวนจากกิจกรรมก่อสร้าง ในการขนส่งวัสดุอุปกรณ์ต่างๆอาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในชุมชน อาจทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและอนามัยสิ่งแวดล้อมในที่พักคนงานไม่ดี และเมื่อมีการดำเนินการกักเก็บน้ำอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากแมลงพาหะนำโรค โรคหนองพยาธิ และการใช้สารเคมีทางการเกษตรเพิ่มขึ้น เป็นต้น (กรมอนามัย, 2555)

การดำเนินงานประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนที่อาศัยบริเวณรอบโครงการอ่างเก็บน้ำน้ำป้อนเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ได้ดำเนินการกิจกรรมตามรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (environmental impact assessment: EIA) ในปี 2560-2561 (กรมชลประทาน, 2560) พบปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำ โดยพบว่าข้อมูลการตรวจยืนยันโรคปรสิตในอุจจาระของประชาชนในหมู่บ้านรอบพื้นที่โครงการจำนวน 7 หมู่บ้าน 490 ตัวอย่าง พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ร้อยละ 24.50 พยาธิปากขอ hookworm ร้อยละ 1.80 พยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) ร้อยละ 4.10 พยาธิสตรองจิลอยดิส (*Strongyloides stercoralis*) ร้อยละ 4.10 พยาธิตัวตืด (*Taenia sp.*) ร้อยละ 2.20 และจากรายงานติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไขและติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำป้อนเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดพะเยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ของกรมชลประทาน (2561) พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ สูงถึงร้อยละ 60.20 จากผล การตรวจหาโรคทางปรสิตในอุจจาระของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำป้อนเนื่องมาจากพระราชดำริ พบอัตราการติดเชื้อโรคหนองพยาธิร้อยละ 32.70 และจากการศึกษาสาเหตุการตายของประชาชนในพื้นที่ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา พบว่า อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ. 2560-2561 เท่ากับ

42.20 และ 36.98 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา มีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ร้อยละ 59.00 และไม่มีการป้องกันตัวเองในการใช้สารเคมีร้อยละ 41.00 (กรมชลประทาน, 2560) ผลการตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดกลุ่มเกษตรกร พบว่า อยู่ในระดับไม่ปลอดภัยและมีความเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 80.00 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2561) จะเห็นได้ว่าประชาชนในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยาที่อาศัยโดยรอบโครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ ได้รับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพค่อนข้างสูงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้

การพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ได้มีแผนงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก โดยส่งเสริมการสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตรด้านสุขภาพ บูรณาการองค์รทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและท้องถิ่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมนั้นเกิดขึ้นได้ โดยการนำกระบวนการ appreciation-influence-control (AIC) (Smith, 2009) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นเทคนิคที่เปิดโอกาสให้ชุมชนที่ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่น เช่น กลุ่มการค้า การเมือง ศาสนา เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมใช้ผลประโยชน์ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตาม และประเมินผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นฝ่ายจัดหาหรือสนับสนุน ให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (บุญเลี้ยง สุพิมพ์ และอาจันต์ สงทับ, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นมีหลากหลายรูปแบบ และรูปแบบที่เห็นผลชัดเจนมากที่สุด คือ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน โดยชุมชนนั้นเป็นเจ้าของปัญหาจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหามากที่สุด มีตัวอย่างการศึกษาที่นำกระบวนการ AIC มาใช้ เช่น การศึกษาละว้าโมเดล ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับ โดยนำคนในชุมชนมาบริหารจัดการดูแลตนเอง เป็นการบูรณาการวิถีนิเวศสุขภาพรูปแบบใหม่ ชุมชนมีการตื่นตัวและเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น สามารถลดอัตราการติดโรคพยาธิใบไม้ในตับจากร้อยละ 67.00 ลดลงเหลือร้อยละ 24.00 ในปีแรกที่เริ่มโครงการ (บรรจบ ศรีภา, 2559) เช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่ เกษตรกรบ้านกอก ตำบลงแดง อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้กระบวนการ AIC ลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ทำให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรเพิ่มขึ้น (อรุณรัตน์ ปัญจะกลั่นเกษตร และฉัตรลดา ดีพร้อม, 2561)

จากที่กล่าวข้างต้น พื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดพะเยา ได้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งดำเนินการตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดประเภทและขนาดโครงการหรือกิจการซึ่งต้องจัดทำ รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม หลักเกณฑ์ วิธีการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางการจัดทำ รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2555 โดยผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า มีปัญหาด้านการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการใช้สารเคมีทางการเกษตร ดังนั้น เพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขต

พื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ และพื้นที่รับประโยชน์เกิดประสิทธิภาพ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่พึงประสงค์ คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา โดยทำการศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวบรวมข้อมูลรายงานสุขภาพประจำปีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ โดยใช้กระบวนการ AIC ของภาครัฐและเอกชนควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความปลอดภัยและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา
2. พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมควบคู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยดำเนินการวิจัย ใน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมควบคู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในชุมชนต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และระยะที่ 3 นำรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ไปปรับใช้ในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนโดยรอบโครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย พื้นที่ตำบลสระ ตำบลบ้านม่วง และตำบลเชียงม่วน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา ครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 7,153 ครัวเรือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนโดยรอบโครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย พื้นที่ตำบลสระ ตำบลบ้านม่วง และตำบลเชียงม่วน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณตัวอย่างของ Taro Yamane (1973) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 1). เกณฑ์คัดเข้า คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ครัวเรือนละ 1 คน สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2). เกณฑ์คัดออก คือ ประชาชนอายุไม่ถึง 15 ปี กรณีอายุเกิน 15 ปีขึ้นและทะเบียนบ้านซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ประชากร คือ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต้นแบบ กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 50 คน/หมู่บ้านต้นแบบ

ระยะที่ 3 ประชากร คือ หมู่บ้านเป้าหมายการขยายผลลดปัจจัยเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับปีละ 10 หมู่บ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563–2565 รวมจำนวน 30 หมู่บ้าน หมู่บ้านเป้าหมายการขยายผลลดปัจจัยเสี่ยงการใช้สารเคมีทางการเกษตรปีละ 10 หมู่บ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563–2565 รวมจำนวน 30 หมู่บ้าน รวบรวมข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. รายงานประจำปี เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ ประจำปีงบประมาณ 2562 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นการศึกษาวิจัย ได้แก่ อัตราป่วย อัตราตายด้วยโรคที่สำคัญ รายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี โรคหนองพยาธิ รายงานการตรวจสารเคมีตกค้างในกระแสน้ำ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ จังหวัดพะเยาปีงบประมาณ 2561 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (2561) โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุกๆดิบๆจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ กินเป็นประจำ (1 คะแนน) กินเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) เคยกินแต่เลิกแล้ว (3 คะแนน) ไม่เคยกินเลย (4 คะแนน) และไม่รู้จัก/ไม่ใช้อาหารในพื้นที่ (0 คะแนน) ช่วงค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-64 คะแนน นำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .930

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเป็นโรคหนองพยาธิ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า โดยเลือกตอบได้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) ช่วงค่าคะแนนคือ 0 – 22 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรม ระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ระดับดี (คะแนนร้อยละ 70.00 – 80.00) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.00 –

70.00) และระดับพอใช้ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00) นำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .878

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า โดยเลือกตอบได้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) ช่วงค่าคะแนนคือ 0-40 คะแนน มีโดยแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรม ระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ระดับดี (คะแนนร้อยละ 70.00-80.00) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.00 - 70.00) และระดับพอใช้ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00) นำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .795

4) แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อคำถามมีลักษณะเลือกตอบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ ช่วงค่าคะแนนคือ 0 -15 คะแนน มีการแบ่งระดับคะแนนความรู้ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) 2) ระดับดี (คะแนนร้อยละ 70.00-80.00) 3) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.00-70.00) และ 4) ระดับพอใช้ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00) นำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .857

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview form) ในระยะนี้ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมควบคู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยใช้กระบวนการ AIC 7 ขั้นตอน ประกอบด้วยคือ 1) ค้นหาข้อมูลภาวะสุขภาพกลุ่มชน 2) จัดลำดับปัญหา/คัดเลือกปัญหา/พฤติกรรมเสี่ยง 3) ค้นหาสาเหตุหรือแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 4) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน 5) กำหนด/คัดเลือกกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง 6) ดำเนินกิจกรรม/โครงการ 7) ประเมินผลถอดบทเรียน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการประชุมกลุ่ม (focus Group) ในกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 50 คน ทำการกำหนดประเด็นคำถาม ได้แก่ สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไข โดยมีตัวอย่างข้อคำถาม เช่น (1.1) จากข้อมูลภาวะสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญในชุมชนของท่านมีอะไรบ้าง (1.2) ท่านจะแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนี้อย่างไร

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ใช้เครื่องมือเชิงปริมาณเช่นเดียวกับระยะที่ 1)

วิธีการดำเนินงานวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของการวิจัยเพื่อพัฒนา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำป้อนเนื่องมาจากพระราชดำริ มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 2 ขั้นตอน ดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2562 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจากรายงานผลสุขภาพประจำปี และสำรวจพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ การป้องกันการเป็นโรคหนองพยาธิ การป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และสำรวจความรู้เรื่องการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดโรคและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำ

ขั้นตอนที่ 2 ค้นข้อมูลผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 แก่ผู้นำชุมชนและคณะกรรมการหมู่บ้านในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำป้อนเนื่องจากพระราชดำริ (จำนวน 34 หมู่บ้าน) และรับสมัครหมู่บ้านนำร่อง เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ จำนวน 1 แห่ง ต่อ 1 ปัจจัยสาเหตุ โดยความสมัครใจของผู้นำและคณะกรรมการหมู่บ้าน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพัฒนารูปแบบในชุมชนต้นแบบนำร่อง ลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ และชุมชนต้นแบบนำร่องลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีทางการเกษตร ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 2 หมู่บ้าน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบลดเสี่ยง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการ AIC 7 ขั้นตอน โดยผู้วิจัยจัดการประชุมกลุ่มหมู่บ้านต้นแบบ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต้นแบบ กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 50 คน/หมู่บ้านต้นแบบ และดำเนินการตามกระบวนการ AIC 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) ค้นข้อมูลภาวะสุขภาพแก่ชุมชน ผู้วิจัยและคณะกรรมการประชุมกลุ่มนำเสนอข้อมูลสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในหมู่บ้านต้นแบบเพื่อเสนอสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการจัดลำดับปัญหาในชุมชน

2) จัดลำดับปัญหา/คัดเลือกปัญหา/พฤติกรรมเสี่ยง ผู้วิจัยสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ประเด็นคำถามของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่จัดทำไว้ว่า “จากข้อมูลภาวะสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญในชุมชนของท่านมีอะไรบ้าง” โดยให้กลุ่มเป้าหมายเสนอรายการปัญหาสุขภาพที่สำคัญและคัดเลือกปัญหาหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของคนในชุมชนให้ประชาชนโหวตคัดเลือกปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากที่สุด

3) ค้นหาสาเหตุหรือแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หลังจากได้ปัญหาสุขภาพ/พฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องการแก้ไขมากที่สุดแล้ว ผู้วิจัยชวนผู้เข้าร่วมประชุมค้นหาสาเหตุของปัญหารวมทั้งแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาโดยการแบ่งกลุ่มและให้ผู้เข้าร่วมประชุมเขียนสาเหตุหรือแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นหัวข้อหลักของตนเอง และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ

4) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ผู้วิจัยสรุปประเด็นสาเหตุ พฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันนำเสนอและกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา

5) กำหนด/คัดเลือกกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้เข้าร่วมประชุมกำหนด/คัดเลือกกิจกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงหัวข้อหลักของชุมชน ที่ตนเองและคนในชุมชนสามารถร่วมกันทำได้ ซึ่งต้องเป็นกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ ประชาชนในชุมชนเห็นพ้องว่าสามารถทำได้ และปฏิบัติร่วมได้

6) ดำเนินกิจกรรม/โครงการ ประชาชนในชุมชนร่วมลงนามหรือจัดทำมติชุมชน และร่วมดำเนินกิจกรรมตามโครงการในระยะเวลาที่กำหนด (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)

7) ประเมินผลถอดบทเรียน ดำเนินการประเมินผลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามพฤติกรรม (ใช้เครื่องมือเชิงปริมาณเช่นเดียวกันกับระยะที่ 1) และตรวจสอบสุขภาพประชาชนในชุมชนต้นแบบซ้ำ ประเมินผลเชิงคุณภาพด้วยการจัดประชุมกลุ่มประชาชนในชุมชน เพื่อถอดบทเรียน แนวคิด ปัญหาอุปสรรคในระหว่างดำเนินกิจกรรมในชุมชน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสรุปผล เพื่อจัดลำดับรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้จากพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 ระยะนำรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ไปใช้ในหมู่บ้านต้นแบบ ดำเนินการระหว่าง ระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึง กันยายน 2565 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผลหมู่บ้านต้นแบบ ด้วยการถอดบทเรียน รวบรวมรายงานการคัดกรองภาวะสุขภาพ และสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 2 ขยายผลการศึกษาโดยกำหนดเป้าหมายการขยายผล โดยใช้รูปแบบการพัฒนาชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ และชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีทางการเกษตร หมู่บ้านลดปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุม 34 หมู่บ้าน โดยขยายเพิ่มปีละ 10 หมู่บ้าน ตั้งแต่ ปี 2563 – 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่ 28/2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการเก็บชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ และจะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงจะให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากคณะผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาแล้ว คณะผู้วิจัยจึงได้ทำหนังสือขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาเพื่อขอลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย และประสานงานสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเชียงม่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งแผนการดำเนินงานและรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ประสานผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อสำรวจและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 400 ตัวอย่าง และรวบรวมรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปผล
2. นำผลการศึกษาที่ได้ในข้อที่ 1 เสนอยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้อธิบายกับชุมชนในพื้นที่ของตนเอง รวมทั้งรับสมัครหมู่บ้านต้นแบบนำร่อง 2 แห่ง

3. ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกำหนดประชุมกลุ่มหมู่บ้านต้นแบบ 2 แห่ง และดำเนินขั้นตอนการศึกษาตามกระบวนการ AIC 7 ขั้นตอน สรุปผลและรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
4. ผู้วิจัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ วางแผนขยายผลระยะที่ 3 รวบรวมข้อมูลประจำปี และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

1.1. ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.00 อายุเฉลี่ย 53.17 ปี ($SD=9.92$) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 86.80 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 88.30 มีรายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัวน้อยกว่า 50,000 บาทต่อปี ร้อยละ 67.80 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.50 ดื่มสุราเป็นประจำ มากถึงร้อยละ 66.5 และ สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 24.50

2) ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ มากที่สุด ร้อยละ 90.50 ส่วนใหญ่ระบุการบริโภคเป็นกินเป็นบางครั้ง โดยกลุ่มอาหารที่บริโภคมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ลาบปลาดิบ ร้อยละ 73.75 ส้มตำใส่ปลาไร่ดิบ ร้อยละ 73.00 และลาบหมูดิบ ร้อยละ 73.00 ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกรณีเจ็บป่วยในระดับดี ร้อยละ 54.75 รองลงมาคืออยู่ในระดับ พอใช้ ร้อยละ 45.25 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีในระดับดี ร้อยละ 99.25 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.25 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีทางการเกษตร n = 400

ระดับพฤติกรรม	พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีทางการเกษตร		พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีทางการเกษตร	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พอใช้	181	45.25	3	0.75
ปานกลาง	0	0.00	0.00	0.00
ดี	219	54.75	397	99.25
ดีมาก	0	0.00	0.00	0.00
รวม	400	100.00	400	100.00

3) ผลการสำรวจด้านความรู้เรื่องการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 70.06 คะแนน ($SD=8.80$) โดยมีความรู้ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 34.25 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n = 400)

ระดับความรู้ด้านสารเคมี	ค่าเฉลี่ย	SD	จำนวน	ร้อยละ
พอใช้ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	47.82	8.44	23	5.75
ปานกลาง (ร้อยละ 60-70)	64.39	3.17	152	38.00
ดี (ร้อยละ 70-80)	73.33	2.69	137	34.25
ดีมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	80.60	1.92	88	22.00
รวม	70.06	8.80	400	100.00

1.2. ข้อมูลจากรายงานการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี

1) รายงานผลการคัดกรองตรวจการติดเชื้อหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ของอุจจาระคนในพื้นที่อำเภอเชียงม่วนปี พ.ศ. 2562 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน, 2562) พบว่ามีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย ร้อยละ 31.00 ตำบลที่มีผลการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือ หมู่บ้านในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านมาง (ศสช. บ้านมาง) มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด ร้อยละ 53.70 รองลงมาคือหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ รพ.สต.บ้านท่าฟ้าใต้ และรพ.สต.สระ มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเท่ากัน ร้อยละ 49.10 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายงานการติดเชื้อหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ของอุจจาระคนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำปี้ จังหวัดพะเยา

หน่วยบริการ	จำนวน (คน)	พยาธิใบไม้ตับ (คน/ร้อยละ)	การติดเชื้อโปรโตซัวในลำไส้ (คน/ร้อยละ)	การติดเชื้อโปรโตซัวในลำไส้ ร่วมกับหนองพยาธิในรายเดียวกัน (คน/ร้อยละ)
ศสช.บ้านมาง ต.บ้านมาง	67	36 (53.70)	0 (0.00)	0 (0.00)
รพ.สต.ไชยสถาน ต.เชียงม่วน	67	23 (34.80)	1 (1.50)	1 (1.50)
รพ.สต.บ้านปิน ต.เชียงม่วน	55	15 (27.30)	3 (5.50)	0 (0.00)
รพ.สต.บ้านท่าฟ้าใต้ ต.สระ	57	28 (49.10)	0 (0.00)	0 (0.00)
รพ.สต.สระ ต.สระ	53	26 (49.10)	2 (3.80)	0 (0.00)
รวม	299	128 (42.81)	6 (2.01)	1 (0.33)

2) รายงานผลการตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดในกลุ่มเกษตรกรปี พ.ศ. 2562 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน, 2562) มีการตรวจคัดกรองในสถานบริการ 3 แห่ง (ตารางที่ 4) พบว่าเกษตรกรทั้งหมดที่ได้รับการตรวจมีผลตรวจอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 52.78 โดยพื้นที่ที่ตรวจพบเกษตรกรมีผลไม่ปลอดภัยมากที่สุด คือ ศสช. บ้านมาง รองลงมาคือ รพ.สต.บ้านปิน และ รพ.สต.บ้านท่าฟ้าใต้ ตามลำดับ ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายงานการตรวจสอบสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำปี้ จังหวัดพะเยา

ตำบล	จำนวน (คน)	ปกติ (คน/ร้อยละ)	ปลอดภัย (คน/ร้อยละ)	มีความเสี่ยง (คน/ร้อยละ)	ไม่ปลอดภัย (คน/ร้อยละ)
ศสช.บ้านมาง ต.บ้านมาง	103	1 (0.97)	4 (3.88)	37 (35.92)	61 (59.22)
รพ.สต.บ้านปิง ต.เชียงม่วน	119	3 (2.52)	15 (12.61)	41 (34.45)	60 (50.42)
รพ.สต.บ้านท่าฟ้าใต้ ต.สระ	102	1 (0.98)	15 (14.71)	36 (35.29)	50 (49.02)
รวม	324	5 (1.54)	34 (10.49)	114 (35.29)	171 (52.78)

1. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 นำเสนอแก่ผู้นำชุมชนของแต่ละตำบลและเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจและให้ผู้นำชุมชนสมัครเป็นตัวแทนเพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบนาร่องลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ และชุมชนต้นแบบนาร่องลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีทางการเกษตร ผลการพัฒนารูปแบบฯ ได้หมู่บ้านต้นแบบจำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย หมู่บ้านต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ หมู่ที่ 2 ตำบลมาง พื้นที่รับผิดชอบของ ศสช.บ้านมาง และหมู่บ้านต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีทางการเกษตร คือ หมู่ที่ 1 ตำบลสระ พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.สระ ผลการศึกษา พบว่า

1. หมู่บ้านต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ หมู่ที่ 2 ตำบลมาง ก่อนดำเนินโครงการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 46.34 หลังดำเนินโครงการพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.63 เกิดกิจกรรมสัญญาใจ “คนบ้านแพทย์หมู่ 2 ร่วมใจห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลิกบริโภคปลาสุกๆดิบๆ” มีการกำหนดข้อตกลง และมาตรการชุมชนร่วมกัน ได้แก่ ชุมชนร่วมใจช่วยกันรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้คนใน ครอบครัว เลิกบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ โดยเฉพาะลาบ ปลาดิบ ลาบหมูดิบ รวมทั้ง ปลาร้า ปลาสาม

ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล คนที่ 1 กล่าวว่า “เราเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลานและครอบครัว ไม่ชวนให้ลูกหลานบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ” และผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 กล่าวว่า “ให้ความรู้ในกลุ่มเด็กนักเรียนถึงอันตรายต่อสุขภาพ ไม่บริโภคอาหารสุกๆดิบๆ” (ภาพที่ 1) และพบว่า ร้อยละ 100.00 ของผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ปี 2562 ได้ให้คำสัญญาที่จะเลิกบริโภคปลาดิบ อย่างไรก็ตาม ได้ติดตามผลการสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารสุกๆดิบๆของประชาชนในชุมชน พบว่า ยังคงบริโภคปลาดิบอยู่ถึง ร้อยละ 45.00 แม้จะเป็นกลุ่มที่สัญญาว่าจะพยายามเลิก



ต้นทุนแบบลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีทางการเกษตร คือ หมู่ที่ 1 ตำบลสระ

A hand-drawn mind map on a piece of paper, titled "การแปลผลทฤษฎี" (Theory Interpretation) in the center. The map branches out into four main categories, each with sub-points:

- วิธีทางนัย (Implied Methods):**
 - Context: มีบริบทที่เฉพาะเจาะจง (Context: specific context)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
- วิธีทางนัย (Implied Methods):**
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
- วิธีทางนัย (Implied Methods):**
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
- วิธีทางนัย (Implied Methods):**
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)
 - การตีความที่เฉพาะเจาะจง (Specific interpretation)

การนำรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพไปขยายผล พบว่า

3.1. เกิดการดำเนินงานเกษตรปลอดภัยอำเภอเชียงม่วน ซึ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาพืชไร่ระดับอำเภอ (พพอ.) โดยมีนโยบายให้ขับเคลื่อนการดำเนินการทุกตำบล โดยใช้รูปแบบการพัฒนาชน โดยมุ่งเน้นเฝ้าระวังการใช้สารเคมีทางการเกษตรใน 3 กลุ่ม คือ 1) ต้นน้ำ ได้แก่ กลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตโดยตรง

ผู้จำหน่ายสารเคมีทางการเกษตร 2) กลางน้ำ ได้แก่ กลุ่มพ่อค้า แม่ค้า ผู้จำหน่ายสินค้าทางการเกษตร และ 3) ปลายน้ำ ได้แก่ กลุ่มผู้บริโภค โดยตั้งเป้าหมายกำหนดว่า ดำเนินกิจกรรม เกษตรปลอดภัยอำเภอเชียงม่วน ให้ต้นน้ำมีกำไร กลางน้ำอยู่ได้ ปลายน้ำปลอดภัย

3.2. การดำเนินงานชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ยอดสะสมตั้งแต่ปี 2563–2565 เพิ่มขึ้น 26 หมู่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 70.27 โดยพื้นที่ตำบลนาง 11 หมู่บ้าน ดำเนินการเต็มรูปแบบ เกิดกิจกรรมสัญญาใจ “คนตำบลนาง ร่วมใจ ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลิกบริโภคปลาสุกๆดิบๆ” ส่วนตำบลสระและตำบลท่าฟ้า มีหมู่บ้านดำเนินการ 9 และ 6 หมู่บ้าน ตามลำดับ แต่ทั้งนี้จากการถอดบทเรียนจากการประชุมกลุ่ม พบว่า ประชาชนส่วนมากยังมีความนิยมในการบริโภคปลาดิบ โดยให้เหตุผลว่า ปลาดิบรสชาติจะหวาน อร่อยกว่า แม้จะรู้ว่ามีโอกาสติดโรคพยาธิใบไม้ตับก็ยอมที่จะบริโภคปลาดิบ แต่พบว่าบางตำบลมีแนวโน้มลดลง จากการถอดบทเรียนและการสำรวจซ้ำ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงนิยมบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ สูงถึงร้อยละ 66.00 ผลการตรวจจู่โจมพบการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 18.00 ทั้งนี้มาจากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่คอยกระตุ้นเตือน และพบว่า ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการบริโภคปลาดิบ โดยพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ส่วนใหญ่ไม่บริโภคปลาดิบจะทำให้คนที่บริโภคปลาดิบเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคตามได้

อภิปรายผล

รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมควบคู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ดำเนินงานในหมู่บ้านต้นแบบลดเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและสารเคมีทางการเกษตรด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการ AIC 7 ขั้นตอน ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดของกระบวนการ AIC นั้น เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง เกิดการระดมสมองเพื่อพัฒนาทางเลือกที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาด้วยการตัดสินใจร่วมกันของผู้ที่อยู่ในชุมชน ก่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบในฐานะสมาชิกในชุมชน เกิดความเป็นเจ้าของและภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นอย่างแท้จริง (อรุณรัตน์ ปัญจะกลิ่นเกษร และฉัตรลดา ดีพร้อม, 2561) จากผลการศึกษาหมู่บ้านต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงสารเคมีทางการเกษตร ที่พบว่า เกิดระบบการจัดการตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ทำให้ผลตรวจสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกรในหมู่บ้านต้นแบบในระดับไม่ปลอดภัยลดลงจากเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ ปัญจะกลิ่นเกษร และฉัตรลดา ดีพร้อม (2561) ที่พบว่า รูปแบบจัดกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านกอก ตำบลดงแดง อำเภอดุสิต จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเกษตรกรมีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสเปลี่ยนแปลงจากระดับไม่ปลอดภัยและเสี่ยงมาอยู่ในระดับปกติและปลอดภัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.69 ส่วนผลการศึกษาหมู่บ้านต้นแบบจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดกระบวนการชุมชน มาตราการ “สัญญาใจ” ส่งผลให้ร้อยละ 100 ของผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ปี 2562 ได้สัญญาที่จะเลิกบริโภคปลาดิบ ทั้งนี้เมื่อตรวจจู่โจมพบติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพียง 1 คน ร้อยละ 2.63 สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ ประครองใจ , สุมัทนา กลางคาร, และสมศักดิ์ ศรีภักดิ์ (2564) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม

ร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดมาตรการทางสังคมที่เรียกว่า “พรสำราญ 3 ไม่” (ไม่บริโภค ปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” ส่งผลให้ประชาชน “ลด และ เลิก” การบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่ถูกสุขลักษณะเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการมีส่วนร่วม AIC ในการพัฒนา กระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ดังนี้

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นสามารถดำเนินการได้ดีในการลดปัจจัยเสี่ยงสารเคมีทางการเกษตร เกิดการขับเคลื่อนในระดับอำเภอโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเชียงม่วน ซึ่งมีได้ดำเนินงานเพียงแค่พื้นที่ ในโครงการอ่างเก็บน้ำเท่านั้น แต่ขยายผลการดำเนินงานทุกหมู่บ้านในอำเภอเชียงม่วน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปกำหนดนโยบายเพื่อดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีทางการเกษตรแก่ประชาชนในพื้นที่

2. การดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถดำเนินการได้ดีในบางพื้นที่ ทั้งนี้ประชาชนส่วนใหญ่ ยังมีค่านิยมในการบริโภคปลาดิบทั้ง ๆ ที่ทราบดีว่าเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้ ผลการวิจัยที่พบว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการบริโภคปลาดิบ ดังนั้น หากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการดำเนินงาน ลดปัจจัยเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกสุขลักษณะในครอบครัว ส่งเสริม คนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบในการลดละเลิกพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ เพื่อเป็นแบบอย่างในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ

2. ควรศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อลดการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ

3. ควรศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเคมีของ พชอ. อำเภอเชียงม่วน ที่ขยายผลการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

กรมชลประทาน. (2560). รายงานติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไขและติดตามตรวจสอบ ผลกระทบสิ่งแวดล้อม โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดพะเยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. พะเยา: สำนักบริหารโครงการ กรมชลประทาน.

กรมชลประทาน. (2561). รายงานติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไขและติดตามตรวจสอบ ผลกระทบสิ่งแวดล้อม โครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดพะเยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. พะเยา: สำนักบริหารโครงการ กรมชลประทาน.

- กรมอนามัย. (2555). *คู่มือการติดตามตรวจสอบผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย.(2555). *แนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ จากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561)*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จาก https://drive.google.com/file/d/1_bpQTKUJfJ7UjbPHeuL7IyeNXjQFdTvF/view
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จาก https://www.govesite.com/uploads/20180328210845J8MZUS9/20211216150944_1_AQ9QnP5.pdf
- กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุมัทนา กลางคาร, และสมศักดิ์ ศรีภักดิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 87-100.
- บรรจบ ศรีภา. (2559). พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โรคร้ายของคนจน. *วารสาร KKU research*, 1(2016), 19-27. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565, จาก <https://rtt.kku.ac.th/kku-research-magazine/magazine1/index.html#page/1>
- บุญเลี้ยง สุพิมพ์ และอาจินต์ สงทับ. (2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกร: การพัฒนา การนำ ไปปฏิบัติและการประเมินผล. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 15(1), 149-159
- มัตติกา ยงอยู่ และธนชีพ พิระธรณิศร์. (2562). *การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจากโครงการอ่างเก็บน้ำป่าละอู*. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2562 จาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20190809141359_2571/20190926171112_1906.pdf
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2561). *สถิติสุขภาพคนไทย: โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565, จาก https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01815604&tm=2&tp=13_2&type=2
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2561). *ผลการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโครงการอ่างเก็บน้ำน้ำปี้ จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2561*. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2562). *ฐานข้อมูล HDC: ข้อมูลประชากรอำเภอเชียงม่วน*. สืบค้นเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562, จาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน. (2562). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2562*. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน.

- อรุณรัตน์ ปัญจะกลิ่นเกสร และฉัตรลดา ดีพร้อม. (2561). การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านกอก ตำบลดงแดง อำเภोजตุรพัคตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/104546>
- Smith, W. E. (2009). *The creative power: transforming ourselves, our organizations and our world*. New York: Routledge.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rdEd. New York. Harper and Row Publications.

จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล

พร บุญมี, พย.ม¹ ณัฐติพร อันวัง กศ.ด.*¹

บทคัดย่อ

อาจารย์พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการผลิตพยาบาลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น อาจารย์พยาบาลจะต้องยึดมั่นและปฏิบัติตามการสอนอย่างมีจริยธรรมเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้นักศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล และเปรียบเทียบจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ในปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือจำนวน 282 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติครัสคาล-วัลลิส ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.33$, $SD=.54$) โดยจริยธรรมการสอนทุกด้านอยู่ในระดับดี ด้านที่คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ หลักการพูดหรือการบอกความจริง ($\bar{X}=4.37$, $SD=.56$) และด้านที่คะแนนน้อยที่สุดคือ หลักการเคารพเอกสิทธิ์ ($\bar{X}=4.30$, $SD=.61$) ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 พบว่า จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลด้านหลักการทำประโยชน์ หลักการไม่ทำอันตราย หลักความยุติธรรม หลักการพูดหรือการบอกความจริง และหลักความซื่อสัตย์ ไม่แตกต่างกัน ส่วนจริยธรรมการสอนด้านหลักการเคารพเอกสิทธิ์ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลโดยกำหนดเป็นนโยบายด้านการจัดการเรียนการสอนให้อาจารย์ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการสอนทุกด้าน รวมถึงกำหนดให้มีเนื้อหาด้านจริยธรรมการสอนในการปฐมนิเทศอาจารย์ใหม่และส่งเสริมพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสมกับนักศึกษา

คำสำคัญ: จริยธรรมการสอน, อาจารย์พยาบาล, นักศึกษาพยาบาล

วันที่รับ: 7 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 26 ธันวาคม 2565

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก Email: nattiporn.o@bcnpy.ac.th

The teaching ethics of nursing instructors based on perception of nursing students

Porn Boonme, M.N.S.¹ Nattiporn Ondong, Ph.D.*¹

Abstract

Nursing instructors play an important role in producing nurses for the health service system. Therefore, nursing instructors must insist on being good role models in ethical teaching for nursing students. This descriptive research aimed to study the teaching ethics of nursing Instructors and compare the results with the perceptions of nursing students in years 2-4. The samples consisted of 282 nursing students in years 2-4 in the academic year 2021 of a nursing college in the northern region. The research instruments consisted of two questionnaires. The first was the demographic data questionnaire and the second was the ethical teaching by nursing instructors in the perception of nursing students. The content validity and the reliability of the second questionnaire were .90 and .91 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the non-parametric statistic Kruskal-Wallis H test. The results showed that the mean score of overall ethical teaching was at a good level ($\bar{x}=4.33$, $SD=.54$). The mean score of all aspects of ethical teachings was at a good level. Also, the aspect with the highest score was truth telling ($\bar{x}=4.37$, $SD=.56$) and the aspect with the lowest score was respect for autonomy ($\bar{x}=4.30$, $SD=.61$). With regard to beneficence, non-maleficence, justice, truth telling and fidelity, there were no other significant mean scores in ethical teaching recognized by students in years 2-4. The median score of teaching ethics by nursing instructors regarding respect for autonomy by nursing students in years 2-4 had a significant difference ($p<.05$). The results of this study could be used as a guideline to continuously promote and develop the teaching ethics of nursing instructors. This could be achieved by formulating a policy for teaching ethics and learning management for instructors. This policy will stipulate teaching ethics content in the orientation of new nursing instructors and promoting appropriate behavior towards students.

Keywords: Teaching ethics, Nursing instructors, Nursing students

Received: November 7, 2022 Revised: December 12, 2022 Accepted: December 26, 2022

¹ Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-mail: nattiporn.o@bcnpy.ac.th

บทนำ

คุณธรรมจริยธรรมเป็นหนึ่งในมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา แห่งชาติและเป็นคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ, 2560) โดยสภาการพยาบาลกำหนดให้สถาบันการศึกษาพยาบาล นำไปจัดการเรียนการสอนและบูรณาการกับการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตลอดจนการจัด กิจกรรมเสริมหลักสูตรแก่นักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรมให้นักศึกษาพยาบาล (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, 2560; วิไลวรรณ ทองเจริญ, สุชาติ ต้นธนะเดชา, และปทีป เมธาคุณวุฒิ, 2553) ซึ่งอาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยสร้างให้นักศึกษาพยาบาลจบมาเป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยมีหน้าที่ในการประสิทธิ์ประสาทความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และช่วยบ่มเพาะ คุณธรรม จริยธรรมแก่ผู้เรียน ให้มีคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ สามารถปฏิบัติทางการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน ของวิชาชีพภายใต้กฎหมายและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ (อรัญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นະແສ, 2559) การเป็นอาจารย์พยาบาลไม่เพียงแต่มีความรู้หรือมีสมรรถนะวิชาชีพทางการพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องมีจริยธรรมและ จรรยาบรรณ มีความรู้ความสามารถในการสอนและปฏิบัติตัวเป็นต้นแบบที่ดีให้นักศึกษาในการพัฒนาจริยธรรม ให้แก่ผู้เรียน ซึ่งจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลนับว่ามีความสำคัญอย่างมากและสถาบันการศึกษาควร ให้ความสำคัญในการส่งเสริมจริยธรรมการสอนตามหลักจริยธรรมให้แก่อาจารย์ ซึ่งประกอบด้วย การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย การเคารพเอกสิทธิ์ ความยุติธรรม การพูดและการบอกความจริง และความซื่อสัตย์ (อรัญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นະແສ, 2559) ดังผลการศึกษาองค์ประกอบของมาตรฐานวิชาชีพอาจารย์พยาบาล พบว่า มาตรฐาน ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันดับแรก และมีตัวบ่งชี้ที่จำเป็นอย่างยิ่งที่สุดได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่อย่างมีวินัยด้วยความรับผิดชอบ รองลงมาคือ การปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรม โปร่งใสและตรวจสอบ ได้ของอาจารย์พยาบาล (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2553) และสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 ควรมีสมรรถนะทางด้านกฎหมาย/จริยธรรมและความเป็นมืออาชีพโดยต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ มีวินัย ยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย คุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ (อติญาณ ศรีเกษตรริน, ดาราวรรณ รองเมือง และรุ่งนภา จันทรา, 2562)

จากที่กล่าวมา การจะผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีทั้งความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล และมีคุณธรรม จริยธรรมต้องได้รับการปลูกฝังตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลจากอาจารย์พยาบาลในการเสริมสร้างและพัฒนาคุณธรรม ให้แก่นักศึกษา โดยการนำหลักจริยธรรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนโดยไม่ทำให้นักศึกษาได้รับอันตราย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ การให้เกียรติ ปฏิบัติต่อนักศึกษาอย่างเท่าเทียมกัน การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และปกปิดข้อมูล ส่วนตัวของนักศึกษาไว้เป็นความลับ ซึ่งการกระทำดังกล่าวนับเป็นจริยธรรมที่อาจารย์ทุกคนจะต้องให้ ความสำคัญ (อรัญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นະແສ, 2559) จากการศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี พบว่า คะแนนเฉลี่ยจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับดี โดยจริยธรรมการสอนด้านการบอกความจริง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านการไม่ทำอันตรายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งหัวข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ อาจารย์ไม่แสดงกิริยาท่าทางที่ทำร้ายจิตใจนักศึกษา และการไม่ใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ นักศึกษาทำให้อุบัติภัยหรือด้อยศักดิ์ศรี (ภาวิณี ศรีสันต์, 2562) ส่วนการศึกษาการดูแลเอาใจใส่กระบวนการเรียน

การสอนภาคปฏิบัติของอาจารย์พยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า พฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ในกระบวนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของอาจารย์ตามการรับรู้ของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านความรู้ความสามารถ ด้านความไว้วางใจ ด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม และด้านการยึดมั่นผูกพัน ส่วนด้านความเห็นอกเห็นใจมีการรับรู้ในระดับค่อนข้างมาก (ศิริรัตน์ สุกีธ และคณะ, 2544) และในการศึกษานี้ยังพบอีกว่า มีนักศึกษา ร้อยละ 24.20 ที่รับรู้ว่าคุณครูพยาบาลบางคนมีพฤติกรรมการสอนภาคปฏิบัติไม่เหมาะสม ขอบคุและลำเอียง และยังมีอาจารย์พยาบาลบางส่วนที่ยังคงยึดติดกับการสอนแบบเดิม และมีความคาดหวังสูงเกินไปโดยต้องการให้นักศึกษาทำได้ ทำเป็นและทำได้ดี และการที่นักศึกษาทำกับอาจารย์มีสัมพันธภาพที่ห่างเหินกันจะทำให้ให้นักศึกษาไม่กล้าซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจเกี่ยวกับการเรียน และไม่มีโอกาสได้สร้างความคุ้นเคยกับอาจารย์ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล (สืบทระกูล ต้นตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ลักษณะการสอนทางคลินิกของอาจารย์ เช่น อาจารย์สอนเสียงดัง การถูกจ้องมองจากอาจารย์เวลาปฏิบัติกรพยาบาล การคาดคั้นเอาคำตอบจากอาจารย์และการตำหนิต่อหน้าเพื่อนหรือผู้ป่วยเมื่อตอบคำถามไม่ได้หรือถูกตำหนิเมื่อส่งงานล่าช้า (ประวีดา คำแดง, 2564) นอกจากนี้มีการศึกษา ประสิทธิภาพการสอนของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ในปีการศึกษา 2563 มีผลการประเมินการสอนของอาจารย์ภาคปฏิบัติในเชิงปริมาณภาพรวม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ซึ่งอยู่ในระดับมาก แต่มีข้อเสนอแนะจากผลการประเมินโดยนักศึกษาจากการประเมินเชิงคุณภาพ พบว่า ด้านการใช้คำพูดของอาจารย์บางท่านยังบั่นทอนความรู้สึกของนักศึกษาและไม่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ของนักศึกษา (งานวัดและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, 2563) เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมที่ไม่มีความจริยธรรมของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษา พบว่า อาจารย์สร้างบรรยากาศที่น่าเบื่อหน่าย ขาดความยืดหยุ่น มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือสนับสนุนนักศึกษา การยกเลิกการสอนโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า ไม่ได้เตรียมตัวก่อนเข้าสอน มาสอนไม่ตรงเวลาและออกก่อนเวลา ไม่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น การดูถูกและกล่าวโทษนักศึกษา การไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ต่อนักศึกษา การลงโทษนักศึกษาต่อหน้าเพื่อน (Safarpou et al., 2022)

จากสถานการณ์และปัญหาจริยธรรมการสอนของอาจารย์ที่กล่าวมาประกอบกับในปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาด้านการพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนขาดแคลนอาจารย์พยาบาล (มณีนรัตน์ ภาครูป และกัลยา ศารทูลทัต, 2561) ทำให้ต้องแสวงหาอาจารย์พยาบาลเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์ของสภาวิชาชีพ และต้องรับอาจารย์ใหม่เข้ามาเป็นอาจารย์โดยไม่ได้เตรียมเข้าสู่บทบาทในการเป็นผู้สอน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อมาตรฐานและคุณภาพการสอนของอาจารย์พยาบาล (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2553) ส่วนการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ในคณะพยาบาลของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลภาพรวมในทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านการไม่ทำอันตรายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ภาวิณี ศรีสันต์, 2562) ซึ่งการศึกษาส่วนมากจะเน้นศึกษาแต่คุณลักษณะของอาจารย์ที่สอนภาคปฏิบัติในบางรายวิชา เช่น การพยาบาลพื้นฐาน การศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้มาตรฐานของวิชาชีพอาจารย์พยาบาล แต่ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของจริยธรรมของอาจารย์พยาบาลในภาพรวม

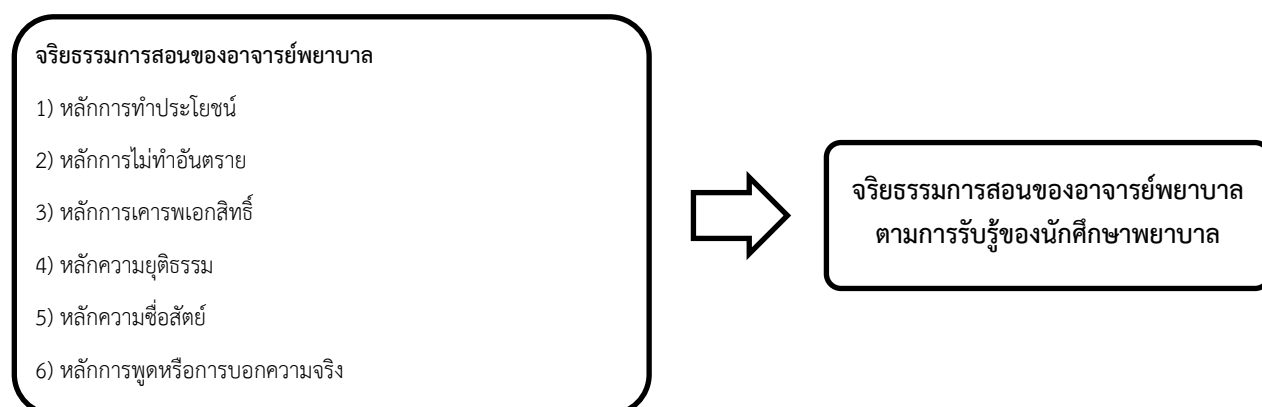
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดการเรียนการสอนทางด้านการศึกษาศาสตร์แก่นักศึกษาศาสตร์พยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมานานกว่า 30 ปี โดยมีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดถึง 30 วิทยาลัยทั่วประเทศ ซึ่งยึดมั่นในมาตรฐานการสอนที่เน้นด้านคุณธรรมจริยธรรมของสถาบันเหมือนกัน แต่อาจพบพฤติกรรมในการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่แตกต่างกันตามบริบทในพื้นที่ อย่างไรก็ตามการให้ความสำคัญและพัฒนาารูปแบบของจริยธรรมในการสอนของอาจารย์จึงเป็นภารกิจที่สำคัญของสถาบัน เพราะจริยธรรมการสอนของอาจารย์ส่งผลต่อคุณภาพการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่จะทำให้เกิดคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ได้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาศาสตร์พยาบาลในภาพรวมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่การพัฒนาารูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลให้เกิดความยึดมั่นในหลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านการศึกษาศาสตร์พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาศาสตร์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ
2. เพื่อเปรียบเทียบจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาศาสตร์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ชั้นปีที่ 2-4

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักจริยธรรมในการสอน (ethics of teaching) ของอริยญา เชาวลิท และทัตนี นะแส (2559) เป็นหลักสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย 1) หลักการทำประโยชน์ 2) หลักการไม่ทำอันตราย 3) หลักการเคารพเอกสิทธิ์ 4) หลักความยุติธรรม 5) หลักความซื่อสัตย์ และ 6) หลักการพูดหรือการบอกความจริง โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้วัดหลักจริยธรรมการสอนของอาจารย์ทั้งหมด 6 ด้าน ตามที่กล่าวมา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล และเปรียบเทียบจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 482 คน ใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1-4 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 482 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลที่เคยได้รับการสอนจากอาจารย์พยาบาลทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
2. มีความสนใจและให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ทั้งหมดจำนวนทั้งสิ้น 377 คน ประกอบด้วย นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 79 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 99 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 159 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และชั้นปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลของ ภาวิณี ศรีสันต์ (2562) ซึ่งสร้างตามหลักจริยธรรมของพยาบาลตามคุณลักษณะของวิชาชีพพยาบาลโดยวัดจริยธรรมทั้งหมด 6 ด้าน มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อได้แก่ 1) การทำประโยชน์ 2) การไม่ทำอันตราย 3) การเคารพเอกสิทธิ์ 4) ความยุติธรรม 5) ความซื่อสัตย์ 6) การบอกความจริง และสร้างตามหลักจริยธรรมในการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของ อรัญญา เขาวลิต และทัศนีย์ นະແສ (2559) จำนวน 35 ข้อ ซึ่งแบ่งจริยธรรมการสอนของอาจารย์เป็น 6 ด้าน คือ 1) หลักการทำประโยชน์ จำนวน 9 ข้อ 2) หลักการไม่ทำอันตราย จำนวน 4 ข้อ 3) หลักการเคารพเอกสิทธิ์ จำนวน 6 ข้อ 4) หลักความยุติธรรม จำนวน 3 ข้อ 5) หลักความซื่อสัตย์ จำนวน 6 ข้อ และ 6) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามในระดับน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามในระดับน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามในระดับปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามในระดับมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามในระดับมากที่สุด

การคิดคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์เพื่อแปลผลข้อมูลตามเกณฑ์ประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยของสภาการพยาบาล (2558) และ ภาวิณี ศรีสันต์ (2562) ได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.50 หมายถึง จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับดีมาก

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามจริยธรรมการสอนของของอาจารย์พยาบาลผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจริยธรรมและเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้และความถูกต้องทางทฤษฎี และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .90 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้รับหมายเลขรับรอง REC 001/65 วันที่รับรอง 10 มีนาคม 2565 จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในหลักสูตรและมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นและให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ หลังจากนั้นจึงให้ลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของผลการวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงให้ความร่วมมือเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้จนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ในระหว่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ พบว่า มีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 282 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 74.80 จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยตัวแปร เพศ อายุและชั้นปี หาค่าความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลโดยรวม รายด้าน และรายข้อ โดยการหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลในนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis H Test เนื่องจากค่าของตัวแปรแต่ละกลุ่มย่อยมีการกระจายแบบไม่ปกติ และมีค่าความแปรปรวนในประชากรแตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติ One-way ANOVA (ปาริชาติ โรจน์พลกร-กฤษ และยุวดี ฤชา, 2549)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 93.60 ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 26.24 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 25.25 ชั้นปีที่ 4 จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 48.23 และ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-22 ปี จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n=282$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	6.40
หญิง	264	93.60
อายุ		
18 -20 ปี	33	11.70
21 -22 ปี	160	56.70
22 ปีขึ้นไป	89	31.60
ชั้นปีที่ศึกษา		
ชั้นปีที่ 2	74	26.24
ชั้นปีที่ 3	72	25.53
ชั้นปีที่ 4	136	48.23

ส่วนที่ 2 จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.33 ($SD=.54$) โดยทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ด้านที่คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ หลักการพูดหรือการบอกความจริง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ($SD=.56$) และด้านที่คะแนนน้อยที่สุดคือ หลักการเคารพเอกลักษณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ($SD=.61$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลแยกรายด้าน ($n=282$)

พฤติกรรมจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. หลักการทำประโยชน์	4.34	0.52	ดี

พฤติกรรมจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
2. หลักการไม่ทำอันตราย	4.32	0.57	ดี
3. หลักการเคารพเอกลักษณ์	4.30	0.61	ดี
4. หลักความยุติธรรม	4.32	0.58	ดี
5. หลักการพูดหรือการบอกความจริง	4.37	0.56	ดี
6. หลักความซื่อสัตย์	4.34	0.61	ดี
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.33	0.54	ดี

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่ามัธยฐานของจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล ด้านหลักการทำประโยชน์ หลักการไม่ทำอันตราย หลักความยุติธรรม หลักการพูดหรือการบอกความจริง และหลักความซื่อสัตย์ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านหลักการเคารพเอกลักษณ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระดับจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ($n=282$ คน)

พฤติกรรมจริยธรรมการสอนของอาจารย์	ชั้นปี	จำนวน	Mean rank	Chi-Square	df	p-value
1. หลักการทำประโยชน์	2	3	5.50	5.265	2	0.072
	3	9	10.11			
	4	10	14.55			
2. หลักการไม่ทำอันตราย	2	3	7.17	3.853	2	0.146
	3	9	9.83			
	4	10	14.30			
3. หลักการเคารพเอกลักษณ์	2	3	5.50	6.324	2	0.042*
	3	9	9.61			
	4	10	15.00			
4. หลักความยุติธรรม	2	3	5.83	3.159	2	0.206
	3	9	11.33			
	4	10	13.35			
5. หลักการพูดหรือการบอกความจริง	2	3	8.50	1.457	2	0.483
	3	9	10.67			
	4	10	13.15			
6. หลักความซื่อสัตย์	2	3	6.83	2.486	2	0.289
	3	9	11.00			

พฤติกรรมจริยธรรมการสอน ของอาจารย์	ชั้นปี	จำนวน	Mean rank	Chi-Square	df	p-value
	4	10	13.35			

*($p < .05$)

อภิปรายผล

1. จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.33$) ทั้งนี้เนื่องจาก อาจารย์พยาบาลเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่ควรต้องมีการปฏิบัติที่ดีต่อผู้รับบริการตลอดจนการปฏิบัติที่ดีต่อนักศึกษาด้วย รวมทั้งต้องมีการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมสากลซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามคุณลักษณะของวิชาชีพที่ยึดหลัก การเคารพความเป็นบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การกระทำในสิ่งที่มีประโยชน์ การไม่ทำสิ่งที่ไม่ดีและมีอันตราย การเคารพในเอกลักษณ์ของบุคคล ความยุติธรรม ความซื่อสัตย์ การบอกความจริง (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และสมใจ ศิริกมล, 2564) ซึ่งหลักจริยธรรมทั้ง 6 ประการนี้เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสุขภาพทุกสาขาต้องยึดเป็นหลักสำคัญในการนำไปใช้กับผู้รับบริการโดยใช้เป็นหลักสำคัญในการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมที่ถูกต้องเหมาะสมโดยใช้ประกอบกับแนวคิดทางจริยธรรม ประกอบกับการจัดการศึกษาของหลักสูตรมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาต้องมีคุณลักษณะในด้านคุณธรรมจริยธรรม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความเอื้ออาทร ซื่อสัตย์และมีความรับผิดชอบต่อนตนเองและสังคม อาจารย์จึงต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการดูแลด้วยความเอื้ออาทรและให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของนักศึกษาเป็นสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานีมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.91$) ซึ่งอาจารย์พยาบาลจะมุ่งเน้นการใช้คุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาล (moral and ethical knowing) สะท้อนถึงคุณค่าของการพยาบาลที่ให้คุณค่าการปฏิบัติต่อมนุษย์ด้วยพฤติกรรมจริยธรรมที่ดี ดังนั้นการสอนของอาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องเน้นจริยธรรม ทั้งการสอนเนื้อหาวิชาไปพร้อมกับความรู้ทางด้านจริยธรรมในการสอนและมีพฤติกรรมจริยธรรมที่เป็นแบบอย่างแก่นักศึกษา (สุพิศ รุ่งเรืองศรี และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2558) ดังผลการศึกษาลหลักจริยธรรมในการทำงานของอาจารย์พยาบาลพบว่า อาจารย์พยาบาลจะต้องมีความเป็นมืออาชีพ มีความยุติธรรมและไม่ลำเอียง (Salminen et. al., 2016) เปรียบเสมือนแม่พิมพ์ ที่เป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ ให้กับนักศึกษาโดยสามารถประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติ การเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านคุณธรรมจริยธรรม การตัดสินใจที่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญที่จะทำให้ให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ นอกจากนี้จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลยังส่งผลต่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพของนักศึกษาได้ (วิลาวรรณ คริสต์รักษา, พิมพ์พนิต ภาศรี, สรณ สุวรรณเรืองศรี และเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, 2563)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าจริยธรรมการสอนของอาจารย์ด้านหลักการพูดหรือการบอกความจริงมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.37$) สอดคล้องกับการศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี ด้านหลักการพูดหรือการบอกความจริงค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.10$) ซึ่งการพูดความจริงเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพความเป็นบุคคล การบอกความจริงเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมสำหรับพยาบาล อาจารย์พยาบาลจึงต้องมีหน้าที่ต้องบอกความจริง นอกจากนี้การบอกความจริงมักเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าในเรื่องสิทธิของบุคคล เมื่ออาจารย์

พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นข้อขัดแย้งทางจริยธรรม เกี่ยวกับการบอกความจริงต่อผู้ป่วย อาจารย์พยาบาลจะต้องเป็นแบบอย่างในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณา ถึงความพร้อมของผู้ป่วย คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งทางเลือกที่เป็นไปได้ (กนกวรรณ ฉันทะมงคล, 2563) ในส่วนที่เกี่ยวกับนักศึกษา การบอกความจริง อาจารย์จะต้องให้ข้อมูลนักศึกษาในสิ่งที่เป็นความจริงเช่นเดียวกันเพราะการโกหก หลอกลวงจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อถือไว้วางใจในอาจารย์ แม้ว่าบางครั้งเป็นการบอกความจริงเกี่ยวกับความผิดพลาดของอาจารย์เอง (อริญญา เชาวลิขิต และทัศนีย์ นะแสง, 2559) โดยการบอกความจริงนั้นต้องไม่เป็นการตำหนิหรือต่อว่านักศึกษาต่อหน้าผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ป่วยหรือกลุ่มเพื่อนเพราะจะทำให้ให้นักศึกษาอับอาย (Savage & Favret, 2006) และจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นองค์ประกอบและตัวบ่งชี้มาตรฐานวิชาชีพที่สำคัญของอาจารย์พยาบาล มากกว่าด้านการสอนและการกิจอื่นๆ ของอาจารย์ในระดับอุดมศึกษา (วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ, 2553) และยังเป็นงานของการสร้างคนเพื่อออกไปประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรม และที่เป็นงานบริการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของมนุษย์โดยตรง (สุพิศ รุ่งเรืองศรีและอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2558) และด้านหลักการเคารพเอกสิทธิ์ได้คะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X}=4.30$) ตามหลักจริยธรรมการเคารพเอกสิทธิ์หรือความเป็นอิสระ คือการมีเป็นส่วนตัว มีสิทธิในการปกครองตนเอง และมีอิสรภาพในการกระทำตามความปรารถนาของตน หลักการเคารพเอกสิทธิ์ครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำ โดยอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าและความเชื่อของตน กระทำด้วยความเข้าใจ และการกระทำโดยไม่มีอิทธิพลใดๆ มาควบคุม (กนกวรรณ ฉันทะมงคล, 2563) ในบทบาทของอาจารย์พยาบาล คือการสอนให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยการให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา เปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ รับฟังความคิดเห็น เมื่อนักศึกษามีข้อสงสัยหรือซักถามเรื่องใด อาจารย์จะต้องให้ความสำคัญและตอบสนองต่อคำถามนั้น หรือกรณีที่นักศึกษาขอให้ทบทวน โดยข้อที่คะแนนต่ำสุดคือ อาจารย์ให้ความสำคัญและให้เวลาในการให้คำปรึกษานักศึกษาทั้งในและนอกเวลาราชการ ($\bar{X}=4.23$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาจารย์พยาบาลมีหน้าที่ทั้งในการสอน การวิจัย การบริการวิชาการแก่สังคมและการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม การทำผลงานทางวิชาการ ตลอดจนงานอื่นๆ ตามนโยบายกำหนด ซึ่งเป็นทั้งภาระงานที่หนัก (สุพิศ รุ่งเรืองศรีและอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2558) อย่างไรก็ตามอาจารย์พยาบาลควรต้องเพิ่มความไวในการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของนักศึกษาด้วย (Savage & Favret, 2006) ซึ่งบางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสารเพื่อให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเข้าถึงอาจารย์ได้ง่ายรวดเร็วขึ้น

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2-4 พบว่า จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลด้านหลักการทำประโยชน์ หลักการไม่ทำอันตราย หลักความยุติธรรม หลักการพูดหรือการบอกความจริง และหลักความซื่อสัตย์ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากหลักการพูดหรือบอกความจริงเป็นหลักจริยธรรมขั้นพื้นฐานของสัมพันธภาพระหว่างมนุษย์เพราะมนุษย์ทุกคนย่อมไม่ต้องการคำโกหกหรือหลอกลวง ซึ่งอาจารย์พยาบาลต้องพูดหรือให้ข้อมูลแก่นักศึกษาในสิ่งที่เป็นความจริงเท่านั้นเพราะการโกหกจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อถือ ไว้วางใจในตัวอาจารย์ จริยธรรมการสอนในด้านหลักการทำประโยชน์นั้นอาจารย์จะต้องเตรียมเนื้อหาในการสอนและวิธีการสอนที่ถูกต้อง ทันสมัยและเหมาะสมกับนักศึกษาแต่ละชั้นปี ที่สำคัญอาจารย์ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีของวิชาชีพ มีความรู้ในเนื้อหาที่สอน มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้และสอนโดยไม่ปิดบังและส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้น

ส่วนหลักจริยธรรมการสอนด้านการไม่ทำอันตรายนั้นอาจารย์ต้องไม่ลงโทษนักศึกษาด้วยการทำอันตรายต่อร่างกาย และใช้คำพูดที่ทำร้ายนักศึกษา สำหรับหลักความยุติธรรมนั้นอาจารย์พยาบาลต้องไม่เลือกปฏิบัติกับนักศึกษารวมถึงมีความโปร่งใสในการประเมินผลนักศึกษาตามเกณฑ์และให้เป็นธรรม และด้านหลักความซื่อสัตย์นั้นอาจารย์ต้องรักษาสัญญา รักษาคำพูดและปกปิดความลับ (อริยญา เชาวลิต และทัศนีย์ นະแส, 2559) ส่วนจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ด้านหลักการเคารพเอกลักษณ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เท่ากับ 4.17 และชั้นปีที่ 3 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เป็นนักศึกษาที่เป็นปีสุดท้าย มีความรู้ ทักษะประสบการณ์ที่มากขึ้น สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเองได้จึงทำให้อาจารย์พยาบาลส่งเสริมให้นักศึกษาได้กระทำตามสิ่งที่ตัดสินใจอย่างอิสระได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ส่วนใหญ่จะฝึกกับอาจารย์พี่เลี้ยง โดยเฉพาะรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลและฝึกวิชาการก่อนสำเร็จการศึกษาทำให้นักศึกษารู้สึกว่าตนเองมีอิสระในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาขณะฝึกปฏิบัติได้ ขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีรายวิชาที่ต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่มีความหลากหลายและซับซ้อนที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจมากขึ้นขณะที่ทักษะและประสบการณ์ยังไม่เพียงพอจึงทำให้อาจารย์ต้องควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันความความเสี่ยง อาจทำให้นักศึกษารู้สึกว่าถูกควบคุมจากอาจารย์ ในส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่กำลังเริ่มเข้าสู่การเรียนรายวิชาทางการพยาบาล และมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานกับผู้ป่วยจริงเป็นครั้งแรกทำให้ขาดความมั่นใจและความกลัว ดังนั้นการที่มีอาจารย์คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือโดยยืนเคียงข้างขณะนักศึกษาให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด การไม่ตำหนิต่อหน้าผู้ป่วยและช่วยแก้ไขปัญหาคือช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ได้พัฒนาตนเองด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (วิลาวรรณ คริสต์รักษา และคณะ, 2563)

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยควรส่งเสริมพัฒนาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงคณะพยาบาลศาสตร์ควรมีกำหนดนโยบาย โดยการประกาศหลักจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลทั้ง 6 ด้านที่ชัดเจน ประกอบด้วย ด้านหลักการทำประโยชน์ หลักการไม่ทำอันตราย หลักการเคารพเอกลักษณ์ หลักความยุติธรรม ด้านหลักการพูดหรือการบอกความจริง และหลักความซื่อสัตย์ เพื่อให้อาจารย์พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองด้านจริยธรรมในการสอนอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การปฏิบัติกับผู้เรียนอย่างเหมาะสม
2. อาจารย์พยาบาลควรเพิ่มความตระหนักถึงจริยธรรมในการสอนด้านการเคารพเอกลักษณ์โดยการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ และเพิ่มความใส่ใจในการรับฟังความคิดเห็นและตอบสนองต่อข้อซักถามของนักศึกษาให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาล

2. ควรศึกษาจริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลจากการรับรู้ของกลุ่มอาจารย์หรือตามการรับรู้ของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลที่ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ฉันทะมงคล. (2563). *จริยธรรมทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งานวัดและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. (2563). *สรุปผลการประเมินประสิทธิภาพการสอนของอาจารย์ประจำปีการศึกษา 2563* [บันทึกข้อความ]. วิทยาลัยพยาบาล.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. (วันที่ 6 พฤศจิกายน 2560). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 1 ง, หน้า 7.
- ประวีดา คำแดง. (2564). การสอนภาคปฏิบัติในคลินิกตามความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขากาศเหนือ*. 27(1), 17-28.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-กุ่ม และยุวดี ฤๅชา. (2549). *สถิติ สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows*. กรุงเทพฯ. บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- ภาวิณี ศรีสันต์. (2562).จริยธรรมในการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(3), 18-31.
- มณีนรัตน์ ภาครูป และกัลยา ศารทูลทัต. (2561). การขาดแคลนและการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 1-9.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. (2560). *มคอ.2 รายละเอียดของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560*. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก.
- วิลาวรรณ คริสต์รักษา, พิมพ์พนิต ภาศรี, สรณ สุวรรณเรืองศรี และเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว. (2563). คุณลักษณะของอาจารย์ที่พึงประสงค์ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารสงขลานครินทร์*, 40(3), 139-148.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, สุชาติ ตันธนะเดชา และปทีป เมธาคณวุฒิ. (2553). องค์ประกอบและตัวบ่งชี้มาตรฐานวิชาชีพอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(4), 55-66.
- ศิริรัตน์ สุภิธรรม, พยอม อยู่สวัสดิ์, ยุวดี วัฒนานนท์, ทศนีย์วรรณ พงกษาเมธานันท์, วชิรา วรรณสถิต และเบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์. (2544). การดูแลเอาใจใส่ในกระบวนการสอนภาคปฏิบัติของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16(4), 28-37.

- สภาการพยาบาล. (2558). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์กรพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สีปตระกุล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 9(1), 81-92.
- สุพิศ รุ่งเรืองศรี และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2558). อาจารย์พยาบาล:ความท้าทายต่อสมรรถนะส่วนบุคคล. *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ). 214-222.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริน, ดาราวรรณ ร่องเมือง และรุ่งนภา จันทรา. (2562). การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 12-20.
- อรัญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นะแส. (2559). จริยธรรมในการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 261-270.
- Salminen, L., Stolt, M., Metsämäki, R., Rinne, J., Kasen, A., & Leino-Kilpi, H. (2016). Ethical principles in the work of nurse educator—A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 36, 18–22.
- Safarpour, H., Varasteh, S., Malekian, L., Ghazanfarabadi, M., Allahabadi, M. S., Khoshab, H., ... Fuladvandi, M. (2022). Uncivil behaviors in nursing education from the perspectives of nursing instructors and students: A cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17, 100444.
- Savage, J. S. & Favret, J. O. (2006). Nursing students' perceptions of ethical behavior in undergraduate nursing faculty. *Nurse Education in Practice*, 6(1), 47-54.

มุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายสุดแบบประคับประคอง

สมศรี ทาทาน, พย.ม.¹ วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล, กศ.ด.¹

ชลธิมา ปิ่นสกุล, พย.ม.¹ ปกัญญา ธัญพานสิน, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้นเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้การจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือ นักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย หลังสิ้นสุดจากการฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการสะท้อนคิด เครื่องบันทึกเสียง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของลินคอล์นและกوبا ผลการศึกษา พบว่า มุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1. เกิดความรู้สึกเสียใจและความรู้สึกด้านลบต่อการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว 2. การให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1 การดูแลผู้ป่วยให้จากไปอย่างสงบ และ 2.2 การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดโดยใช้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3. ลักษณะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1 การดูแลด้านร่างกาย 3.2 การดูแลด้านจิตใจ และ 3.3 การดูแลสภาพจิตใจครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย และ 4. การเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 4.1 ความภูมิใจในตนเองกับการนำความรู้และทักษะการพยาบาลไปใช้ดูแลผู้ป่วย และ 4.2 ความสำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผลการศึกษาสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับบริบท ประสบการณ์ ความเชื่อ มุมมอง ของผู้เรียน เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ นักศึกษาพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

วันที่รับ: 2 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 26 ธันวาคม 2565

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก Email: somsri.t@bcnpy.ac.th

Nursing students' perspectives on palliative care for older patients with end of life

Somsri Thatan, M.N.S.^{*1} Waraporn Srijanpal, Ph.D.¹

Chontima Pinsakul, M.N.S.¹ Papatchaya Thanyapansin, M.N.S.¹

Abstract

The care of elderly people who are at the end of life should be holistic so that they can leave in peace and with human dignity. The purpose of this descriptive qualitative study was to describe nursing students' perspectives on palliative care for elderly patients. The participants were 15 nursing students from a nursing college from Boromarajonani College of Nursing, Phayao who had completed their practical training in nursing with health problems 3 and were caring for elderly people at the end of life. Data were collected using a personal data collection form, a personal interview questionnaire, a semi-structured interview questionnaire, in-depth interviews, field recordings, a reflection sheet, and a dictaphone. Data from the interviews were transcribed verbatim and analyzed using the content analysis method and Lincoln and Guba's credibility construction research approach. Student nurses' perspectives on palliative care for elderly patients consisted of 4 themes. 1. There was a sense of regret and negative feelings toward the death of a family member. 2. The importance of palliative care with 2 subthemes: 2.1 Ensuring that the patient dies peacefully and 2.2 Making the patient feel as comfortable as possible by providing humanized care 3. Characteristics of palliative care for the elderly at the end of life with 3 subthemes: 3.1 physical care, 3.2 psychological care, and 3.3 caring for family members of terminally ill elderly patients and 4. Learning from caring for terminally ill elderly with 2 subthemes: 4.1 self-esteem in applying nursing knowledge and skills to care for patients and 4.2 importance of caring with human care. The results of the study serve as a basis for developing an educational model for palliative care of elderly patients that is consistent with the context, experiences, beliefs, and perspectives of learners and leads to high-quality care of terminally ill elderly patients.

Keywords: nursing student, End of life, elderly, palliative care

Received: October 2, 2022 Revised: December 12, 2022 Accepted: December 26, 2022

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing Praboromarajchanok, Institute

^{*} Corresponding author E-mail: somsr.t@bcnpy.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ด้านประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ส่วนประชากรวัยสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ปัจจุบันจำนวนประชากรรวมของประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มช้าลงจนลดต่ำลงเรื่อยๆ ตรงข้ามกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้มีการคาดการณ์ไว้ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้นจาก 12.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 20.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ โดยประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 4 ต่อปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรผู้สูงอายุตอนปลายหรืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีการเพิ่มอัตราเฉลี่ยถึง ร้อยละ 7 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลาย สะท้อนถึงการมีอายุยืนมากขึ้น และอาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ รวมถึงการมีแนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยของประชากรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยได้มากกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มักเกิดจากกระบวนการเสื่อมของร่างกายและจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายๆ โรคต้องการการดูแลระยะยาว รวมไปถึงการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วยหากเข้าสู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น โรคเบาหวาน โรคความจำเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคเหล่านี้ต้องการการรักษาต่อเนื่อง โรคของผู้สูงอายุเหล่านี้จะเพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย , 2564)

เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ตลอดจนช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อประคับประคองอาการเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ควรได้รับการดูแลให้มีความสุขสบายและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการดูแลแบบประคับประคอง(palliative care) มุ่งเน้นความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้าย คือ การตายดี (good death) (จอนณะง พึ่งจาด, 2557; ชุตติกาญจน์ หฤทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์, และโสภณัฐ สุวรรณเกษาวงษ์, 2559; ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, 2563) โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรักษาหายได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ส่งเสริมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคของผู้สูงอายุมีความเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ซึ่งเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย รวมถึงโรคแทรกซ้อนอื่นๆหลายโรคจึงทำให้เกิดความยากลำบากในการประเมินและให้การดูแลแบบประคับประคองเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการจัดการกับอาการคุกคามต่าง ๆ การจัดการกับอาการปวดที่รบกวน รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณที่มีความสำคัญค่อนข้างมาก เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้การจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563) การส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองนั้น

จึงต้องเริ่มต้นจากการจัดการเรียนการสอนด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีมุมมองที่เปิดกว้าง และสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองผู้สูงอายุได้ในระยะสุดท้ายได้ จึงควรเริ่มต้นด้วยการเรียนการสอนที่มีส่วนในการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาให้มีความรู้และทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยเน้นส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ได้มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพแก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยที่มีปัญหาสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร และการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยยึดหลักจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเลือกใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี เพื่อให้ศึกษามีประสบการณ์ในการเรียนรู้ระบบและรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งนักศึกษาแม้จะได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักการหรือแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในการเรียนการสอนภาคทฤษฎีมาบ้างแต่ยังไม่ได้มีประสบการณ์ในการนำไปใช้ภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง จึงได้จัดการเรียนการสอนที่เพิ่มพูนประสบการณ์ให้กับนักศึกษา ด้วยการมอบหมายให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้ศึกษามีประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายแบบองค์รวมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การทราบมุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในด้านนี้ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายและครอบครัว นำสู่การพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนการฝึกประสบการณ์ในสถานการณ์จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายมุมมองของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่ออธิบายมุมมองของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview guideline) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา จำนวน 15 ราย ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 แผนกอายุรกรรมมาแล้ว เก็บข้อมูลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2561-30 มีนาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 แผนกอายุรกรรม จำนวน 40 คน

ผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 มาแล้วเป็นเวลา 2 สัปดาห์ 2) ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย โดยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน และ 3) มีความยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยการบอกต่อของผู้ให้ข้อมูลและอาจารย์ผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ราย บริบทที่ศึกษาโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งนักศึกษาได้เรียนครบตามหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยการฝึกภาคปฏิบัติมีทั้งในคลินิก คือ ในโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ และการฝึกปฏิบัติในชุมชน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ได้ผ่านประสบการณ์การฝึกทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนมาแล้ว จึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยในระยะโรคกลุกลามจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย โดยได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะการทำวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการเข้ารับการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ และเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาด้วยการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง และมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านมา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองในครั้งนี้ ประสบการณ์ของการมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต และประสบการณ์การอบรมการดูแลแบบประคับประคอง

2) การสัมภาษณ์เจาะลึก แนวคำถามในการสัมภาษณ์ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อใช้เป็นแนวคำถามเบื้องต้น ประกอบด้วย (1) ความรู้สึกต่อการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว (2) ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (3) ลักษณะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง และ (4) นักศึกษาช่วยเล่าประสบการณ์ความรู้สึกที่ได้ดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ตัวอย่างเช่น “นักศึกษารู้สึกอย่างไรกับการดูแลแบบประคับประคอง” “ช่วยเล่าถึงกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแต่ละวันได้หรือไม่” ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 2 คน เพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถามและนำมาปรับปรุงประเด็นคำถามเกี่ยวกับการสื่อความหมาย และความเข้าใจในข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง 3) แบบบันทึกภาคสนาม เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล เวลา บุคคล และสภาพแวดล้อม 4) แบบบันทึกการสะท้อนคิด เป็นแบบบันทึกความรู้สึก ความคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย และ 5) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 ชุด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา โครงการวิจัย 11/61 เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ทั้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การเผยแพร่ทำในลักษณะภาพรวม ซึ่งเทปบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลได้ถูกทำลายเมื่อการวิเคราะห์ และรายงานผลการศึกษาเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากชี้แจงรายละเอียดในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทำการนัดหมาย วันเวลา และสถานที่ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เลือกให้สัมภาษณ์ ณ ห้องเรียน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในห้องมิดชิด สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง และสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (in-depth interview) โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ ร่วมกับบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 15 ราย ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 45 นาที การสัมภาษณ์สิ้นสุดลงเมื่อมีความอิ่มตัวของข้อมูล กล่าวคือ ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านเนื้อหาของข้อมูลทั้งหมด จากนั้นจึงกำหนดรหัสจัดหมวดหมู่ข้อมูล และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคเลอซซี (Colaizzi, 1978 as cited in Martin, O'Connor-Fenelon, & Lyons, 2012) มีขั้นตอนดังนี้

1. ถอดข้อความจากการบันทึกเสียงสัมภาษณ์เชิงลึกแบบคำต่อคำ อ่านข้อมูลที่ได้หลายรอบจนกว่าจะเข้าใจในสภาพการณ์และข้อมูลที่ได้มากยิ่งขึ้น
2. จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของมุมมอง การดูแลแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น และจัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็น กรณีที่มีความหมายคล้ายกันนำมาจัดกลุ่มรวมกัน
3. ค้นหาแก่นสาระ (themes) และแก่นสาระย่อย (sub-themes) โดยการหาข้อสรุปจากการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เป็นประเด็นต่างๆตามกลุ่มรหัส ให้แยกเป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลัก
4. ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ โดยตรวจสอบการเก็บข้อมูลว่ามีการตรงกันของสิ่งที่สังเกตได้ บันทึกการสะท้อนคิด และการบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามแนวทางของลินคอล์นและกูปา (Lincoln & Guba, 1985 as cited in Stahl & King, 2020) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดย 1) นำผลการวิเคราะห์ประเด็นและข้อสรุปที่ได้ไปปรึกษาที่ปรึกษาโครงการวิจัย 2) อ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วดึงข้อความที่สำคัญออกมาและแปลความหมายของข้อความจากนั้นนำมาวิเคราะห์เป็นข้อสรุป แล้วนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่มีการปรับแก้ไขข้อสรุป และ 3) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) จำนวน 2 ท่าน โดยนำผลการวิเคราะห์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

2. ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (transferability) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน และครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน

3. ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการเก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม

4. ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์ ร่วมกับการฟังเทปกลับไปกลับมาหลายๆ ครั้ง รวมถึงมีการตรวจสอบกับการบันทึกภาคสนามว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ รวมถึงการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลรวมด้วย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 15 ราย อายุระหว่าง 21-23 ปี โดยอายุ 21 ปี มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 40.00) อายุ 22 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.67) และอายุ 23 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 13.33) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีประสบการณ์บุคคลในครอบครัวเสียชีวิต จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.67) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในครั้งนี้ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 73.34) โรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.33) และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.33) จำนวนวันที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลมากที่สุด 5 วัน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 20)

ข้อค้นพบ

ผลวิจัยพบประเด็นมุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 เกิดความรู้สึกเสียใจและความรู้สึกด้านลบต่อการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเสียใจกับการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัวเศร้าใจ เกิดความรู้สึกด้านลบต่อการเสียชีวิต โดยแสดงความรู้สึกที่สะท้อนถึงความเศร้าโศก เสียใจ ความสะเทือนใจ ความหดหู่ใจ และไม่อยากจะให้เกิดกับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของตนเอง เชื่อว่าการพลัดพรากจากคนที่รักย่อมนำมาสู่ความทุกข์ทางจิตใจอย่างแน่นอน ดังคำกล่าว ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“รู้สึกเศร้า หดหู่ เราต้องจากกับคนที่รักโดยไม่มีวันได้พบกันอีก เป็นการจากกันแบบถาวร”(C4)

“รู้สึกโศกเศร้าเสียใจสูญเสียคนที่รักต้องจากไปโดยไม่มีวันกลับมา ไม่มีตัวตน ไม่ได้พบเจอกันอีกต่อไป” (C7)

“รู้สึกเสียใจ เหมือนขาดใครไปสักคน เป็นความรู้สึกว่าจะใช้ชีวิตต่อไปได้ไหม เมื่อไม่มีเขา” (C12)

ประเด็นที่ 2 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองหลายลักษณะตามความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง โดยให้ความหมายที่แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

1. เป็นการดูแลผู้ป่วยให้จากไปอย่างสงบ โดยให้การดูแลโดยใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดกับคนในครอบครัว ที่ตนเองรักอย่างคุ้มค่าที่สุด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบหมดห่วง ไม่เกิดความทุกข์ทรมาน ได้ทำในสิ่งที่ค้างคาใจก่อนที่จะสิ้นลมหายใจ เน้นด้านจิตใจของผู้ป่วย” (C1)

2. เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดด้วยการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด หรือไม่เจ็บปวดเลย” (C5)

“การดูแลที่มุ่งเน้นและส่งเสริมความสุขสบายให้ผู้ป่วยมากที่สุด ลดความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต” (C6)

ประเด็นที่ 3 ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองเกี่ยวกับลักษณะการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง ที่ต้องดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเน้นการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต จึงควรให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งลักษณะการดูแลเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

1. การดูแลด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตว่าควรได้รับการดูแลและจัดการกับอาการที่รบกวนต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายทางร่างกายและเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านการหายใจลำบาก อาการปวดที่รบกวนผู้ป่วย รวมถึงความสะอาด ความสุขสบายร่างกายทั่วไป ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“การดูแลด้านร่างกายควรเป็นการดูแลด้านความสุขสบายของร่างกาย การจัดท่านอน การอาบน้ำ การให้อาหารทางสายยาง”(C4)

“ควรให้การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลการดูแลเสมหะ” (C7)

“หากผู้ป่วยปวดควรดูแลการได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา” (C11)

2. การดูแลด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายค่อนข้างมาก จึงมีมุมมองการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการให้กำลังใจผู้ป่วย การทำความเข้าใจกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมถึงความวิตกกังวลของครอบครัวร่วมด้วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“พูดคุยให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติอยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย” (C1)

“ดูแลจิตใจผู้ป่วยและญาติ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ รับฟังการระบายปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ” (C8)

“เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยและทำหัตถการให้แก่ผู้ป่วย” (C12)

3. การดูแลสภาพจิตใจครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย มุมมองของผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญของการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายร่วมด้วย เนื่องจากครอบครัวจะต้องพบกับการสูญเสีย ความโศกเศร้า เสียใจจากการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก การดูแลด้านจิตใจของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ผู้ป่วยสบายที่สุด ผู้ป่วยสบายกาย ญาติก็สบายใจ การพูดคุยให้ญาติยอมรับเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และอยู่ร่วมกันกับทีมสุขภาพ” (C14)

ประเด็นที่ 4 การเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสที่ได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายนั้น ทำให้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อยได้แก่

1. ความภูมิใจในตนเองกับการนำความรู้และทักษะการพยาบาลไปใช้ดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด บรรเทาอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรืออาการรบกวนอื่นๆ จึงมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมพยาบาล ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะสุดท้าย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หนูได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ใช้องค์ความรู้ในหลายๆ ด้าน ไม่ใช่แค่เพียงดูแลด้านร่างกายเท่านั้น ด้านจิตใจของผู้ป่วยนั้นสำคัญที่สุด หากผู้ป่วยหมดกำลังใจก็จะไม่สามารถต่อสู้โรคร้ายที่ตนเองกำลังประสบอยู่ได้และทำให้เสียชีวิตไวขึ้นค่ะ” (C3)

“ประสบการณ์ที่หนูได้รับครั้งนี้เป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากค่ะ เพราะได้ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องช่วยเหลือดูแลทุกอย่าง บางวันกลับจากดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยล้า แต่หนูก็ยินดีที่ได้ทำค่ะ” (C9)

2. ความสำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุกำลังใจ สามารถต่อสู้ ประคับประคองกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้ถึงการใช้ความรู้และทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ได้ถูกหล่อหลอมจากอาจารย์ตั้งแต่เข้าเรียนในวิชาชีพพยาบาล ที่เน้นการเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย เข้าใจในความวิตกกังวลและความยากลำบากของญาติผู้ป่วย ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยดูญาติมิตรตนเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เข้าใจผู้ป่วยและญาติ ได้เห็นมุมมองและความหวัง การแสดงความรักและการดูแลที่ดีของญาติที่มีให้กับผู้ป่วย” (C8)

“ถึงแม้ผู้ป่วยไม่ใช่ญาติของเราแต่เขาก็เป็นผู้ป่วยของเราเพราะเขาทุกข์ทรมานเขาจึงมาหาเรา แต่เราจะต้องดูแลเขาทั้งทางร่างกายและทางจิตใจด้วย” (C13)

“ญาติหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแล การได้ช่วยดูแลผู้ป่วยครั้งนี้เปรียบเสมือนได้แบ่งเบาภาระของญาติไปด้วย และขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่เป็นครูให้นักศึกษา ได้เรียนรู้บทเรียนของชีวิต และได้เรียนรู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต” (C15)

การอภิปรายผล

จากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 15 ราย แสดงให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ รวมถึงความรู้สึกจากประสบการณ์การมีบุคคล

ในครอบครัวเสียชีวิต มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีโรคทางเดินหายใจ โรคกระเพาะ
ระยะสุดท้าย และโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถแบ่งการอภิปรายผล ดังนี้

ประเด็นที่ 1 เกิดความรู้สึกเสียใจและความรู้สึกด้านลบต่อการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว โดยผู้ให้
ข้อมูลมีความรู้สึกเสียใจและเกิดความรู้สึกด้านลบต่อการเสียชีวิต แสดงถึงความรู้ที่สะท้อนถึง ความเศร้าโศก เสียใจ
ความสะเทือนใจ ความหดหู่ใจ และไม่อยากจะให้เกิดกับตนเองหรือบุคคลในครอบครัว เพราะการพลัดพรากจากคนที่รัก
ย่อมนำมาสู่ความทุกข์ทางจิตใจ แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้โดยเฉพาะการเสียชีวิตของคนที่คุณเองรักและผูกพัน เนื่องจาก
ความโศกเศร้าเป็นกระบวนการตอบสนองทางธรรมชาติของมนุษย์เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักทำให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองในด้านความรู้สึก ด้านร่างกาย
ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม (ศรีนรินทร์ วัฒนธรรณท์, 2560) ปฏิกิริยาความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล
เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ 1) ผู้เสียชีวิตเป็นใคร
มีความเกี่ยวข้องกับผู้อยู่เสียในบทบาทใด 2) ลักษณะการเสียชีวิต การได้รับทราบข้อมูล สถานที่ที่เสียชีวิต การมีเวลา
เตรียมตัว เตรียมใจ มีผลต่อปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นด้วย 3) ประสบการณ์การสูญเสียและความโศกเศร้า ผู้ที่มีประสบการณ์
การสูญเสียในอดีตและปรับตัวได้ดี มีโอกาสปรับตัวต่อการสูญเสียได้ดีกว่า 4) ความแตกต่างของแต่ละบุคคล
5) ปัจจัยด้านสังคม บุคคลที่มีความใกล้ชิด มีความรักใคร่ผูกพันกันดีในครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ
ทำให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียและปรับตัวยอมรับความเป็นจริงได้ดี และ 6) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และ
ศาสนา

ประเด็นที่ 2 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการดูแล
แบบประคับประคองที่เน้นการดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ รวมทั้งการใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดกับคนในครอบครัว
ที่คุณเองรักอย่างคุ้มค่าที่สุด และดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด ลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
และจิตวิญญาณ และใช้วิธีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยดุษฎีนิมิตร สอดคล้องกับ
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วย
และครอบครัว ที่เผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) โดยเน้นการดูแลรักษาอาการที่ทำให้
ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม ซึ่งควรให้การรักษาดังแต่
ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแล
ครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ท่อรัตนเรือง, 2563)

ประเด็นที่ 3 ลักษณะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง เป็นการดูแลทั้งด้าน
ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และการดูแลสภาพจิตใจของครอบครัวที่ต้องพบกับการสูญเสียของสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้
ข้อมูลให้มุมมองเกี่ยวกับลักษณะของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง ไว้ 2 ประเด็นย่อย
ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและจัดการกับอาการที่รบกวนต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย
ทางร่างกาย และเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านการหายใจลำบาก อาการปวดที่รบกวนผู้ป่วย 2) การดูแลด้านจิตใจ
เน้นการให้กำลังใจผู้ป่วย การทำความเข้าใจกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยรวมถึงความวิตกกังวลของครอบครัวร่วมด้วย
และ 3) การดูแลสภาพจิตใจครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย ควรให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย
สูงอายุนระยะสุดท้ายร่วมด้วย เนื่องจากครอบครัวจะต้องพบกับการสูญเสีย ความโศกเศร้า เสียใจ จากการจากไปของ

บุคคลอันเป็นที่รัก การดูแลด้านจิตใจของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายตามแนวคิดความเชื่อตามหลักศาสนา จะช่วยให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวมมากขึ้น (ปราณี อ่อนศรี , 2557) โดยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม ประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งปัญหาทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบค่อนข้างมากและมีความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ตลอดจนภาวะฉุกเฉิน ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาทางจิตใจตามมาด้วย จึงควรให้การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ควบคู่กันไป (พรทวี ยอดมงคล, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ (2557) กล่าวว่าพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกายเพื่อตอบสนองปัญหา และความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานต่างๆ ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวที่ควรทำควบคู่กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าชีวิตและศักดิ์ศรีของตนเอง และจากไปอย่างสงบ

การดูแลครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากครอบครัวต้องดำเนินชีวิตต่อไปเพื่อจัดการภาระกิจต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย จึงมีความเครียด ความเศร้าเสียใจ ความรู้สึกสูญเสีย จากการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว โดยให้การดูแลด้านจิตใจที่ส่งเสริมการมีคุณค่าของตนเอง การได้ทำหน้าที่ที่ดีที่สุดของผู้ดูแล เพื่อไม่ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลรู้สึกผิดต่อการดูแลในระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ พวงพยอม จุลพันธ์, พรพรรณ มนัสจกุล และสุพรรณิ สุตสา (2563) ที่ศึกษาประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย ให้เผชิญการตายอย่างสงบ ว่าครอบครัวได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด ได้ตอบสนองสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ได้เผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหา จากการได้ต่อสู้กับความหวาดกลัวที่เกิดขึ้น การรู้ซึ่งถึงการมีชีวิตอยู่ร่วมกันในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ การก้าวข้ามความรู้สึกผิดครั้งนี้ และสามารถรับมือต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น

ประเด็นที่ 4 การเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย โดยผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ และทักษะ ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) มีความภูมิใจในตนเองกับการนำความรู้และทักษะการพยาบาลไปใช้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากได้ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด บรรเทาอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หรืออาการรบกวนอื่นๆ จึงมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะสุดท้าย และ 2) ความสำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้ให้ข้อมูลให้มุมมองที่การดูแลผู้สูงอายุนระยะสุดท้ายแบบประคับประคองว่า ควรเป็นการดูแลที่เน้นการใช้ความรู้และทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ได้ถูกหล่อหลอมจากการจัดการเรียนการสอน ผ่านอัตลักษณ์ของสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่เน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าใจในทุกข์ของผู้ป่วย เข้าใจในความวิตกกังวล และความยากลำบากของญาติผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยจิตเมตตาตนเอง และการได้มาดูแลผู้ป่วยสูงอายุนครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังได้ช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ให้กับญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิดที่ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้เป็นไปตาม

ความต้องการของผู้ป่วย รวมไปถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของญาติที่ต้องสูญเสียผู้ป่วยไป (พรทวี ยอดมงคล, 2561) และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ยังสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยตามหลักวิถีพุทธร่วมด้วย โดย การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติด้วยความรัก ความใส่ใจ ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การเกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ ดุจส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ ให้รำลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ให้น้อมนำสิ่งที่เป็ณคุณธรรม จริยธรรม เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลตนเองให้ดีที่สุดในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ (สังวรณั สมบัติใหม่ พระครูสาทรธรรมสิทธิ และสุริยนต์ สูงคำ, 2563)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการพัฒนาส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้และนำหลักการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการดูแลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย และการดูแลครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำหลักการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบุคคลทุกช่วงวัย รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายเพื่อการตายดีให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ได้แนวทางในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้คำแนะนำ การพัฒนาผลงานวิจัย และขอขอบคุณนักศึกษาที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จอนณะจ เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร*, 30(1), 100-109.
- ชุดิกานุจน์ หลุทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ และโสภิชญ์ สุวรรณเกษาวงษ์ (บก.). (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง*. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ณอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2557). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2562 จาก <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/index.html>
- ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง (บก.). (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ปราณี อ่อนศรี. (2557). บทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2), 39-43.

- พรทวี ยอดมงคล. (2561). การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- พวงพยอม จุลพันธ์, พรพรรณ มนัสจกุล, และสุพรรณิ สุดสา. (2563). ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 33-44.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรินรัตน์ วัฒนธรรณท์. (2560). ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 10(1), 13-21.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2563). การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 47(1), 454 – 466.
- สังวรณ์ สมบัติใหม่, พระครูสาทรธรรมสิทธิ์, และสุรียนต์ สูงคำ. (2563). การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 11(1), 66-80.
- Martin, A. M., Connor-Fenelon, M. O., & Lyons, R. (2012). Non-verbal communication between Registered Nurses Intellectual Disability and people with an intellectual disability: An exploratory study of the nurse's experiences. Part 1. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(1), 61–75. <https://doi.org/10.1177/1744629512440938>
- Stahl, N. A. & King, J. R. (2020). Expanding approaches for research: understanding and using trustworthiness in qualitative research. *Journal of Development Education*, 44(1), 26-28. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1320570>

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยาย หลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ปนัดดา อินทราวัฒน์, พย.ม.*¹ มยุรี พรหมรินทร์, พย.บ.² จิตรัตน์ หนชัย, พย.ม.²
ธนธร วงศ์ธิดา, ประ.ด.² นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช, พย.ม.³ วราภรณ์ แยมมีศรี, พย.ม.³

บทคัดย่อ

การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัทธิรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จำนวน 26 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 52 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ จำนวน 26 ราย และกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ จำนวน 26 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล 3) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ 4) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบที่กลุ่มเดียวที่ไม่เป็นอิสระจากกัน ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพยาบาลหลังรับจากห้องสวนหัวใจ 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน 24 ชั่วโมงแรก 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายใน 24-48 ชั่วโมง และ 4) การวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฯ ร้อยละ 92.31 มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.44 ระดับมาก ร้อยละ 61.54 และพบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากอัตราภาวะเลือดออกที่แผล ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีความแตกต่างกับก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) รูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรคหัวใจ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ, รูปแบบการพยาบาล

วันที่รับ: 29 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 27 ธันวาคม 2565

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

* ผู้ติดต่อหลัก Corresponding author E-mail: i_panadda@yahoo.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Nursing model for patients with acute myocardial infarction (AMI) after receiving percutaneous coronary intervention in Chiangrai Prachanukroh Hospital

Panadda Intralawan, M.S.N.^{*1*} Mayuree Promrin, B.N.S.² Tidarat Honchai, M.S.N.²
Thanutorn Wongthida, Ph.D.² Nongyao Mongkhonittivech, M.S.N.³ Waraphorn Yaemmisri, M.S.N.³

Abstract

Acute myocardial infarction (AMI) requires immediate care. The development of a nursing model of patients with AMI is a vital role of nurses who specialize in cardiovascular disease. The purpose of this research and development aimed to develop and evaluate the outcomes of the nursing model for patients with AMI after receiving percutaneous coronary intervention (PCI). The study conducted with 26 nurses working in the cardiac intensive care unit and internal medicine wards along with 52 patients who received PCI. 26 patients were developed before and after implementation of model. The instruments used in this study were as follows: 1) a demographic data form for the patients 2) a demographic data form for the nurses 3) the nursing model for patients with AMI after receiving PCI and 4) the outcome assessment form for practicing nurses. Also, research instrument was the nursing model for patients with AMI after receiving PCI. Data were analyzed by using descriptive statistics and dependent t-test. The findings revealed that the nursing model for patients with AMI after receiving PCI including 1) nursing care after returning from cardiac catheterization unit 2) nursing care for preventing complications within 24 hours 3) cardiac rehabilitation within 24-48 hours and 4) discharge planning according to D-METHOD discharge planning. The results showed that after using the nursing model for patients with AMI after receiving PCI, it was found that 92.31% of nurses who followed the model, 22.44% had a very high and 61.54% had a high level of satisfaction. In addition, complications consisted of wound bleeding, anxiety as well as quality of life had a significant difference with prior development of the nursing model ($p<.05$). The developed nursing model for patients with AMI after receiving PCI can prevent complications and increase the quality of life of patients. Nurse administration can apply the results of this study to promote competency of nursing profession and develop the quality of care among cardiovascular nurses.

Keywords: acute myocardial infarction, percutaneous coronary intervention, nursing model

Received: October 29, 2022 Revised: December 12, 2022 Accepted: December 27, 2022

¹ Registered Nurse, Senior, Chiangrai Prachanukroh Hospital

^{*} Corresponding author E-mail: i_panadda@yahoo.com

² Registered Nurse, Professional Level, Chiangrai Prachanukroh Hospital

³ Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) เป็นภาวะที่มีอันตรายถึงชีวิต จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ. 2015 มีคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตทั้งหมด มากถึง 7.4 ล้านคน และคาดการณ์การเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในปี 2032 มากถึง 23.6 ล้านคนทั่วโลก เมื่อเปรียบเทียบคนเสียชีวิตพบอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา 5.5 ล้านคนมากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีเพียง 1.9 ล้านคน ชี้ให้เห็นว่าในประเทศที่กำลังพัฒนามีสัดส่วนการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น คิดเป็นสามเท่าของประเทศที่พัฒนาแล้ว (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย สถิติล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนคนไทยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 432,943 คน มีอัตราการตาย 20,855 คน ต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 4-12 (แนวทางเวชปฏิบัติภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, 2563) แนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 โดยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากร พบว่ามีอัตราตายสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2560 จาก 23.4 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 31.8 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 407.70, 435.18, 503.67, 501.41 และ 515.91ตามลำดับ และ อัตราการตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557-2560 คิดเป็น 27.8, 29.9, 32.3 และ 31.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) ชนิดคลื่นหัวใจไฟฟ้า ST ยกขึ้น (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2545 เหลือประมาณ ร้อยละ 10 ในปีพ.ศ. 2561 หากติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังค่อนข้างสูงโดยผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต ร้อยละ 14 ส่วนผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นหัวใจไฟฟ้า ST ไม่ยกขึ้น (non-ST segment elevation acute coronary syndrome: NSTEMI-ACS) มีรายงานการเสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปีมากถึง ร้อยละ 25 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญทั้งก่อนและหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy)

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดเสื่อมสภาพแล้วเกิดการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือด จะเกิดการกระตุ้นให้มีเกล็ดเลือดมาปกคลุมแผลที่ปริแตก ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน (นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ, 2557) อาการที่สำคัญคือ เจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก นานกว่า 20 นาที จำแนกเป็น 2 ชนิด ชนิดแรก STEMI ที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด และชนิดที่สอง NSTEMI-ACS มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจบางส่วน ซึ่งทั้ง 2 ชนิดเกิดจากลิ่มเลือด (thrombus) ในหลอดเลือดแดงหัวใจแตก (plaque rupture) หรือเกิดการถลอก (erosion) และการอักเสบ (inflammation) และ ความเครียดของร่างกาย (stress) อาจมีเหตุกระตุ้นของหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย และนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดในที่สุด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ (cardiogenic shock) และเสียชีวิตตามมาในที่สุด (อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2557) อ้างถึงใน อภิชาติ สุขนครธรรม์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2557)

แนวปฏิบัติมาตรฐานการรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ประกอบด้วย การเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยวิธีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic agent) และการขยายหลอดเลือดแบบป้อนภูมิ (primary percutaneous coronary intervention: PPCI)

ในระยะเวลา 12 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) สำหรับผู้ป่วย NSTEMI-ACS ที่มีลักษณะทางคลินิกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงหรือเสี่ยงสูงมากจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการเปิดหลอดเลือด ภายในระยะเวลา 2-12 ชั่วโมง เช่นเดียวกับกลุ่ม STEMI (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) โดยการรักษาด้วยการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเปิดทางเดินหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังโดยการสอดสายสวนชนิดพิเศษผ่านหลอดเลือดแดงทางข้อมือ (radial artery) หรือทางขาหนีบ (femoral artery) เข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบหรือตันด้วยบอลลูน และการค้ำยันด้วยขดลวด (stent) ไม่ให้หลอดเลือดหัวใจตีบตันอีก ส่งผลทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง และช่วยให้ผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก (clinical outcome) (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร, 2553) อย่างไรก็ตามกระบวนการเปิดขยายหลอดเลือดที่ทำให้มีเลือดไหลกลับไปเลี้ยงหัวใจอย่างรวดเร็ว มักทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อหัวใจ และมีการตายเพิ่มขึ้นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจภายหลังได้ ซึ่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะคงอยู่อีกหลายวันหรือเป็นสัปดาห์ (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2557 อ้างถึงใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2557)

ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจทางสายสวน ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกาย อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ดังนี้ อาการปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ/หลับยาก อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ปวดเสียวเข้า/ขา และมึนงง/เวียนศีรษะ บานหมุน ส่วนอาการทางอารมณ์และจิตใจที่พบบ่อยที่สุด คือภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า สอดคล้องกับรายงานอื่น (เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์, ชนกพร จิตปัญญา, และ ระพีณ ผลสุข, 2561) ส่วนด้านจิตใจจากการที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหว ต้องพึ่งพาบุคลากรทางสุขภาพจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และไม่สุขสบาย จากการศึกษาภาวะเครียดหลังจากเกิดภาวะวิกฤติในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติจะเกิดความวิตกกังวลมากใน 24-48 ชั่วโมงแรก และมีความวิตกกังวลสูงสุดในชั่วโมงที่ 12 และยังคงอยู่ประมาณ 5-7 วัน (Kala et al., 2016) โดยส่วนใหญ่จะวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (พิราวรรณ โตจันทร, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2559) หากความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจไม่ได้รับการแก้ไข อาจก่อให้เกิดการกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย อัตราตายที่สูงขึ้น การฟื้นตัวที่ไม่ดี และอาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ โรควิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ตามมาได้ (Kala et al., 2016) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาในทุกๆ ระยะ ระหว่างการรักษา โดยเฉพาะการปลอบโยนให้กำลังใจจากทั้งแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษา คลายจากความวิตกกังวลได้ การส่งเสริมสมรรถนะ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมตนเองกับพฤติกรรมของผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้อาการดีขึ้น (เสาวนีย์ ชนะพาล, 2558) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตลดลงแล้ว ทำให้ละเลยการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำได้ ดังนั้น กลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (วรพรรณ มหาศรานนท์, 2562)

ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2563-2565 จากข้อมูล บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (international classification of diseases and related health problem 10th revision: ICD-10) รหัส I210, I211, I212 และ I214 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 986, 803 และ 870 ตามลำดับ มีอัตราการตายร้อยละ 10.85, 9.09 และ 8.51 (งานศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวพบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI-ACS ที่ได้รับการรักษาโดยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจทางสายสวน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหรือหอผู้ป่วยสามัญ และได้รับการดูแลตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ และจากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างครบถ้วนจนผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายถึงระดับปานกลางได้ เช่น สามารถเดินได้นาน 10-15 นาที (metabolic equivalents tasks: 5 METs) อย่างไรก็ตาม ในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจยังพบผู้ป่วย ร้อยละ 55.5 ที่ยังปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนตามโปรแกรมที่กำหนด และนอกจากนี้ในหอผู้ป่วยสามัญยังไม่มี การนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปใช้อย่างเป็นรูปแบบ ได้แก่ การส่งต่อข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ที่ต้องมีการประเมินและเสริมความรู้ให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลัง ถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีการกำกับดูแล ติดตามประเมินผลลัพธ์ และวางแผนจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพ

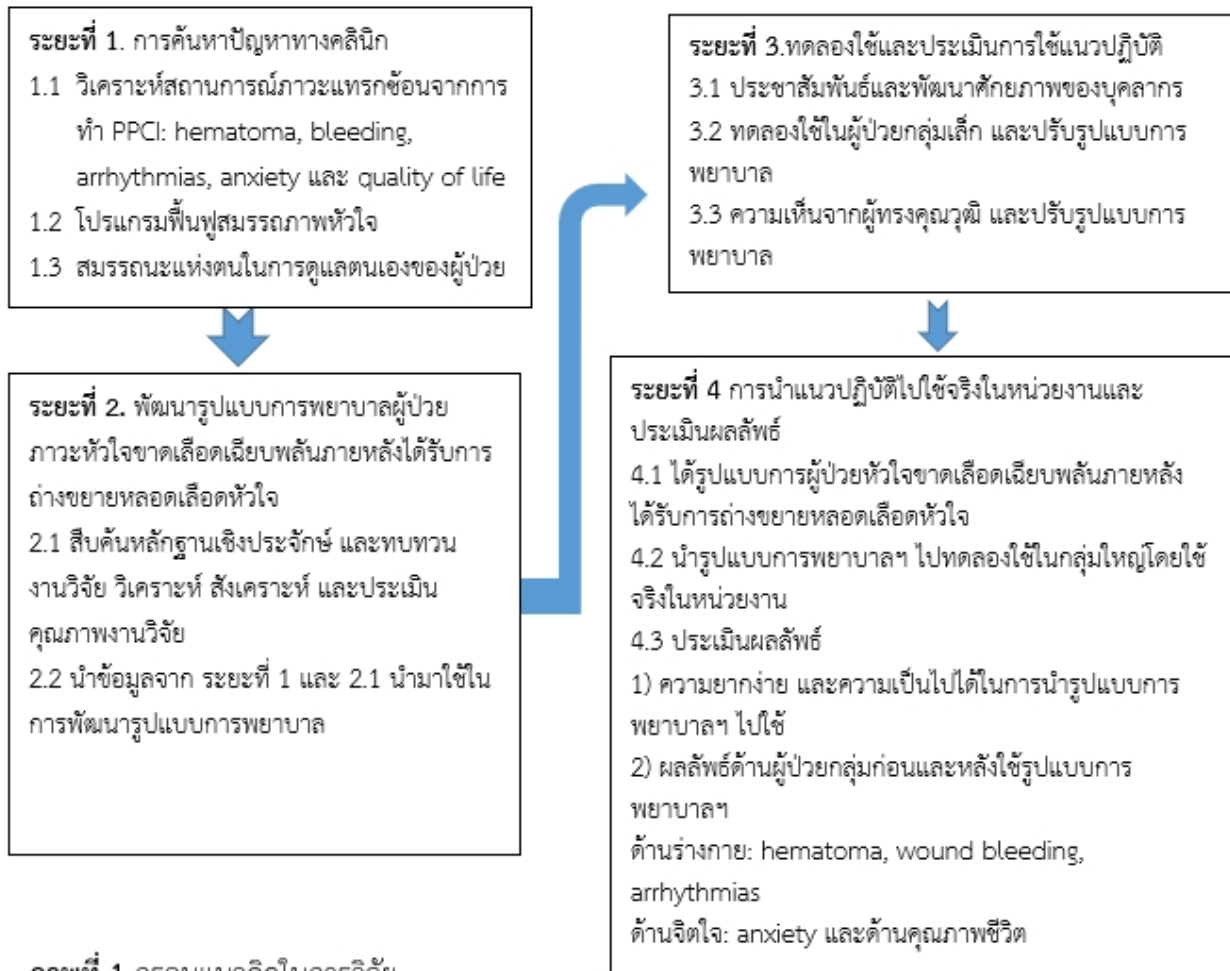
วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development study) ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ขั้นตอนการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) จำนวน 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ทดลองใช้ และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและประเมินผลลัพธ์ร่วมกับการใช้แนวคิด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) (Bandura, 1997) ในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สรุปลเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี
หัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 52 ราย จำแนกเป็นก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาล จำนวน 26 ราย
และกลุ่มหลังการพัฒนาเป็น จำนวน 26 ราย 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญ
อายุรกรรม จำนวน 26 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน ถึง ตุลาคม 2565 ได้แก่ ระยะที่ 1 เมษายน-
พฤษภาคม 2565 ระยะที่ 2 พฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 ระยะที่ 3 สิงหาคม 2565 ระยะที่ 4 กันยายน-ตุลาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยทีมวิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับการตรวจสอบ
ความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เฉพาะทาง
ด้านผู้ป่วยวิกฤติ (advanced practice nurse: APN) 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 2 ท่าน แก้ไขปรับปรุง

ด้านภาษาและเนื้อหาให้ตรงตามความเห็นที่สอดคล้องกัน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) เท่ากับ .95

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติ การอบรมเฉพาะทางและแบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคและโรคร่วม ค่าปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัว 1 ครั้ง (ejection fraction: EF) การจัดระดับความผิดปกติของหัวใจของ New York Heart Association (NYHA) และค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI)

2.2. แบบประเมินผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ป่วยปฏิบัติ ได้แก่

1) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 33 ข้อ และนำเครื่องมือไปให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสงสัยอาพาธ จำนวน 3 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต (inter-rater reliability) เท่ากับ 1

2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และได้นำเครื่องมือประเมินความพึงพอใจตรวจสอบค่า CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .98 และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

2.3. แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้แก่

1) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออก (bleeding) ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) โดยมีการประเมินและบันทึกทันทีหลังจากออกจากห้องสวนหัวใจ ติดตามใน 24 ชั่วโมงแรก และ 48 ชั่วโมง หลังการทำหัตถการ

2) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) ประเมินโดยแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai hospital anxiety and depression scale: Thai HADS) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการ วิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .86 และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 นำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

3) คุณภาพชีวิต (quality of life) ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบ

เลือกตอบ ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินและตอบคำถามได้ด้วยตัวเอง และเครื่องมือมีความเที่ยงของแบบสอบถาม โดย เท่ากับ .92 คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 การประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย ใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 2 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห์ รหัสโครงการ EC CRH 027/65 ลงวันที่ 28 เมษายน 2565 ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับ การชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งข้อมูลในการวิเคราะห์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่นำมาเปิดเผย และผลการประเมินจะออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ในระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2565 ดำเนินการโดย 1) จัดสนทนากลุ่มย่อยกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน รวม 8 คน และสนทนากลุ่มกับอายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 2 คน และ 2) ทบทวนข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ การฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจโดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน การวางแผนจำหน่าย และการทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์การพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และทบทวนงานวิจัย วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพงานวิจัย ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (patient or population: P) โปรแกรมหรือการรูปแบบการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย (intervention: I) การศึกษาวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (comparison: C) และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ต้องการ (outcome: O) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2018) ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) นำมาพัฒนายกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ และจัดประชุมเสวนากับทีมพยาบาล ทีมอายุรแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู อาจารย์พยาบาล และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำมาปรับแนวปฏิบัติเดิมให้มีความเหมาะสมกับบริบทและมีประสิทธิภาพมากที่สุด (เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2565)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติรูปแบบการพยาบาล ดังนี้ 1) ทดลองใช้ในหอผู้ป่วย จำนวน 10 ราย และประเมินผลการปฏิบัติตามแบบบันทึกผลลัพธ์ 2) ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามรูปแบบการพยาบาลฯ ใหม่ 3) ติดตามผลการประเมินการปฏิบัติและนำมาปรับปรุง 4) นำรูปแบบการพยาบาลฯ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้เหมาะสม (สิงหาคม 2565)

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและประเมินผลลัพธ์ เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติ ตามรูปแบบการพยาบาลฯ ที่ปรับปรุงใหม่ โดย 1) จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม นิเทศติดตามประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทุก 1 เดือน ประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วย (กันยายน-ตุลาคม 2565)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ สภาพปัญหาและการดูแลผู้ป่วย ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ใช้สถิติเชิงบรรยาย แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองใช้ โดยใช้สถิติ dependent t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยรายงานผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ

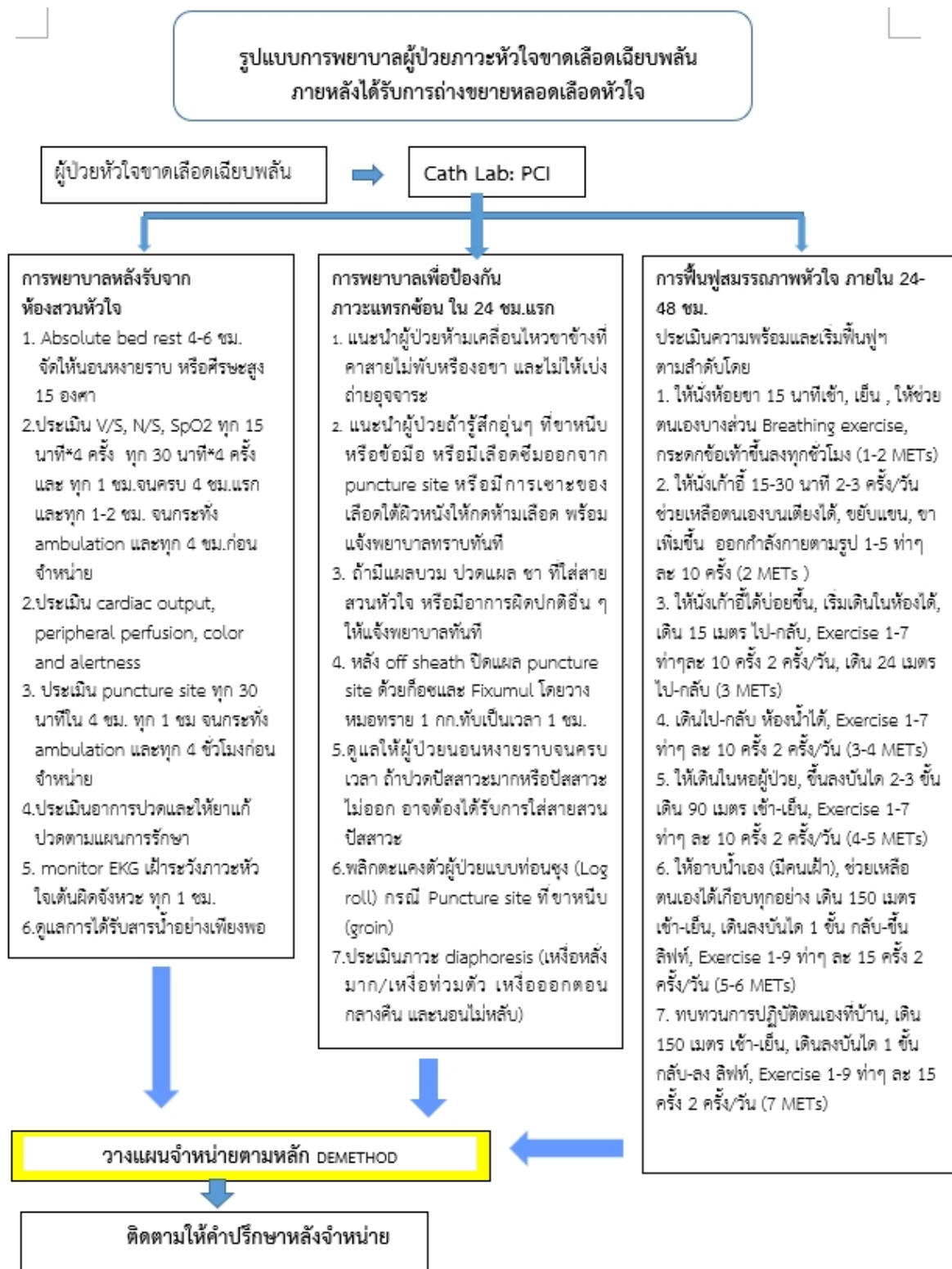
จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 45 ราย พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่แผล ร้อยละ 28.84 ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง ร้อยละ 26.67 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 22.22 และมีเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังขนาดใหญ่ (มากกว่า 10 ซม.) จำนวน 2 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวตามที่พยาบาลแนะนำ นอกจากนี้พบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถทำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบถ้วนตามโปรแกรมที่กำหนด มี 2 กรณีที่พบคือ 1) ผู้ป่วยวิกฤติหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้รักษาในหอผู้ป่วยหนักหัวใจ เนื่องจากเตียงเต็มจึงถูกส่งตัวไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ และ 2) ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่ำจะถูกส่งต่อจากห้องสวนหัวใจไปยังหอผู้ป่วยสามัญ

ในด้านองค์ความรู้ของพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจยังไม่เพียงพอ จากการสำรวจการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยทีมผู้วิจัย พบว่า พยาบาลยังมีการปฏิบัติการพยาบาลไม่ครบถ้วน มีรายละเอียด ดังนี้ 1) การพยาบาลหลังรับจากห้องสวนหัวใจ ร้อยละ 80.77 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 69.23 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายใน 24-48 ชั่วโมง ร้อยละ 46.15 และ 4) วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-EMETHOD ร้อยละ 69.23

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ

ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาลหอผู้ป่วยหนักหัวใจ อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม อาจารย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด ร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ หลังจากนั้นนำรูปแบบที่ได้ส่งผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนอแนะมาปรับแก้ไข จนสรุปผลได้รูปการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน รูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การพยาบาลหลังรับจากห้องสวนหัวใจ 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน 24 ชั่วโมงแรก 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายใน 24-48 ชั่วโมง และ 4) วางแผนจำหน่ายตามหลัก DEMETHOD รายละเอียดดังแผนภาพที่ 2



3. ผลลัพธ์ของพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ

3.1. ผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติ

3.1.1 พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า มีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพยาบาลหลังรับจากห้องสวนหัวใจ การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน 24 ชั่วโมงแรก การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน 24-48 ชม. และ วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ร้อยละ 96.15 , 96.15, 92.31 และ 84.62 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ (n=26)

รายการกิจกรรม	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.การพยาบาลหลังรับจากห้องสวนหัวใจ	21 (80.77)	5 (19.23)	25 (96.15)	1 (3.85)
2.การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ใน 24 ชั่วโมงแรก	18 (69.23)	8 (30.77)	25 (96.15)	1 (3.85)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน 24-48 ชม.	12 (46.15)	14 (53.85)	24 (92.31)	2 (7.69)
4.วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD	18 (69.23)	8 (30.77)	22 (84.62)	4 (15.38)
ค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติโดยรวม	69 (66.35)	35 (33.65)	96 (92.31)	8 (7.69)

3.1.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฯโดยรวม พบว่า ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.44 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 61.54 ส่วนรายด้านสามารถนำมาใช้ในทีมได้ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.46 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 53.85 ด้านสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.78 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 65.38 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการ
การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ($n=26$)

รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. สามารถใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	2 (7.69)	14 (53.85)	10 (38.46)	0	0
2. มีความสะดวกในการนำไปใช้	5 (19.23)	16 (61.54)	5 (19.23)	0	0
3. สามารถนำมาใช้ในทีมได้	10 (38.46)	14 (53.85)	2 (7.69)	0	0
4. สามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย	8 (30.78)	17 (65.38)	1 (3.84)	0	0
5. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง	5 (19.23)	17 (65.38)	4 (15.85)	0	0
6. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการ พยาบาล	5 (19.23)	18 (69.23)	3 (11.53)	0	0
ความพึงพอใจโดยรวม	35 (22.44)	96 (61.54)	25 (16.02)	0	0

3.2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

3.2.1 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยาย
หลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 ราย โดยกลุ่มก่อนการพัฒนา เป็นเพศชาย ร้อยละ 36.38 เพศหญิง ร้อยละ 63.68 อายุเฉลี่ย 66.52 ปี ($SD=7.34$) ค่า EF เฉลี่ย 55.86 ($SD=6.63$) ค่า BMI เฉลี่ย 25.32 ($SD=3.78$) มีค่า NYHA classification ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 กลุ่มหลังการพัฒนาเป็นเพศชาย ร้อยละ 40.38 เพศหญิง ร้อยละ 59.62 อายุเฉลี่ย 65.98 ปี ($SD=7.03$) ค่า EF เฉลี่ย 52.87 ($SD=9.66$) ค่า BMI เฉลี่ย 24.86 ($SD=3.66$) มีค่า NYHA classification ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ตรวจสอบการแจกแจง ข้อมูลพบมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยสถิติ dependent t-test พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ด้านอัตราการเสียชีวิตที่แปล ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีความแตกต่างกับก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

ตัวแปร	ก่อน (n=26)			หลัง (n=26)			t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	±SD	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	±SD		
1. อัตราการเกิด bleeding	8 (30.76)	0.31	±4.53	1 (3.84)	0.07	±0.55	2.573	.01*
2. อัตราการเกิดHematoma	7 (26.92)	0.27	±3.96	3 (11.54)	0.22	±1.67	1.690	.10
3. อัตราการเกิดArrhythmia	4 (15.38)	0.15	±2.26	1 (3.84)	0.07	±0.55	1.806	.08
4. ความวิตกกังวล	-	10	±0.71	-	6.65	±0.24	4.910	.00*
5. คุณภาพชีวิต	-	85.65	±5.19	-	102.27	±1.60	6.742	.00*

*p<.01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันทีตั้งแต่ออกจากห้องสวนหัวใจ การดูแลใน 24-48 ชั่วโมงแรก การประเมินความพร้อมและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังได้รับการติดตามอาการและได้รับคำปรึกษาจากทีมพยาบาลที่ดูแล หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติตัวหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลัง ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง สอดคล้องกับ เอี่ยมเดือน นิลพฤษ และคณะ (2561) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาในทุกๆ ระยะ ระหว่างการรักษา โดยเฉพาะการปล่อยปละนิ่งให้กำลังใจจากทั้งแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษา คลายจากความวิตกกังวลได้ (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2011) รวมทั้งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วย การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบพฤติกรรมตนเองกับผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (เสาวนีย์ ชนะพาล, 2558)

จากการประเมินความพึงพอใจและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวม พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก และมากที่สุดร้อยละ 61.54 และร้อยละ 22.44 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า รูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้จริง ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เกิดจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ เป็นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยจัดให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของผลการประเมิน ระดับความพึงพอใจที่มีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุดเพียงร้อยละ 7.69 ได้แก่ ความสามารถใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน อธิบายได้ว่า ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งหัตถการ การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นความรู้

เฉพาะทาง เป็นเรื่องที่ฉุกเฉิน ซับซ้อน ทำให้พยาบาลต้องใช้ความพยายามในการพัฒนาทักษะด้านความสามารถในการตัดสินใจ เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทำให้พยาบาลอาจคิดว่าเป็นเรื่องยากในการเรียนรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือผ่านการอบรมเฉพาะทาง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จึงสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง โดยมีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฯ ถึงร้อยละ 92.31 (ตารางที่ 1) ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนด้าน อัตราภาวะเลือดออกที่แผล ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีความแตกต่างกับก่อนการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้การนิเทศทางคลินิกโดยการกำกับ ติดตามงานด้านการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล มีการใช้แนวคิดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010 as cite in Cutcliffe, Butterworth, & Proctor, 2010) ที่เน้นการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ที่ส่งเสริมการให้ความรู้ และทักษะจากการลงมือปฏิบัติจริงของพยาบาล เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แนวทางการดำเนินงานดังกล่าวเหล่านี้จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการนิเทศตามแนวคิดของการจัดการความรู้ที่มีการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้นิเทศ และทีม จะส่งผลต่อการประสานการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพ (Muangin, Akarawanasakun, Wongkaew, & Mongkhonittivech, 2020)

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การพยาบาลหลังรับจากห้องสวนหัวใจ 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ใน 24 ชั่วโมงแรก 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายใน 24-48 ชั่วโมง และ 4) การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ซึ่งรูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถลดภาวะเลือดออกที่แผล ลดความวิตกกังวล และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดใน 24 ชั่วโมง การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการวางแผนจำหน่าย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ กรณีหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอื่นๆ ต้องการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ ควรศึกษาบริบทของหน่วยงาน สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และควรเพิ่มกระบวนการทำงานแบบไร้รอยต่อระหว่างห้องสวนหัวใจและหอผู้ป่วยและการทำงานเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ทั้งการป้องกันภาวะเลือดออก ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะวิตกกังวล และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจและการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

3. ด้านการวิจัย ควรทำการวิจัยและพัฒนา เรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการนิเทศกำกับ ติดตาม การประเมินสมรรถนะของพยาบาล รวมทั้งติดผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยทุกคนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากทีมการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตลอดจนผู้บริหารที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- งานศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2565). *สรุปรายงานประจำปี 2565*. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.
- พิราวรรณ โตงจันทร์, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2559). ความวิตกกังวลความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการสวนหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 3(1), 34-40.
- วรพรรณ มหาศรานนท์, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช และรุ่งนภา ชัยรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(1), 102-116.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- เสาวนีย์ ชนะพาล. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพและศรีณย์ ควรประเสริฐ (บก.). (2557). *Evolution in cardiovascular medicine*. เชียงใหม่: ทริค อินค์
- เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์, ชนกพร จิตปัญญา และระพีณ ผลสุข. (2561). การศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(2), 289-310.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Kala, P., Hudakova, N., Jurajda, M., Kasperek, T., Ustohal, L., Parenica, J., ... Kanovsky, J. (2016). Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI. *PLOS ONE*, 11(4), e0152367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152367>
- Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2018). *Evidence-based practice in nursing & healthcare. a guide to best practice* (4th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Muangin, W., Akarawanasakun, B., Wongkaew, O., & Mongkhonittivech, N. (2020). Outcomes of nursing clinical practice guideline development for septic shock in medical intensive care Unit at chiangrai prachanukroh hospital. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(1), 97-108.
- Proctor, B. (2010). *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In Fundamental Themes in clinical Supervision: 25-46*. London: Routledge.
- Soukup S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301–309.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved May 1, 2016 from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart Lung*, 40(3), 185-192.
- World Health Organization (2022). *Trends in cause-specific mortality by all age-groups for a selected country or area and sex*. Retrieved 4 April 2022, from heme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/ischaemic-heart-disease

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19

วิภา สุวรรณรัตน์, พย.ม.^{*1}เจตจรรยา บุญญกุล, พย.ม.¹, มาลี เกตแก้ว, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั่วโลกทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในระดับบุคคลส่งผลกระทบต่อทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางและเป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ย่อมได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม มากกว่ากลุ่มอื่นๆ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนับเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักและใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเป็นความท้าทายของครอบครัว เครือข่ายภาคประชาชนและสังคมที่ต้องให้ความสำคัญและร่วมมือช่วยเหลือผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่ให้ผลคุ้มค่าระยะยาว เป็นการฝึกกำลังทั้งผู้สูงอายุและเครือข่าย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับบุคคล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น การลดและหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ การสร้างความสุข 5 มิติ และการยึดหลักศาสนา ระดับครอบครัว ได้แก่ การสังเกตการใส่ใจรับฟัง การสื่อสารชัดเจน การชวนทำกิจกรรม และการพาไปพบแพทย์ และระดับชุมชน ได้แก่ ชุมชนร่วมกันใส่ใจ การใช้วัคซีนชุมชน การใช้เทคนิคทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และการจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพโดยชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สร้างความรู้สึกที่มีคุณค่าต่อกัน ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต ถึงเวลาแล้วที่ทุกฝ่ายควรหันมาใส่ใจต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและเพื่อความมั่นคงของประเทศไทย

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, โรค COVID-19

วันที่รับ: 6 มิถุนายน 2565 วันที่แก้ไข: 6 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับ: 26 ธันวาคม 2565

¹ อาจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

^{*} ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: wipa.s@tsu.ac.th

Mental health promotion of the elderly in the situation of COVID-19 pandemic

Wipa Suwannarat, M.N.S.*¹

Jatjunya Bunyakul, M.N.S.¹, Malee Katekaew, M.N.S.¹

Abstract

The COVID-19 pandemic has affected all sectors around the world at the levels of individual, family, and community. At the individual level, it has affected all age groups, especially the elderly who are in a vulnerable group and have congenital illnesses; as a result, they have been affected more than other groups. The promotion of the elderly's mental health is significant to support and encourage them to be aware and give importance to health care; moreover, it is also the challenges of families, public networks, and social networks to focus and collaboratively help the elderly. Health promotion has a long-term result, and it is a synergy between the elderly and networks. This article aims to present practical guidelines for the elderly's mental health promotion during the COVID-19 pandemic consisting of mental health promotion at an individual level that includes essential basic health promotion, reducing and avoiding stresses caused by the pandemic, enhancing five-dimension happiness, and adherence to religion, at family level that includes observation, listening to others, clear communication, invitation of doing activities, and taking them to see the doctor, and at the community level that includes community together care, community vaccine utilization, using techniques for the elderly's happiness, and arranging health care programs by the community to maintain good physical and mental health, to create a sense of worth, to prevent the future mental health problems. It is time for all parties to pay attention to the elderly's mental health promotion in the current situation so that the aging society and national security will be served effectively.

Keywords: mental health promotion, the elderly, COVID-19

Received: June 6, 2022 Revised: December 6, 2022 Accepted: December 26, 2022

¹ Lecturer, Community Nurse Faculty of Nursing, Thaksin University

* Corresponding author E-mail: wipa.s@tsu.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของผู้สูงอายุคือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคาดการณ์ว่า จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 3.0 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยทวีปเอเชียมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองจากเกาหลีใต้และญี่ปุ่น (World Health Organization, 2022) ปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วน ประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัย สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัยโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเปราะบาง จึงมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ควรให้ความสำคัญ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาจเกิดปัญหาการทำให้หน้าที่ต่างๆของร่างกายสูญเสียไป (impaired function) 2) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และ 3) การเปลี่ยนแปลงเกิดจากภายในร่างกาย ของผู้สูงอายุ โดยไม่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และ 4) การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุมีความเป็นสากล เป็นไปตามธรรมชาติตามวัย (Sgarbieri & Pacheco, 2017) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายตามวัยในทาง เชื่อมโยงของระบบต่างๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมตามมา ด้านจิตใจอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า ขาดความพึงพอใจในชีวิต อาจส่งผลกระทบด้านสังคม ทำให้เกิดความเหงาว่าเหว การมีคุณค่าและ ศักดิ์ศรีของตนเองลดลง หากไม่มีบทบาทใหม่มาทดแทนอาจส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง จนไม่สามารถปรับตัวได้ อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การเกิดโรค ภาวะทุพพลภาพ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (ธัญรัชต์ องค์กรมีเกียรติ, 2561) นอกจากการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแล้ว การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมปัจจุบันส่งผล ต่อปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น คู่แต่งงานใหม่แยก ครอบครัวเร็วขึ้น การเสียชีวิตของคู่สมรสทำให้ต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมากถูกทอดทิ้ง ให้เลี้ยงดูหลานที่พ่อแม่ไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ต้องรับผิดชอบดูแลเด็กที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ในขณะที่ตนเอง ก็ต้องการการดูแลเช่นกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ซึมเศร้า ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุอยู่คนเดียวไม่มีบุตรหลาน หรือคู่สมรสอยู่ใกล้ชิด อาจรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีคุณค่า ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (สุนิสา คำชื่น, 2563) และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ของการเกิดโรค COVID-19 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ภายนอกที่อาจส่งผลกระทบซ้ำ กับปัญหาเดิมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ดังกล่าว และอาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุโดยตรงได้

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นโรคระบาดทั่วโลก (pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 โดยข้อมูล ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 228 ประเทศ จำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันทั่วโลก 664,111,274 คน เสียชีวิต 6,629,530 คน ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 4,702,330 คน และเสียชีวิต 33,106 คน (Worldometer, 2022) ซึ่งการระบาดของโรคอย่างเป็นวงกว้างไปทั่วโลกส่งผลกระทบทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ การท่องเที่ยว อุตสาหกรรม เกษตรกรรมและสังคม และผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย (Troutman-Jordan

& Kazemi, 2020) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุได้รับผลกระทบหลักสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ พบว่า รายได้หลักของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดใหญ่ ร้อยละ 22.0 มาจากการหารายได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 16.0 มาจากลูก และมีเพียงร้อยละ 4.0 เท่านั้นที่มีรายได้จากการออมหรือมีทรัพย์สินและได้รับบำนาญบำนาญ ผลกระทบรุนแรงขึ้นหากไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการอยู่อาศัย โดยเฉพาะในครัวเรือนที่ต้องพึ่งพารายได้ของลูก และถ้าลูกๆ ของพ่อแม่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะตกงานจะทำให้เกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจมากขึ้น (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2564) นอกจากนี้ พบว่า 1 ใน 3 วางงานเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.9 เป็น ร้อยละ 6.6 ซึ่งกลุ่มที่ตกงานมากที่สุดคือกลุ่มรับจ้างทั่วไปและไม่มีงานไม่ประจำ (กรมสุขภาพจิต, 2564) ด้านสังคม พบว่า มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ร้อยละ 70.1-91.8 เช่น การซื้อข้าวของเครื่องใช้ การจ่ายตลาด การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย นอกจากนี้มาตรการปิดสถานดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสร้างภาระการดูแลให้แก่ครอบครัว (ยศ วัชรคุปต์ และสมชัย จิตสุชน, 2564) และด้านสุขภาพ ได้รับผลกระทบทั้งทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งด้านสุขภาพกายนั้น ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.6-13.2 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 14.8-19.0 ส่วนด้านสุขภาพจิตได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก โดยพบว่า ร้อยละ 20.0 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 เพราะไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ วิตกกังวล ไม่อยากอาหาร เหน็ดเหนื่อย ไม่มีความสุข โดยเฉพาะผู้ที่โดดเดี่ยวหรือเสื่อมถอยทางสติปัญญาจะเกิดความวิตกกังวล โกรธเคือง เครียด กระสับกระส่าย เกิดภาวะถอนจากการดื่มสุราขณะกักกัน (World Health Organization, 2020) และประมาณ ร้อยละ 20.0 ของผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือการใช้สารเสพติด (Administration for Community Living, 2020) มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (American Foundation for Suicide Prevention, 2020) นอกจากนี้จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า โรค COVID-19 ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมากทั้งต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อโดยตรงและกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เครียด และวิตกกังวล (กรมสุขภาพจิต, 2564) จากผลการศึกษาของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย (2563) พบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการในช่วงสถานการณ์การระบาด โดย ร้อยละ 57.2 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 47.3 ไม่อยากอาหาร ร้อยละ 25.0 รู้สึกเหงา และ ร้อยละ 23.3 ไม่มีความสุข โดยเรื่องที่วิตกกังวลมากที่สุด 3 อันดับ คือ การเงินทั้งของตนเองและครอบครัว ร้อยละ 41.0 กลัวว่าตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อ ร้อยละ 28.0 และสุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากการติดต่อกับแพทย์ ร้อยละ 18.0 และมีจำนวน 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่มีวิธีการรับมือกับความทุกข์หรือจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองแต่อย่างใด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2564)

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ซึ่งสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (2558) ได้สรุปปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไว้จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเครียด เป็นการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมรับมือต่อสิ่งกระตุ้นที่คุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดเครียดโกรธง่าย เบื่อหน่ายชีวิต ไม่อยากพบใครหรือพูดคุยกับใคร ขาดความ

กระตือรือร้นไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยสนใจ 2) ด้านความวิตกกังวล โดยผู้สูงอายุ จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง กังวลที่ต้องพึ่งพาลูกหลาน เกิดความกลัวในหลายๆด้าน เช่น กลัวไม่มีคนเคารพนับถือ ถูกทอดทิ้ง ถูกทำร้าย และกลัวตาย จนแสดงอาการออกทางกาย เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรง แขนงอหักงอไม่ออก อาหารไม่ย่อย 3) ด้านความรู้สึกไม่มีคุณค่า ผู้สูงอายุจะมีความภาคภูมิใจในตัวเองลดลงที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และสติปัญญา รู้สึกน้อยใจไม่สามารถสร้างกำลังใจ สูญเสียภาพลักษณ์ต่อตนเอง 4) ด้านภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ แยกตัวเอง หมดความกระตือรือร้น รู้สึกสิ้นหวังไร้ค่าเป็นภาระต่อคนอื่น คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย 5) ด้านกลุ่มอาการโรคจิต ซึ่งโรคจิตที่พบบ่อย เช่น การหลงผิดชนิดหวาดระแวง ประสาทหลอน ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และ 6) มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการทำงานและการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากผลกระทบต่อนิสัยจิตที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นการสร้างแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 จึงเป็นภารกิจที่สำคัญของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID- 19

สุขภาพจิตเป็นภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่บุคคลได้ตระหนักถึงความสามารถของตนเองที่จะรับมือกับความเครียดตามปกติของชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความสุขทางจิตใจที่สามารถปรับตัวได้ต่อการเปลี่ยนแปลงและปัญหาในชีวิต โดยไม่เกิดความขัดแย้งภายในใจของตนเอง แสดงออกทางความคิดที่มีเหตุผล มีอารมณ์พฤติกรรมเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ช่วยเหลือชุมชนของตนและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ (ทศา ชัยวรรณวรรต, 2560) โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะการส่งเสริมสุขภาพเป็นการใช้สมรรถนะทางสุขภาพสูงสุดของการมีสุขภาพดีเป็นต้นทุนในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขตลอดไป นับเป็นการดูแลสุขภาพระดับแรก ที่รวมถึงกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับปรุงและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เป็นการพัฒนากลยุทธ์ระดับบุคคล กลุ่ม สถาบัน ชุมชน และเชิงระบบเพื่อพัฒนาความรู้ เจตคติ ทักษะ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ (The University of Georgia, 2021) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพทางสังคมจิตใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจมีทักษะในการดูแลตนเอง อยู่ในครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งชุมชนดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนและประชาชนมีศักยภาพในการดูแลจิตใจตนเอง (ศุพรา เอื้ออภิสถิธิวงศ์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2560)

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเปรียบเหมือนแนวทางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) ของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง จะทำให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยง ของภาวะคุกคามความรุนแรงจากโรค การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุจากผลกระทบของสถานการณ์โรค COVID-19 จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี โดยอาศัยความตระหนักความร่วมมือจากผู้สูงอายุเอง บุคคลรอบข้าง และชุมชนที่จะร่วมปฏิบัติดูแลรับผิดชอบซึ่งกันและกัน

(Özdil, Bulucu Büyüksoy, & Çatiker, 2021) เพื่อให้เกิดคุณค่าศักดิ์ศรี การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างมีความสุข แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับบุคคล

ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ผู้สูงอายุสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 4 แนวทางสำคัญ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น 2) การลดและหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ 3) การสร้างความสุข 5 มิติ และ 4) การยึดหลักศาสนา โดยมีรายละเอียดที่สำคัญในแต่ละด้านดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น เป็นการสร้างความเข้มแข็งที่เป็นต้นทุนสำคัญของชีวิตที่ปฏิบัติควบคู่กับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 โดยส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคม โดยในด้านร่างกาย ผู้สูงอายุควรรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยรับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งระมัดระวังการเจ็บป่วยอื่นๆ อุบัติเหตุ และตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย และป้องกันโรคในเบื้องต้น ให้ความสำคัญกับการกระตุ้นตนเองให้สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ไม่ปล่อยใหตนเองอยู่ว่าง และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในช่วงที่มีการควบคุมการระบาดของโรค ส่วนด้านจิตใจและอารมณ์ ควรตระหนักและระมัดระวังอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เช่น อารมณ์โกรธ หงุดหงิด ฉุนเฉียว น้อยใจ ที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ ให้รู้จักโอนอ่อนผ่อนตามความคิดเห็นของบุตรหลานหรือผู้ที่ตนอยู่ด้วย มองชีวิตตนเองในทางที่ดี ภูมิใจในตนเองที่เป็นที่พึ่งพิงแก่ลูกหลานได้ ให้รับรู้และยอมรับความจริงของชีวิตว่ามีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมดา หากพบกับเหตุการณ์กรณีพิพาทในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือคนใกล้ชิด มีการติดเชื่อหรือต้องเสียชีวิตจากสถานการณ์ และด้านสังคม ควรทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวตามเหมาะสม เพื่อส่งเสริมความรัก ความเข้าใจและสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และหาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชนตามความถนัดและความสนใจ เช่น พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ หรือพูดคุยปรึกษาหารือ ความไม่สบายใจที่อาจเกิดจากสถานการณ์

2. การลดและหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ (สุดา วงศ์สวัสดิ์, 2563) เป็นการหยุดรับข่าวสารจากสถานการณ์ โดยจำกัดการรับข้อมูลวันละ 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะวิตกกังวลจากการรับข่าวสารที่มากเกินไป พร้อมทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เพลิดเพลินตามสิ่งที่ชอบ ปล่อยสมองให้ปลอดโปร่ง และพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอเพื่อทำให้ตนเองมีความสุข รวมทั้งพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ เช่น ครอบครัว ลูกหลาน ญาติๆ เพื่อนๆ เพื่อระบายความรู้สึกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และควรปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อเกิดความวิตกกังวล กลัว หรือหมกมุ่นแต่เรื่องสถานการณ์ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น

3. การสร้างความสุข 5 มิติ ผู้สูงอายุสามารถนำแนวทางเรื่องความสุข 5 มิติ มาปฏิบัติเพื่อสร้างความสุข และส่งเสริมสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2558) ประกอบด้วย สุขสบาย (health) ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่คล่องแคล่ว ตอบสนองความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ฝึกกายบริหารการเคลื่อนไหวทุกข้อต่อของร่างกายประจำวัน ละ 15-30 นาที เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยป้องกันโรค

และลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากโรค สุขสนุก (recreation) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนานด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใสกระปรี้กระเปร่า ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรม นันทนาการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างความสดชื่นมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์ ร่วมเล่นกีฬาดนตรีศิลปะหรืองานอดิเรกที่ชอบ เพื่อลดผลกระทบต่อนปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากสถานการณ์ สุขสง่า (integrity) เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตรากฐานใจเชื่อมั่นยอมรับนับถือให้กำลังใจตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอื้อเฟื้อแบ่งปัน ได้แก่ ช่วยเหลือตนเองในเรื่องง่ายๆ เพื่อไม่ให้เป็นการระคนอื่น เช่น กิจวัตรประจำวัน งานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ช่วยให้สูงอายุยืนหยัดที่จะพึ่งพาตนเองได้มากยิ่งขึ้นเมื่อมีผลกระทบจากสถานการณ์ สุขสว่าง (cognition) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผน และการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ฝึกเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยรู้มาก่อน ทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ได้ง่ายยิ่งขึ้น และสุขสงบ (peacefulness) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้เข้าใจความรู้สึกตนเอง รู้จักควบคุมและจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลาย ปรับตัวและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ได้แก่ ฝึกผ่อนคลายต่างๆ เช่น ฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ เมื่อรู้สึกเครียดหงุดหงิดโกรธหรือไม่สบายใจจากสถานการณ์

4. การยึดหลักศาสนา ศาสนาถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจของผู้สูงอายุที่สำคัญ ผู้สูงอายุสามารถนำหลักศาสนา มาพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดของโรคได้ มีแนวทางของศาสนาที่สำคัญที่ผู้สูงอายุนับถือ เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ แนวทางหลักทางพุทธจริยศาสตร์ หลักทางศาสนาอิสลาม และหลักของศาสนาคริสต์ ซึ่งการใช้หลักทางพุทธจริยศาสตร์ ปาริชาติ แฉวนไวยศาสตร์ (2563) กล่าวว่า หลักของศาสนาพุทธ เป็นหลักพื้นฐานที่จำเป็นในการพัฒนา และส่งเสริมสุขภาพจิต โดยดูแลพฤติกรรมที่ดีไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ตามคำกล่าวที่ว่าจิตใจที่แจ่มใสย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ ผู้สูงอายุควรร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์ และจิตใจที่เป็นสุข เพื่อช่วยให้จิตใจสดชื่นแจ่มใส มีความเข้มแข็งและมั่นคงทางอารมณ์ ยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง อยู่ร่วมกับคนอื่น และทำกิจกรรมนอกบ้าน อย่างมีความสุข เป็นผู้ฟังที่ดีพร้อมเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์จากประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อม ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ และที่สำคัญให้ใช้วิจารณ์ญาณเข้าใจสถานการณ์โรค COVID-19 ตามความเป็นจริง ฝึกให้มีสติ มองโลกในแง่ดี มีจุดมุ่งหมาย มีความพอใจในชีวิต ลดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสติ เข้มแข็ง มีพลังใจในการ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข เข้าใจหลักของไตรลักษณ์ที่ไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้แน่นอนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ จึงควรใช้ความคิดพิจารณาอย่างถ่วงถ่วงถึงสังขารของชีวิตว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา ส่วนการใช้หลักทางศาสนาอิสลาม สมาคมจันทร์เสี้ยวและสาธารณสุข (2552) เสนอแนะแนวทางโดยผู้สูงอายุควรใช้หลักปฏิบัติ คือ การนึกถึงอัลลอฮ์ การขอพร การละหมาด การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การทำความดี การมอบหมายต่ออัลลอฮ์ การคิดถึง ความโปรดปรานจากอัลลอฮ์ การระงับความโกรธ การให้อภัย การสร้างกำลังใจด้วยตนเองหรือจากญาติพี่น้องมิตรสหาย การขออุมมัลฮัจญ์หรือการขออุมมัลฮัจญ์ การขออุมมัลฮัจญ์ (เตาบัต) และการใช้คำสอนในการบำบัดฟื้นฟูจิตใจ ส่วนผู้สูงอายุที่เป็น คริสต์ศาสนิกชนควรใช้หลักทางศาสนาคริสต์ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามแนวทางที่ว่า พระเป็นเจ้าให้ชีวิตต้องรักษากาย แข็งแรง ให้จิตดีมีสุข ให้สังคมดีโดยการพบเพื่อน และให้จิตวิญญาณดีมีพลัง (วนิดา ศรีวรกุล, รัชนิกรณ ทรัพย์กรานนท์, พรชัย จุลมัตต์, และอำนาจ ยุ่นประยงค์, 2557)

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับบุคคล ผู้สูงอายุควรส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม การลดและหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ การสร้างความสุข 5 มิติ และการยึดหลักศาสนาตามที่ตนเองนับถือ

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับครอบครัว

กรมสุขภาพจิตได้แนะนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับครอบครัวโดยเสนอแนะให้ใช้หลักการ ของกรมสุขภาพจิตจำนวน 5 ขั้นตอน (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2563) ประกอบด้วย การสังเกต การใส่ใจรับฟัง การสื่อสารชัดเจน การชวนทำกิจกรรม และการพาไปพบแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสังเกต การสังเกตเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลในครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรให้ความใส่ใจและเฝ้าระวัง โดยสังเกตผู้สูงอายุ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย โดยควรสังเกตผู้สูงอายุว่ามีอาการที่สัมพันธ์กับอาการของ COVID-19 หรือไม่ ควรสอบถามถึง อาการต่างๆ ได้แก่ อาการไอจาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ปวดหัว มีไข้ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ระยะเวลาที่มีอาการ และวิธีการดูแลตนเองเบื้องต้น ซึ่งการสังเกตอาการได้เร็วจะทำให้สามารถช่วยเหลือหรือส่งต่อเพื่อการรักษาได้ทันเวลาที่ การสังเกต 2) ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม โดยสังเกตว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลหรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างไร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือมีภาวะสมองเสื่อม อาจแสดงความวิตกกังวลเมื่อต้องกักตัวอยู่แต่ในบ้าน ผู้ดูแลจึงควรประเมินอาการสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ได้แก่ เครียดวิตกกังวล รู้สึกกลัวตาย หงุดหงิด เบื่อหน่าย น้อยใจ โดดเดี่ยว ซึมเศร้า โกรธ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ไม่ฟังใคร นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง รู้สึกไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจทำในสิ่งที่ชอบ พังพาสรา บุหรี่ ยาอื่นๆ และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ แยกตัวจากครอบครัว ไม่พูดกับใคร มีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะหากผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ความรู้สึกทางลบ รวมทั้งมีการพักผ่อน การนอนหลับไม่เพียงพอ และมีภาวะขาดสารอาหาร จะส่งผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และการสังเกต 3) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย โดยประเมินว่าผู้สูงอายุมีความสนใจสิ่งแวดล้อมเพียงใด เช่น สอบถามถึงกิจวัตรประจำวัน การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 การจัดการกับเครื่องนอนต่างๆ เช่น หมอน มุ้ง ผ้าห่ม การจัดให้แสงแดดส่องถึงบริเวณบ้านเพื่อให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2. การใส่ใจรับฟัง เมื่อผู้สูงอายุแสดงความวิตกกังวล ซึ่งครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถช่วยผ่อนคลายอารมณ์หรือความวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้ ด้วยการรับฟังสิ่งที่ผู้สูงอายุพูดหรือบ่น แสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุกังวล และที่สำคัญควรพูดให้กำลังใจ และชื่นชมเมื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำ ควรรับฟังผู้สูงอายุอย่างตั้งใจ ติดตามเนื้อหาคำพูด ไม่เปลี่ยนเรื่องพูดหรือตัดบท ถ้าผู้สูงอายุพูดไม่ตรงประเด็น ให้ดึงเข้ามาในประเด็นด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไม่แสดงความโกรธหรือใช้น้ำเสียงที่แสดงถึงความหงุดหงิด หรือใช้เสียงดัง ซึ่งการรับฟังให้กำลังใจช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความกังวล

3. การสื่อสารชัดเจน ผู้ดูแลหรือ อสม.ควรสื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยคำพูดที่ง่ายๆ ประโยคไม่ซับซ้อน มีความชัดเจนเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 โดยอาจต้องพูดซ้ำๆ หลายรอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจ ควรพูดคุยอย่างใจเย็นและอดทน การอธิบายด้วยภาพและทำให้อุปกรณ์เป็นตัวอย่าง เช่น การล้างมือที่ถูกวิธีจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น โดยสามารถใช้หลักการเสริมสร้างการสื่อสารที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ทำได้โดยการชวนผู้สูงอายุพูดคุย ระบายความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับการระบาดของโควิด-19 และการรักษาระยะห่างทางสังคม

ให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว และความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสารด้านอารมณ์พฤติกรรม ควรชวนพูดคุยถึงกิจกรรมที่ทำขณะอยู่บ้าน เช่น งานที่สนใจ งานที่ถนัด ทำกิจกรรมสร้างความสุข ความเพลิดเพลิน เช่น การฟังเพลง ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ทำสวน ปลูกต้นไม้ งานฝีมือ ใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง หากิจกรรมที่ผ่อนคลายชวนคิดถึงข้อดีของความจำเป็นที่ต้องอยู่บ้าน เช่น โอกาสในการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว การจัดบ้านใหม่ หรือซ่อมแซมของใช้ ให้ชื่นชมในกรณีที่มีความคิดทางบวก และการเสริมสร้างการสื่อสารด้านสังคม โดยการรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านทางโทรศัพท์หรือโซเชียลมีเดีย หลีกเลี่ยงกิจกรรมการรวมกลุ่มและกิจกรรมสาธารณะอื่นๆ ที่ไม่จำเป็น ดูแลประสานการรับยาตามนัด หรือการได้รับคำแนะนำเรื่องโรคจากแพทย์ พยาบาล ผ่านการโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล ในกรณีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ช่วยเหลือด้านความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การประกอบกิจวัตรต่างๆ ที่จำเป็นในบ้าน การอาสาทำธุระนอกบ้านตามความเหมาะสม การประสานงานให้หน่วยงานอื่นๆ เข้ามาช่วยเหลือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการซื้อของออนไลน์หรืออาสาสมัครซื้อของให้ผู้สูงอายุ

4. การชวนทำกิจกรรม ผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถผ่อนคลายความเครียดให้ผู้สูงอายุในช่วงที่ต้องอยู่บ้านเพื่อลดการระบาดของโรคได้ โดยทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ มีความถนัดหรือมีความภูมิใจ เช่น ชวนเดินออกกำลังกายในบริเวณบ้าน ชวนทำอาหาร เปิดเพลงฟัง ชวนร้องเพลงหรือสวดมนต์ร่วมกัน เป็นต้น หากผู้สูงอายุต้องออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านต้องป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การใช้เจลล้างมือ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนพลุกพล่าน และเว้นห่างผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร นอกจากนี้ การ์ดิเนอร์, เกลเดนฮุยส์ และกอตต์ (Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2018) เสนอแนวทางที่ครอบครัวสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนการบำบัดทางจิต การดูแลด้านสุขภาพ การผูกมิตร การบำบัดด้วยสัตว์เลี้ยง กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจและการพัฒนาทักษะ รวมถึงการจัดกิจกรรมประชุมทางไกลผ่านจอภาพ (video conference) ระหว่างญาติและผู้ป่วย สามารถลดปัญหาความโดดเดี่ยว ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Berg-Weger & Morley, 2020)

5. การพาไปพบแพทย์ กรณีที่พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยไม่สบาย มีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรค COVID-19 มีความวิตกกังวลมากกว่าปกติ เช่น เครียดมาก มีอาการซึมเศร้า หมกมุ่นแต่เรื่องการระบาด มีความคิดเชิงลบเกือบตลอดเวลา ผู้ดูแลหรือสม. ควรพาผู้สูงอายุไปตรวจหรือรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรืออาจโทรปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ก่อนเพื่อทราบถึงแนวทางการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ดังนั้นในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ผู้ดูแลหรือสม.สามารถส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ การใส่ใจรับฟัง สื่อสารให้ชัดเจน ชวนผู้สูงอายุทำกิจกรรม และพาไปพบแพทย์กรณีที่มีอาการผิดปกติด้านจิตใจ ซึ่งการมีแนวทางส่งเสริมที่หลากหลายตามความชอบและสนใจ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นไปได้ด้วยดี

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับชุมชน เป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐบาล เอกชน ประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน รวมถึงองค์กรทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ให้มีศักยภาพ มีความรู้ และเจตคติที่ถูกต้องด้านพฤติกรรมสุขภาพในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้มีความพอเพียง

และเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์โรค COVID-19 ประกอบด้วย 4 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ 1) ชุมชนร่วมใจกันใส่ใจ 2) การใช้วัคซีนชุมชน 3) การใช้เทคนิคทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และ 4) การจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพโดยชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ชุมชนร่วมใจกันใส่ใจ ภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญในการดูแลใส่ใจผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูเครือข่ายชุมชนที่มีอยู่ รักษาสัมพันธภาพ ส่งเสริมความสามัคคีเพื่อการอยู่ร่วมกันในทางสังคม และการอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุ (Nabarro, 2020) นอกจากนี้ชุมชนควรชวนพูดคุย ใส่ใจซักถามผู้สูงอายุ และครอบครัว เกี่ยวกับความเป็นอยู่หรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงการสอบถามจากเพื่อนของผู้สูงอายุหรือเพื่อนบ้าน การให้กำลังใจ ชื่นชม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมผ่อนคลายต่างๆ ตามบริบทของชุมชน เช่น ออกกำลังกายหรือเข้าร่วมกิจกรรมคลายความเครียดที่เหมาะสมที่ชุมชนจัดให้ การช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจจากสถานการณ์ของโรค ควรรับให้ความช่วยเหลือทันที การติดต่อหน่วยงานท้องถิ่นที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลงทะเบียนช่วยเหลือดูแลให้เหมาะสมตามความจำเป็น เช่น การบริการรถรับส่งเพื่อฉีดวัคซีน COVID-19 การส่งต่อโรงพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การจัดบริการรับส่งยาจากโรงพยาบาลกรณีไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น กรณีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ข้อมูลหรือประสานความช่วยเหลือ เช่น หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ด้วยการโทรสายด่วนกรมควบคุมโรค 1422 หรือ ช่องทาง line official “ไทยรัฐสู้โควิด” การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โทรสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านควรให้ข้อมูลสถานการณ์โรค มาตรการ และแนวทางต่างๆ ด้วยการโทรสายด่วนรัฐบาล 1111 หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นผู้ประสานงานการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคม ตลอดจนโรงพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้านการรักษาและวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2563)

2. การใช้วัคซีนชุมชน กรมสุขภาพจิตได้นำเสนอรูปแบบการใช้วัคซีนชุมชนตามหลักการ 4 สร้าง 2 ใช้ (กรมสุขภาพจิต, 2563b) โดยหลักการ 4 สร้าง ประกอบด้วย 1) การสร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย (safe) ด้วยการสร้างมาตรการป้องกันและสร้างความปลอดภัยในชุมชน เช่น การเว้นระยะห่าง จัดพื้นที่สาธารณะให้สะอาดและปลอดภัย การคัดกรองและกักตัว การงดจัดงานสังสรรค์รวมกลุ่มหรือพิธีกรรมทางศาสนา การใส่หน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน การบริการจุดล้างมือ เจลแอลกอฮอล์ หรือตรวจวัดไข้ รวมถึงการสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลป้องกันตัวเอง ครอบครัวและผู้อื่น พื้นที่เสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยง สถานบริการที่สามารถให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัยทางสุขภาพ 2) การสร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ (calm) เป็นการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจนสม่ำเสมอ เช่น สื่อสารข้อมูลการระบาดที่ตรงกันกับของกระทรวงสาธารณสุข มีความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลแก่คนในชุมชน เช่น การสื่อสารผ่านวิทยุชุมชน เป็นเวลาเดิมในทุกๆวัน สื่อสารข้อมูลการระบาดในเชิงความเสี่ยงและความปลอดภัยมากกว่าความร้ายแรงของโรค มีช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม เช่น สื่อสารผ่านผู้นำ อสม. วิทยุชุมชน หอกระจายเสียง หรือเอกสารแผ่นพับ และ

ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การผ่อนคลายความเครียดและความกังวล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. หรืออาสาสมัครอื่นๆ เยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำคนที่ถูกกักตัวหรือคนที่เป็ญาติของผู้ป่วย เผยแพร่เอกสารความรู้ต่างๆ โดยแจกตามบ้านหรือติดประกาศในพื้นที่ๆคนในชุมชนสามารถเข้าไปเรียนรู้ได้ วิทยุชุมชนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป หรือสื่อสารผ่านช่องทางของชุมชนเอง 3) การสร้างชุมชนที่รู้สึกมีความหวัง (hope) เป็นการฟื้นฟูโครงสร้างพื้นฐานและบริการในชุมชนให้กลับมาปกติภายใต้ความปลอดภัย ปรับบริการในชุมชนให้เหมาะสมกับความปลอดภัย แต่ยังคงวิถีชีวิตของคนในชุมชน การจัดให้มีสวัสดิการ สร้างรายได้ให้กับผู้ได้รับผลกระทบ เช่น มีกองทุนหมู่บ้านหรือขอความร่วมมือกับธนาคาร อนุมัติกู้ยืมเงินสำหรับผู้ได้รับผลกระทบหรือพักการชำระหนี้ ส่งเสริมการสร้างรายได้ให้กับผู้ได้รับผลกระทบ เช่น การจัดทำหน้ากากอนามัย ทำเจลล้างมือ ขายในชุมชน และการแบ่งปันประสบการณ์สร้างความหวัง เช่น นำผู้ป่วยที่หายป่วยมาบอกเล่าประสบการณ์ และแสดงให้เห็นการฟื้นฟูทั้งร่างกายและความเป็นอยู่ ผู้นำชุมชนกระตุ้นให้คนตั้งเป้าหมาย หาจุดแข็งในตัวเองเพื่อฝ่าฟันวิกฤต รวมถึงจัดกิจกรรมขึ้นชมผู้ที่มีความสามารถและทำงานเพื่อครอบครัวและชุมชน 4) การสร้างชุมชนที่เข้าใจ เห็นใจและให้ออกาส (destigmatization) มีความสำคัญค่อนข้างมาก เนื่องจากการสร้างความเข้าใจ ความเห็นใจและปราศจากอคติ ไม่ตั้งตำรังเกียจ เช่น ชุมชนสื่อสารให้ความเชื่อมั่น ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลและการป้องกัน สร้างความเข้าใจให้กับคนในชุมชน ให้มีความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยที่หายแล้วให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติ ให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจในการดูแลตัวเอง รวมทั้งการให้ออกาสผู้ที่หายป่วยกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น ชุมชนให้ออกาสผู้ที่หายป่วยหรือพ้นจากระยะกักตัวแล้วกลับมาใช้ชีวิตปกติในการช่วยเหลือ สามารถสื่อสารให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน

หลักการ 2 ใช้ในชุมชน ประกอบด้วย 1) การใช้ศักยภาพชุมชน (efficacy) และ 2) การใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน (connectedness) โดยการใช้ศักยภาพชุมชนเป็นการร่วมกันจัดทำแผนเพื่อช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ระดมทรัพยากรสร้างเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชน เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรช่วยเหลือคนในชุมชนให้สามารถทำงานได้ ทหารายได้สวัสดิการต่างๆ เช่น อาหารกลางวัน สบู่ หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า และจัดระบบจิตอาสาในชุมชนตามบริบทของชุมชนเพื่อช่วยเหลือประชาชนในชุมชน เช่น ทำเจลล้างมือ ผลิตหน้ากากผ้า หรือทำอาหาร และแนวทางการใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน การมีผู้นำที่เข้มแข็งสื่อสารและให้กำลังใจคนในชุมชน จัดให้มีปราชญ์ชาวบ้านแกนนำหรือจิตอาสาเข้ามามีบทบาทให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่คนในชุมชน พร้อมด้วยครอบครัวดูแลเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน รวมถึงการมีเพื่อนบ้านช่วยดูแลกัน และไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง

3. การใช้เทคนิคทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยชุมชนสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า เช่น ชุมชนขอคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรง ชวนให้เล่าเรื่องหรือเหตุการณ์ประทับใจที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การปฏิบัติตัวตามแนวทางหรือมาตรการเมื่อติดเชื้อ โดยรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ มีคุณค่า การระมัดระวังคำพูดหรือการแสดงออก โดยให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก เช่น เชิญชวนให้ร่วมเป็นผู้นำในกิจกรรมต่างๆ หากได้รับเชื้อโรค COVID-19 ควรให้คำแนะนำและไม่แสดงท่าทีรังเกียจ การอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กับญาติและเพื่อนตามความเหมาะสม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ที่ตนเองสนใจในชุมชน อาจบริการรับส่งหรือไปเป็นเพื่อน โดยพาไปเยี่ยมสถานที่ศูนย์รวมของผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นครั้งคราว โดยยังคงปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคที่ชุมชนกำหนดไว้ และที่สำคัญควรให้อภัยผู้สูงอายุ และไม่ควรตำหนิหรือซ้ำเติมผู้สูงอายุในกรณีที่เกิดความหลงลืม หรือพลั้งเผลอจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

4. การจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพในชุมชน ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพในชุมชนซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผ่านการออกแบบเพื่อตอบสนองวิถีชีวิตและความต้องการของคนในชุมชน เช่น คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หรือสถาบันการศึกษาที่มีชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ง่ายและสะดวก เป็นโปรแกรมที่ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุโดยตรง ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ เช่น การนวดไทยเพื่อผ่อนคลาย การฝึกยืดเหยียดร่างกายโดยใช้ผ้ายืดเหยียดหรือไม้พลอง รำมวยจีน โยคะ หรือกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อลดการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข โปรแกรมสุขภาพนี้สามารถดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่หรือคนในชุมชนที่ผ่านการอบรม โดยสามารถให้บริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐาน หรือศูนย์รวมการออกกำลังกายของคนในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลกับสถานการณ์หรือการใช้วิถีชีวิตแบบใหม่ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 (แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และพัชรี แวงวรรณ, 2564; วรวิทย์ ชมภูพาน และคณะ, 2564) นอกจากนี้ ยังมีวิธีการอื่นที่สำคัญที่สามารถนำมาใช้ได้ โดยในประเทศอินเดียมีโปรแกรมเชิงประจักษ์ 5 กิจกรรมที่ชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยสร้างความมั่นใจและหลีกเลี่ยงข่าวลือ เพื่อลดอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจขยายไปเป็นความกลัวและความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง การใช้ประโยชน์จากการบำบัด เช่น บำบัดด้วยยา โยคะ การผ่อนคลาย สติบำบัด และการบำบัดอื่นๆ เพื่อสงบสติอารมณ์ การส่งเสริมความรู้สึกที่สามารถควบคุมตนเอง (sense of control) และความรู้สึกที่ตนเองสามารถทำได้ (self of efficacy) เพื่อให้เกิดผลเชิงบวกผ่านความคิดอารมณ์และการกระทำ การส่งเสริมความผูกพันกับประชาชนกลุ่มอื่นๆเพื่อสร้างความรักความมั่นคงปลอดภัย การช่วยเหลือกัน และการสร้างความหวังให้กับผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตในปัจจุบันและอนาคต (Girdhar, Srivastava, & Sethi, 2020)

จากที่ได้กล่าวในรายละเอียดของเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID- 19 สามารถสรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID- 19 ดังแผนภาพ ที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID- 19

การเปลี่ยนแปลงในเชิงสรีรวิทยาของผู้สูงอายุโดยทั่วไปย่อมมีผลกระทบด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม แต่อาจเกิดผลกระทบมากยิ่งขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับ สถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่อาจได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้น การเตรียมพร้อมเพื่อการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการบูรณาการการดูแลทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อมั่นในครอบครัวและชุมชน เพื่อสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ปัญหาของโรค COVID-19 ไปได้ด้วยดี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและร่วมมือกันเพื่อดำเนินการในการช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2564). ความเสี่ยง และผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19. สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view>.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. (2563). บทสรุปผู้บริหารผลกระทบโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2564, จาก www.thailand.unfpa.org/th/covid.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม). กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอริส พลัส

- แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และพัชรี แวงวรรณ. (2564). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 19-36.
- ทศา ชัยวรรณวรรต. (2560). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 16-29.
- ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ. (2561). ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3) 5-9.
- ปาริชาติ แวนไวยศาสตร์. (2563). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์. *วารสารเวชสารการพยาบาล*, 22(2), 105-117.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2564). *สุขภาพกายจิตย่ำแย่วิกฤตที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในยุคโควิด 19*. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.thaitgri.org>.
- ยศ วัชรคุปต์และสมชัย จิตสุน. (2564). *ผลกระทบของโควิด 19 ต่อผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2564, จาก www.tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19-on-older-persons.
- วนิดา ศรีวรกุล, รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์, พรชัย จุลเมตต์, และอำนวยการ ยุ่นประยงค์. (2557). ประสบการณ์การปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุคาทอลิก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 41(ฉบับพิเศษเดือนพฤศจิกายน), 169-179.
- วรุณี ชมภูพานและคณะ. (2564). ผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิตใหม่ใน สถานการณ์การระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(1), 81-92.
- ศุทธา เอื้ออภิสถิธวงศ์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ (ผู้แปล). (2560). *การส่งเสริมสุขภาพจิต แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดวนิดาการพิมพ์.
- สมาคมจันทร์เสี้ยวและสาธารณสุข. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีจิตศาสนาอิสลามกับการเสริมสร้างสุขภาพ: สุขภาพจิต*. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564: บทสรุปผู้บริหาร*. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565, จาก <https://www.nso.go.th>.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2558). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ* (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุดา วงศ์สวัสดิ์. (บ.ก.). (2563). *องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาด โควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย”*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนิสา คำชื่นสุนิสา คำชื่น, หลุทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรานทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 151-163.

- Administration for Community Living. (2020). *National older adult mental health awareness : combating social isolation for seniors during the COVID -19 pandemic*. Retrived June, 28, 2021, from <https://acl.gov/news-and-events/announcements/>. American Foundation for Suicide Prevention. (2020). *COVID-19: We must care for older adults & mental health*. Retrived June, 26, 2021, from <https://www.afsp.org/story/covid-19->
- Berg-Weger, M. & Morley, J. E. (2020). Loneliness and social isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: implications for gerontological social work. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 24(5), 456-458.
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147-57.
- Girdhar, R., Srivastava, V., Sethi. S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1), 29-32.
- Nabarro, D. (2020). *Leaders speak out about their concerns regarding older people in the context of COVID-19*. Retrived November, 16, 2021, from <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/leaders-speak-out-older-people-covid-19>
- Özdil, K., Bulucu Büyüksoy, G. D., & Çatiker, A. (2021). Fatalism, fear, and compliance with preventive measures in COVID-19 pandemic: a structural equation modeling analysis. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 38(5), 770–780. <https://doi.org/10.1111/phn.12898>
- Sgarbieri, V. C. & Pacheco, M. T. B. (2017). Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Brazilian Journal of Food Technology*, 20(2), 1-23.
- The University of Georgia. (2021). *What is health promotion?*. Retrived February, 11, 2022, from <https://www.publichealth.uga.edu/departments/health-promotion-behavior>.
- Troutman-Jordan, M., & Kazemi, D. M. (2020). COVID-19's impact on the mental health of older adults: Increase in isolation, depression, and suicide risk. an urgent call for action. *Public Health Nursing*, 37(5), 637–638. <https://doi.org/10.1111/phn.12774>
- Worldometer. (2022). COVID-19 Coronavirus pandemic cases. Retrived November, 23, 2022, from <https://www.worldometers.info/coronavirus>.
- World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Retrived February, 28, 2022, from www.who.int/docs/default-source/coronavirus/mental-health-considerations.
- World Health Organization. (2022). *Aging*. Retrived November, 15, 2022, from <https://www.who.int/health-topics/ageing>.