



วารสารวิจัย การพยาบาลและสุขภาพ

Journal of Nursing and Health Research

E-ISSN 2773-9341

Journal online

ปีที่ 24 เล่ม 1 มกราคม - เมษายน 2566

Vol.24 Issue 1 : January-April 2023

วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ในฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 24 ฉบับที่ 1 ซึ่งวารสาร ฯ ฉบับนี้กองบรรณาธิการได้รวบรวมบทความวิจัยและบทความวิชาการรวมทั้งหมด จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิจัยในสาขาการพยาบาลทั้งในคลินิกและในชุมชน จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ 1) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท 2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก 3) ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอะวาสติน ต่ออาการปวด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ 4) การวิเคราะห์เรื่องเล่าการเป็นพ่อแม่ใหม่กับการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด บริบทจังหวัดแพร่หนึ่งในภาคเหนือตอนบน 5) ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนในวิทยาลัยพยาบาล 6) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน 7) ผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอมะนัง จังหวัดพะเยา 8) ความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาล และมีบทความวิชาการจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีและครอบครัว : กรณีศึกษา และ 2) บทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยในฉบับนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยเบาหวาน และเกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลที่ยังต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรูปแบบการวิจัยมีทั้งการวิจัยเชิงพรรณนา การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงทดลอง กองบรรณาธิการวารสารขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ช่วยพิจารณาบทความวิจัย/วิชาการดังกล่าว ทั้ง 10 เรื่อง ที่ทำให้ผลงานของผู้นิพนธ์ออกมาอย่างมีคุณภาพและเกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านสูงสุด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์จากการอ่านบทความที่ได้เผยแพร่ในวารสาร วิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ฉบับนี้ และติดตามผลงานของวารสารอย่างต่อเนื่องต่อไป

อรัญญา นามวงศ์ RN, PhD.

บรรณาธิการ

สารบัญ Content	หน้า page
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท Factors associated with health literacy among older people in a rural community รังสิมา โตสงวน, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ Rangsimat Tosanguan, Anon Wisutthananon	1-14
ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก The effectiveness of individual educational program on maternal role adaptation tuberculosis and risk chance of postpartum depression among primigravida mothers รัชนิกร สันติธรรม, รัตนภรณ์ ธนศิริจิรานนท์, จิราพร จินะใจ Ratchaneekorn Santitham, Rattanaporn Tanasirijiranont, Jiraporn Jinajai	15-30
ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอะวาสตินต่ออาการปวด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ The effectiveness of clinical nursing practice guideline (CNPg) for patients with diabetic retinopathy receiving intravitreal Avastin injection on pain, knowledge about practice, and satisfaction towards the use of the guideline สุดธิดา ยอดเมือง, ภารดี คุณาวิศรุต, Sudthida Yodmuang, Paradee Kunavisarut	31-44
การวิเคราะห์เรื่องเล่าการเป็นพ่อมือใหม่กับการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด บริบท จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน Analysis of first-time fatherhood narratives in relation to pregnancy, childbirth and postpartum care within the context of one province in the upper north region ปรีศนา นวลบุญเรือง, พีรพรรณ อภิวงศ์วาร, ภัทรพร จันทระเวทิน, อัญชลี คงอ้าย, ผ่องศรี จิตมโนวรรณ, พิษณุ อังคะนาวัน, กัญญาณัฐ สิทธิภา, ณัฐนิชา คำปาละ, ถาวร ล่อกา Prissana Naunboonruang, Peeraphan Apiwongwar, Pattaratorn Chantarawakin, Anchalee Kongai, Pongsri Jitmanowan, Pichata Oangkanawin, Kunyanut Sittipa, Nutnicha Kumpala, Thaworn Lorga	45-60
ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาล Health status, health behaviors, health literacy, and guidelines for health promotion for supporting staff in nursing college พิกุล อุดธิยา, ธาณี กล่อมใจ, ชุติพร ภูโสภา Pikul Audthiya, Thanee Glomjai, Chuleeporn Pusopa	61-78

สารบัญ Content	หน้า page
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน The relationship between perception and preventive health behaviors on the Coronavirus disease 2019 of diabetic mellitus patients in communities สุรเดช เมืองมา, ดอนนา ไชยสมบัติ Suradet Muangma, Donnapa Chaisombut	79-92
ผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา Effects of community participation theory-based home visit on quality of life and activities of daily living among home and bedbound elders in Mae Ka Subdistrict, Mueang District, Phayao Province เกหลั่น ประเสริฐติตพงษ์, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, ปรีศน์ ศรีกัน Kaehlun Praserttiitipong, Krittapat Fukfon, Pratsani Srikan	93-106
ความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาล Mental health literacy among junior high school students in schools under municipal jurisdiction สาวินี ยศสอน, วราภรณ์ บุญเชียง, พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ Savinee Yosson, Waraporn Boonchieng, Pimchanok Kueausukon	107-119
บทความปริทัศน์ (Review Article)	
การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีและครอบครัว: กรณีศึกษา Nursing care to promote breast cancer prevention in women and family : case study ภักชุดา บ่อคำเกิด, พัชรภรณ์ เจนใจวิทย์ Phakchuda Borkhamgerd, Patcharaporn Jenjaiwit	120-134
บทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน The role of community leaders and sustainable driving the quality of life among the elderly วิยะดา รัตนสุวรรณ, วรทยา กุลนิติชัย, วิมลทิพย์ พวงเข้ม Wiyada Ratanasuwan, Waratya Kulnitichai, Wimonthip Phuangkhem	135-146

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

รังสิมา โตสงวน, วท.ม.^{*1}อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในประชากรทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมตามวัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 265 ราย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 64.15 มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุและความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบทในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุและความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ชุมชนชนบท

วันที่รับ: 17 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 26 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับ: 1 มีนาคม 2566

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^{*} ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: rangsima.p@cmu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Factors associated with health literacy among older people in a rural community

Rangsima Tosanguan, M.Sc.^{*1}

Anon Wisutthananon, Ph.D.²

Abstract

Health literacy is a fundamental factor that impacts health status of all age groups of the population, in particular older people who are in a degenerative state. The purpose of this study was to study health literacy and the relationship between health literacy and demographic characteristics in older people. Samples were 265 persons aged 60 years and over residing in a rural community in Chiang Mai province. Data were collected from June to July 2019. The instruments used to collect data were the Demographic Data Recoding Form and the Geriatric Health Literacy Assessment Form. The content validity index of the Health Literacy Assessment Form approved by a six panel of experts was .98. The reliability of the instrument using Kuder-Richardson 20 showed a value of .79. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test. The results revealed that 64.15% of the older people had an overall health literacy score at a low level. The relationship between health literacy and the demographic characteristics showed that age and the adequacy of income were statistically significant related to health literacy ($p < .01$). Results of this study serve as basic information for healthcare providers who currently practice in a rural area. To promote health literacy among elderly, factors of age and the adequacy of income are especially considered.

Keywords: health literacy, older people, rural community

Received: Feb 17, 2023 Revised: Feb 26, 2023 Accepted: Mar 1, 2023

¹ Lecturer, Faculty of Nursing Chiangmai University.

^{*} Corresponding author E-mail: rangsima.p@cmu.ac.th

² Assistant Prof., Faculty of Nursing Chiangmai University.

บทนำ

ปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากพัฒนาการทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพ โดยอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 77 ปี สำหรับเพศหญิงเท่ากับ 80.5 ปี เพศชายเท่ากับ 73.5 ปี ส่วนอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี เท่ากับ 20.3 ปี เพศหญิงเท่ากับ 23.2 ปี เพศชายเท่ากับ 17.4 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) รวมถึงมีระบบการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้การดูแลสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 4 ต่อปี และในปี 2565 มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (United Nations World Population Ageing, 2020) และคาดว่า ในปี 2578 ประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) โดยจะมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

การเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของการเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการมีพฤติกรรมความเสี่ยงต่อสุขภาพ นำมาสู่การเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบว่า โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 17.7 โรคเกาต์ ร้อยละ 5.8 โรคหอบหืด ร้อยละ 4.8 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 3.9 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.9 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.2 ส่วนโรค และภาวะที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 39.8 โรคอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 38.4 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 (วิชัย เอกพลากร, 2564) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

ในการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค สิ่งสำคัญคือการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) (Edelman & Mandel, 2006; Smith et al., 2015) ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยความรอบรู้ทางสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ดังนั้นคุณลักษณะที่สำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากทุกแหล่งข้อมูล ความสามารถในการแยกแยะข้อมูลแต่ละแหล่งข้อมูล ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากแต่ละแหล่งข้อมูล และความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง (Nutbeam, 2008) หากบุคคลสามารถเข้าใจและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้อง สามารถตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์สุขภาพเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จะส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/functional health literacy) เป็นทักษะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ (communicative and interactive health literacy) เป็นทักษะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้

สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาพร้อมกับทักษะทางสังคมขั้นสูงในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้อยู่ในระดับที่ดีอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม มีหลายการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของ กิจปพน ศรีธานี (2560) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=28.72, SD=7.12) สอดคล้องกับการศึกษาของนัฐธิดา ดวงจันทร์ และคณะ (2565) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เช่นกัน (Mean=54.44, SD=17.46) การที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำหรือไม่เหมาะสม อาจจะมีสาเหตุจากข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมได้ ดังผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย ของ กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรรณิกاجر และดวงใจ ปันเจริญ (2565) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับปานกลาง และการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านดิจิทัลและความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทของประเทศไทยอินเดีย ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ (Rasekaba et al., 2022) ซึ่งการมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำหรือระดับที่ไม่เพียงพอนำมาซึ่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายประการ ทั้งผลกระทบด้านสุขภาพคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2561) อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต (AHRO, 2011; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011)

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพ ดังนั้น การที่บุคคลจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพจึงขึ้นกับหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย อายุ โดยอายุที่มากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบ เช่น ระบบประสาทที่ส่งผลให้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ด้านการมองเห็นและการได้ยิน ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและการทำความเข้าใจต่อข้อมูลได้ลดลง จึงทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ที่อายุเพิ่มมากขึ้นจะอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่อายุน้อย (Mark, 2009) ปัจจัยด้านการศึกษา มีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเช่นกัน ดังผลการศึกษาของ นัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างระดับการศึกษาและความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยระดับการศึกษาที่สูงจะช่วยให้บุคคลมีทักษะในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจได้ดีขึ้น จึงส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพดีขึ้น และมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา (2563) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ พบว่า เพศชายมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และปัจจัยด้านระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม พบว่า มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ปี และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

ผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ โดยมีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และมีรายได้เพียงพอมีความรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก หรือเป็นโสด และมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เนื่องจากการมีสถานภาพสมรสคู่ทำให้มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการมีรายได้ที่เพียงพอต่อรายจ่ายช่วยให้บุคคลได้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มากขึ้น (Ansari et al., 2016; นัชชา เรื่องเกียรติกุล, 2565)

ปัจจุบันมีการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุหลายวิธี เช่น การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสังคมออนไลน์ มีการพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ พัฒนาสื่อทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดียที่หลากหลาย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ จัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพที่คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตลอดจนการใช้กลวิธีให้สุศึกษาเพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุไทยยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อาจเป็นเพราะกลุ่มประชากรสูงอายุอาจเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเข้าถึงและรับข้อมูลข่าวสารได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น ด้วยข้อจำกัดจากความเสื่อมถอยด้านร่างกาย สติปัญญาและการรับรู้ และด้านสังคม มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพยังอยู่ในระดับไม่เพียงพอ รวมถึงความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพก็ยังมีข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพไม่เหมาะสม อีกทั้งยังมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทค่อนข้างน้อย ดังนั้น การศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เพื่อคงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่อธิบายความรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้ทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ซึ่งคุณลักษณะสำคัญของความรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่งข้อมูล ความสามารถในการแยกแยะข้อมูลระหว่างแต่ละแหล่งข้อมูล ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นความสามารถในการฟัง พูด อ่าน และเขียน 2) ความรู้ทางสุขภาพระดับสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะในการสกัดข้อมูลให้ความหมายข้อมูลจากการสื่อสาร และทักษะในการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และ

ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ข้อมูลอย่างมั่นใจ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะทางปัญญา และสังคมขั้นสูง คือความสามารถในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพจะสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ โดยอายุที่มากขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ ได้ลดลง ร่วมกับความสามารถในการสื่อสารที่บกพร่องจากข้อจำกัดด้านการมองเห็นและการได้ยิน ในด้านของระดับการศึกษา พบว่า ส่งผลโดยตรงต่อทักษะการอ่านเขียน วิเคราะห์และตัดสินใจ นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวบางโรคในผู้สูงอายุอาจมีผลต่อการลดลงของระดับสติปัญญาที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับทักษะทางสังคม พบว่า การมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เช่น การเป็นสมาชิกชมรม การมีแหล่งช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูล การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการวิจัยนี้จึงคาดว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่กำหนดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม
2. แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วยคุณลักษณะของความรอบรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข จำนวน 2 ข้อ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และการตัดสินใจทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน กรณีข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน และ ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบใช่ ให้ 0 คะแนน และ ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-35 คะแนน การแปลผลคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม โดยยึดเกณฑ์คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นความรอบรู้ทางสุขภาพระดับสูง ถ้าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 80 เป็นความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .98 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 (KR-20) ได้เท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุมัติเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 เลขที่โครงการ: 2562-030 รหัสโครงการ: 2562-FULL013 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบประเมินออนไลน์ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงสาธารณสุขอำเภอสารภี นายกเทศมนตรีตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
3. ผู้วิจัยชี้แจง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย วิธีใช้แบบประเมินออนไลน์เพื่อรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การแจ้งสิทธิในการยืนยันการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการให้ข้อมูลในโครงการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบประเมิน และการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
4. ผู้วิจัยและอสม. สํารวจรายชื่อผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปในบัญชีรายชื่อของเทศบาล และตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น คืออาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และสื่อสารภาษาไทยได้ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าว ให้ได้จำนวน 265 คน
5. ในวันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและอสม. พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อตัดสินใจยืนยัน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอม
6. ผู้วิจัยและอสม. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเรียงลำดับจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยและอสม. อ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุตอบโดยไม่มี การอธิบายเพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้ทางสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรู้ทางสุขภาพเนื่องจากข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเมื่อตรวจสอบการกระจายของ

ข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov smirnov test) แล้วพบข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 ราย นำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.91 เพศชาย ร้อยละ 35.09 อายุเฉลี่ย 67.68 ปี ($SD=7.04$) โดยมีอายุในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 69.06 รองลงมาคือ 70-79 ปี ร้อยละ 21.51 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.77 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 99.62 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 81.88 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.43 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 27.50 มีรายได้เพียงพอและไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 41.13 รองลงมา มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 38.87 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.38 และกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมมากที่สุด ร้อยละ 73.58

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.15 และมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.85 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 70.94 ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจทางสุขภาพ และด้านการอ่านและเข้าใจตัวเลขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.79, 87.17, และ 84.53 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ($n=265$)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ความรอบรู้ทางสุขภาพ	
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม	170 (64.15)	95 (35.85)
ความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้าน		
ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	188 (70.94)	77 (29.06)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	35 (13.21)	230 (86.79)
ด้านการตัดสินใจสุขภาพ	34 (12.83)	231 (87.17)
ด้านการอ่านและเข้าใจตัวเลข	41 (15.47)	224 (84.53)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเป็นสมาชิกชมรม และโรคประจำตัว และความรอบรู้ทางสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ($n=265$)

ปัจจัย	จำนวน	ความรอบรู้ทางสุขภาพ		p-value
		ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	93	53 (31.18)	40 (42.11)	.074
หญิง	172	117 (68.82)	55 (57.89)	
อายุ				
< 70 ปี	183	108 (63.53)	75 (78.95)	.009*
≥ 70 ปี	82	62 (36.47)	20 (21.05)	
สถานภาพสมรส				
โสด หม้าย หย่า/แยก	96	57 (33.53)	39 (41.05)	.222
คู่	169	113 (66.47)	56 (58.95)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	11	10 (5.88)	1 (1.05)	.079
ประถมศึกษา	217	140 (82.35)	77 (81.06)	
สูงกว่าประถมศึกษา	37	20 (11.77)	17 (17.89)	
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและมีเก็บ	103	80 (47.06)	23 (24.21)	.000*
เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ/ไม่เพียงพอ	162	90 (52.94)	72 (75.79)	
อาชีพปัจจุบัน				
เกษตรกร	94	57 (39.04)	37 (31.11)	.748
รับจ้าง	73	49 (33.56)	24 (20.17)	
ค้าขาย	28	12 (8.22)	16 (13.45)	
ไม่ทำงาน	70	28 (19.18)	42 (35.29)	
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม				
ไม่เป็น	195	129 (75.88)	66 (69.47)	.256
เป็น	70	41 (24.12)	29 (30.53)	
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	105	72 (42.35)	33 (34.74)	.224
มีโรคประจำตัว	160	98 (57.65)	62 (65.26)	

* $p<.01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีระดับความรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีถึงร้อยละ 70.94 อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีทักษะด้านสติปัญญาและทักษะด้านสังคมค่อนข้างต่ำ ทำให้เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้น้อย ทักษะในการฟัง พูด อ่าน และเขียน เช่น การอ่านฉลากยา หรือแผ่นพับด้านสุขภาพ การพูดสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ และทักษะในการทำความเข้าใจคำแนะนำด้านสุขภาพที่ได้รับน้อยลงนอกจากนี้ยังขาดทักษะการให้ความหมายข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงการสกัดข้อมูลที่จำเป็นและทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม รวมถึงการขาดทักษะการคิดวิเคราะห์ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เข้าถึงเพื่อการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้ นอกจากนี้อาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.03 ยังไม่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 73.58 ซึ่งในชมรมจะมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุขภาพเป็นประจำและต่อเนื่อง กิจกรรมเหล่านี้ เกิดจากความคิดริเริ่มจากผู้สูงอายุ เป็นการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงวัยอย่างแท้จริง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการรักษาสุขภาพตนเอง ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้ในกิจกรรมต่างๆสู่เพื่อนผู้สูงอายุด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยของ นัชชา เรื่องเกียรติกุล (2565) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำนวน 778 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 52.83 มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 4.88 และเกือบครึ่ง ร้อยละ 42.28 มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองในจังหวัดราชบุรีของเยาวลักษณ์ มีบุญมาก, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ และจิรยา อินทนา (2562) จำนวนกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง 240 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.3 มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพอใช้ ระดับปรับปรุง ร้อยละ 17.8 และระดับดี ร้อยละ 13.0 สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศอิหร่านรายงานว่าผู้สูงอายุในชนบท ร้อยละ 79 มีระดับความรู้ทางสุขภาพต่ำ (Ansari et al., 2016) ส่วนประเทศอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุทั้งเขตเมืองและชนบทเพียง ร้อยละ 3 ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีพอ (Kutner, Greenburg, Jin, & Paulsen, 2006) และในประเทศสวีเดนที่ศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งเขตเมืองและชนบทจำนวน 1,625 คน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 24.6 มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับมีปัญหา และร้อยละ 68.6 ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับเพียงพอ (Meier, Vilpertbc, Borrat-Bessonc, Joxde, & Maurer, 2022) ส่วนการศึกษาในประชากรที่อยู่ในชุมชนชนบทในประเทศอินโดนีเซียก็พบข้อมูลใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาคือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทความรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ (Nurjanah & Mubarakah, 2019)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพ

ส่วนปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผู้ที่อายุมากจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำหรือน้อย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นระดับสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive function) จะลดลง โดยเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองคือ การสูญเสียการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synapse) การทำงานของโครงข่ายประสาท (neural network) ซึ่งระดับสติปัญญาและการรับรู้เป็นตัวกำหนดทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจในการนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ (Murman, 2015) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด และประมาณ ร้อยละ 10 มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นการลดลงของระดับสติปัญญาและการรับรู้จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งการเรียนรู้ของบุคคลจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 40-50 ปี และจะลดลงมากขึ้นเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีแต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง (Sumalrot & Suksawai, 2015) นอกจากนั้นเมื่ออายุที่มากขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการมองเห็นและการได้ยินที่ลดลงซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการอ่าน การเขียน หรือการฟัง รวมถึงความสามารถในการสื่อสารที่ลดลง (Cavazzana et al., 2018) จึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และอาจจะด้วยสาเหตุของการลดลงของความสามารถด้านร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพลดลง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความรอบรู้ทางสุขภาพ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย และการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุประเทศอิหร่าน (Ansari et al., 2016) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความรอบรู้ทางสุขภาพเช่นกัน

สำหรับปัจจัยความเพียงพอของรายได้ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอหรือมีรายได้เหลือเก็บจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการมีรายได้ที่เพียงพอช่วยให้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้หลากหลายช่องทาง เช่น สื่อออนไลน์ซึ่งต้องมีอุปกรณ์สื่อสารและการจ่ายค่าบริการ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอหรือมีรายได้เหลือเก็บจะสามารถจ่ายค่าบริการต่าง ๆ เพื่อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้ ดังการศึกษาผลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่อความรอบรู้ด้านข้อมูลด้านสุขภาพ (health information literacy) ในผู้สูงอายุในชุมชนเมืองประเทศจีน ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจต่ำจะมีความรอบรู้ด้านข้อมูลด้านสุขภาพที่สูง (Li & Guo, 2021) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของนัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรม ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง

สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และผลการศึกษาของ นัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้บางคุณลักษณะไม่กระจายตัว เช่น ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรม การมีโรคประจำตัว ดังนั้น จึงอาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะดังกล่าวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ควรตระหนักถึงข้อจำกัดดังกล่าว และวางแผนการส่งเสริมเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ
2. จากผลการศึกษา พบว่า อายุและความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรตระหนักถึงปัจจัยด้านอายุที่อาจเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญกับความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดำเนินโครงการหรือจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นการศึกษาค้างต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมาสู่การได้องค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่ระบุความเป็นเหตุและผล ดังนั้นการศึกษาค้างต่อไป ควรศึกษาในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อการจัดกระทำในการวิจัยเชิงทดลองต่อไป
3. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุตอนต้นคืออายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีประมาณสองในสาม ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางหรือตอนปลายได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย
4. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่สูงได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่สูงกว่ากับการศึกษาระดับประถมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนอุดหนุนการศึกษาค้างนี้

เอกสารอ้างอิง

- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26-36.
- กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกนกัจจ, และดวงใจ ปิ่นเจริญ. (2565). ความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 200-212.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและณฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กระทรวงสาธารณสุข กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรม/ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 63(2), 37-52.
- นัฐธิดา ดวงจันทร์, เกษมณี อภิวัฒน์สมบัติ, ญาณิน แสงว้าน, อธิภัทร์ กลมกลิ้ง, ปัสสร มั่นบัว, ปรีชาดี บันดาลปิติ, ..., อัสนี วันชัย. (2565). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*, 1(1) 28-39.
- นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 47(1), 80-86.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, และจิริยา อินทนา. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(ฉบับพิเศษ), 129-141.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ. ศ. 2562-2563*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). *การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะ ที่ 1)*, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4926>
- AHRO. (2011). *Health literacy interventions and outcome: an updated systematic review*. Retrieved February 16, 2018, from <https://doi.org/AHRQ Pub.No.11-E006-1>
- Ansari, H., Almasi, Z., Ansari-Moghaddam, A., Mohammadi, M., Peyvand, M., Hajmohammad, M., ... Bagheri, F. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope*, 5(4), e37453. doi:10.17795/jhealthscope-37453.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.

- Cavazzana, A., Roßborn, A., Garthus-Niegel, S., Larsson, M., Hummel, T., & Croy, I. (2018). Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *PLoS ONE* 13(8): e0202969.
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2006). *Health promotion throughout the lifespan* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of america's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy* (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Li, C. & Guo, Y. (2021). The effect of socio-economic status on health information literacy among urban older adults: evidence from Western China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3501. doi:10.3390/ijerph18073501
- Mark, L. (2009). Health literacy and the elderly. *Osteopathic Family Physician*, 1(3), 64-69.
- Meier, C., Vilpert, S., Borrat-Besson, C., Jox, R. J., & Maurer, J. (2022). Health literacy among older adults in Switzerland: cross-sectional evidence from a nationally representative population-based observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, w30158. doi:10.4414/smww.2022.w30158
- Murman D. L. (2015). The impact of age on cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), 111-121.
- Mubarokah, N. K. (2018). Health literacy and health behavior in the Rural Areas. *KnE Life Sciences*, 8-16.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nurjanah & Mubarokah, K. (2019). Health literacy and health behavior in the rural areas" in the 3rd international meeting of public health and the 1st young scholar symposium on public health. *KnE Life Sciences*, 8-16. doi:10.18502/cls.v4i10.3702
- Rasekaba, T. M., Pereira, P., Rani, G. V., Johnson, R., McKechnie, R., & Blackberry, I. (2022). Exploring telehealth readiness in a resource limited setting: digital and health literacy among older people in Rural India (DAHLIA). *Geriatrics*, 7(2), 28.
- Smith, S. G., O'Connor, R., Curtis, L. M., Waite, K., Deary, I. J., Paasche, O. M., ... Wolf, M. S. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *Epidemiology Community Health*, 20, 1-7.
- Sumalrot, T., & Suksawai, H. N. (2015). Aging in the world of work: biopsychosocial perspectives. *Panyapiwat Journal*, 7(1), 242-254.
- United Nations World Population Ageing. (2020). *World population ageing 2020 Highlights*. New York: United Nations Publication.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก

รัชนิกร สันติธรรม, พย.ม.*¹รัตนารักษ์ ธนศิริจิรานนท์, พย.ด.¹จิราพร จินะใจ, พย.บ.²

บทคัดย่อ

มารดาครรภ์แรกที่ไม่สามารถปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาอาจทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจ และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การให้ความรู้รายบุคคลทำให้มารดาสามารถปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างคือมารดาครรภ์แรกในระยะตั้งครรภ์อายุครรภ์ 36–38 สัปดาห์ คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 48 คน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เป็นรายบุคคลร่วมกับการให้ความรู้ตามปกติ กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 และแบบประเมินโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และแมนวิทนีย์ ยู ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดามากกว่าในกลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาควรนำมาใช้ในการให้ความรู้รายบุคคลแก่มารดาครรภ์แรกเพื่อส่งเสริมให้สามารถปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคล, การปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, มารดาหลังคลอดครรภ์แรก

วันที่รับ: 7 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไข: 13 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2566

¹ อาจารย์ วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: ratchasant@gmail.com

² แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลแมคคอร์มิค

The effectiveness of individual educational program on maternal role adaptation and risk chance of postpartum depression among primigravida mothers

Ratchaneekorn Santitham, MN.S. ^{*1}

Rattanaorn Tanasirijiranont, Ph.D¹

Jiraporn Jinajai, B.N.S. ²

Abstract

Primigravida mothers who are unable to adapt to their maternal role may feel worthless, lack pride, and be at risk of postpartum depression. Providing knowledge could help them adapt to their maternal role and contribute to reducing the chance of postpartum depression. The purposes of this quasi-experimental study were to compare the average scores of maternal role adaptation and risk of postpartum depression between primigravida mothers in experimental and control groups. The samples were 48 expectant mothers experiencing pregnancy for the first time, recruited by purposive sampling. The gestational ages were 36-38 weeks. They were assigned into an experimental group and a control group, each consisting of 24 people, by simple random sampling. The experimental group received both an individual educational program and routine education, while the control group received only routine education. The research instruments consisted of a demographic data form, a maternal role adaptation assessment form with a reliability of .80 and CVI of .79, and a risk of depression assessment form, which had a reliability of .84. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square Test and Mann-Whitney U Test. The results indicated that the average scores of maternal role adaptation in the experimental group were greater than the control group, and the average scores of risks of postpartum depression in the experimental group were significantly lower than the control group ($p < .001$). The findings should be applied the individual education for mothers to promote maternal role adaptation and decrease the risk of postpartum depression.

Keywords: Individual educational program, Maternal role adaptation, Postpartum depression, Primigravida mothers

Received: Nov 7, 2022 Revised: Apr 13, 2023 Accepted: Apr 21, 2023

¹ Lecturer, Maternity-Newborn and Midwifery Department of McCormick Faculty of Nursing, Payap University

* Corresponding author E-mail: ratchasant@gmail.com

² Obstetric Department of McCormick Hospital.

บทนำ

ความสำเร็จในการปรับตัวในบทบาทของมารดาเป็นสิ่งสำคัญที่มารดาต้องเรียนรู้เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้สตรีได้เรียนรู้พฤติกรรมของการเป็นมารดา สามารถกระทำบทบาทการเป็นมารดา และพึงพอใจในการแสดงเอกลักษณ์ของมารดา การปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและอาจเกิดความยุ่งยาก โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก และการที่มารดาจะสามารถปฏิบัติในบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์จะต้องมีการเรียนรู้และการพัฒนาไปตามลำดับขั้นตอนของประสบการณ์ที่ได้รับ (Pridham & Chang, 1992) การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาครรภ์แรกเป็นสิ่งที่ท้าทายและอาจทำให้เกิดความเครียด แต่อย่างไรก็ตามมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจะต้องพยายามก้าวผ่านความยากลำบากนี้ให้ได้ เพื่อสามารถปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงการปรับตัวในการดูแลบุตร (Bobak, & Jensen, 1993) การที่มารดาหลังคลอดจะสามารถปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาได้เหมาะสมหรือไม่สามารถประเมินได้จาก ความรักใคร่ผูกพันกับบุตร ความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลบุตร และความรู้สึกพึงพอใจในการทำบทบาทของการเป็นมารดาของตน (Mercer, 1995)

การส่งเสริมให้มารดาสามารถปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพมารดาต้องมีความรู้ด้านบทบาทการเป็นมารดา เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับทารก การดูแลทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ทองภาพ นาร่อง, พิริยา ศุภศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2557) เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่มารดาโดยการให้โปรแกรมส่งเสริมบทบาทมารดา ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการให้ความรู้โดยการเตรียมมารดาครรภ์แรกของพรพรรณ พุ่มประยูร, กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอร ศุภวิจิตพัฒนา (2559) ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่ได้รับความรู้มีคะแนนเฉลี่ยของความสำเร็จในการทำบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ มุขิตา คำบ่อ, พรณพิไล ศรีอาภรณ์ และจิรวรรณ คำเหลื่อ (2563) พบว่า สิ่งหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความมั่นใจและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาได้ดีคือการให้ความรู้ โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลทารกซึ่งมีความสำคัญต่อบทบาทการเป็นมารดา หากมารดาหลังคลอดครรภ์แรกไม่ประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาก็อาจมีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา ทำให้รู้สึกว่าคุณไม่มีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร รู้สึกไร้ค่า และไม่มีเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ของการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความล้มเหลวในบทบาทมีโอกาสนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดของ อักษรณัฐ ภัคติสมัย, พรณพิไล ศรีอาภรณ์ และปิยะนุช ชูโต (2560) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรก พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในมารดาครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นมารดามาก่อน อาจขาดความเชื่อมั่นในการดูแลบุตร รู้สึกไม่พร้อมในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และไม่พร้อมต่อการปรับบทบาทของการเป็นมารดา ซึ่งอาจทำให้กระบวนการ การเป็นมารดาในผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรกไม่สมบูรณ์ เกิดความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกนี้อาจทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดระดับสูงสามารถส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสุขภาพจิตในหลายประเทศทั่วโลก และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (WHO, 2017) สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอด หรืออาจเกิดขึ้นได้ตลอดระยะ 1 ปีแรกหลังคลอด สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึง ร้อยละ 16.80 และมารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น 3 เท่าเมื่อเทียบกับช่วงเวลาอื่น (วันชัย กิตติโชติวัฒน์, 2561) อาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดคล้ายกับโรคซึมเศร้าทั่วไป และอาจรุนแรงไปถึงการคิดทำร้ายทารก ทำร้ายตัวเองหรือคิดฆ่าตัวตาย (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2014) สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีหลายสาเหตุ แต่สาเหตุบางอย่างสามารถแก้ไขและส่งเสริมเพื่อป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ เช่น การให้ความรู้ เป็นต้น ซึ่ง อัยยัซาร์ สุขเกษม, กัญญาณัฐ สิริธิดา, จิตติพร แสงพลอย และณลินี สิทธิบุญมา (2561) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า การให้ความรู้เป็นการพยาบาลอีกวิธีหนึ่งที่จะป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และจากการศึกษาของ วราภรณ์ ปฏิสังข์ (2560) พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดคือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบค (Beck, 2001) พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านจิตสังคม ซึ่งรวมถึงความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) ได้กล่าวถึงแหล่งกำเนิดของการเห็นคุณค่าในตนเองที่มี 3 คุณลักษณะ ได้แก่ การยอมรับตนเอง ทศนคติต่อตนเอง และการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถ และจากการศึกษาของ อักษรานัฐ ภักดีสมัย, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และปิยะนุช ชูโต (2560) พบว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การที่จะมีทศนคติที่ดีต่อตนเอง มีการยอมรับตนเอง และรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถ ก็จะต้องเริ่มจากการมีความรู้ในสิ่งที่ต้องการจึงจะทำให้สามารถกระทำในสิ่งนั้นๆ ได้ และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ เกิดการยอมรับตนเอง และมีทศนคติที่ดีต่อตนเองแล้วจึงจะเห็นว่าตนมีคุณค่า มารดาหลังคลอดครั้งแรกก็เช่นกัน ถ้าหากมารดาได้รับความรู้ด้านบทบาทการเป็นมารดาจะช่วยส่งเสริมให้มารดามีความรู้ทำให้เกิดความสามารถในการทำบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลทารก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา และจะทำให้มารดารู้สึกว่าตนมีความสามารถในการดูแลบุตร เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดครั้งแรก นอกจากจะส่งเสริมให้มารดาสามารถปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดีแล้ว น่าจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ในการปฏิบัติส่วนใหญ่จะเน้นการให้ความรู้แก่มารดาในระยะหลังคลอดซึ่งมารดาอยู่ในโรงพยาบาล ในระยะเวลาสั้น ประกอบกับลักษณะของครอบครัวในปัจจุบันมักจะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ขาดคนชี้แนะหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Osman, Saliba, Chaaya, & Naasan, 2014) และการให้ความรู้ด้านบทบาทการเป็นมารดาส่วนใหญ่จะทำให้เป็นรายการในชั้นเรียนทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ถ้าการให้ความรู้เปิดโอกาสให้มารดาได้มีระยะเวลาในการเรียนรู้และมีเวลาฝึกปฏิบัติมากขึ้นก็จะทำให้เกิดทักษะในการดูแลทารกได้ดีขึ้น ซึ่งน่าจะช่วยส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและส่งผลในการลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาผลของการให้โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลที่จะมีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา และจะส่งผลอย่างไรต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลร่วมกับการได้รับความรู้ตามปกติ กับมารดาที่ได้รับความรู้ตามปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียนได้อย่างใกล้ชิด หากมีการสาธิตผู้เรียนสามารถมองเห็นขั้นตอนในการปฏิบัติได้ชัดเจน ในการวิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy & Andrews, 1999) ที่ได้กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทั้งนี้การปรับตัวของมารดาหลังคลอดเป็นการปรับตัวที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่เรียกว่า “สิ่งเร้า” (stimuli) ซึ่งอาจมาจากภายนอกตัวบุคคล หรือมาจากภายในตัวบุคคล ในที่นี้มารดาหลังคลอดจะถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าตรง คือการเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก และภาระในการเลี้ยงดูทารก และสิ่งเร้าร่วม คือ การขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ มารดาจะมีการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นหน้าที่เกี่ยวกับระดับพัฒนาการในการทำบทบาทมารดานอกเหนือจากบทบาทภรรยาเพียงอย่างเดียว ถ้าหากมารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวได้ก็จะช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวไปสู่บทบาทของการเป็นมารดาได้ดี และได้จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดในการทำบทบาทมารดาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) รวมถึงในการประเมินการทำบทบาทการเป็นมารดาจาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรักใคร่ผูกพันกับบุตร 2) ความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลบุตร และ 3) ความพึงพอใจในการทำบทบาทการเป็นมารดาของตน การจัดโปรแกรมการให้ความรู้จะให้แก่สตรีครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 36–38 สัปดาห์ซึ่งเป็นระยะที่สตรีตั้งครรภ์มีการปรับตัวตามพัฒนาการที่ 4 คือการเตรียมความพร้อมเพื่อเปลี่ยนบทบาทไปเป็นมารดา สตรีตั้งครรภ์จะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลจากผู้วิจัยนอกเหนือไปจากการได้รับความรู้ตามปกติ และสามีจะมีส่วนร่วมในการเข้ารับฟังการให้ความรู้และให้กำลังใจ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การให้โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลดังกล่าวแก่สตรีในระยะตั้งครรภ์จะช่วยให้สตรีได้รับความรู้ และมีระยะเวลาในการฝึกทักษะในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ มีโอกาสทบทวนความรู้เตรียมความพร้อมก่อนคลอดช่วยลดความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารก จะช่วยให้มารดาทำบทบาทการเป็นมารดาได้ สามารถปรับตัวได้ดีในด้านการทำบทบาทการเป็นมารดา และลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

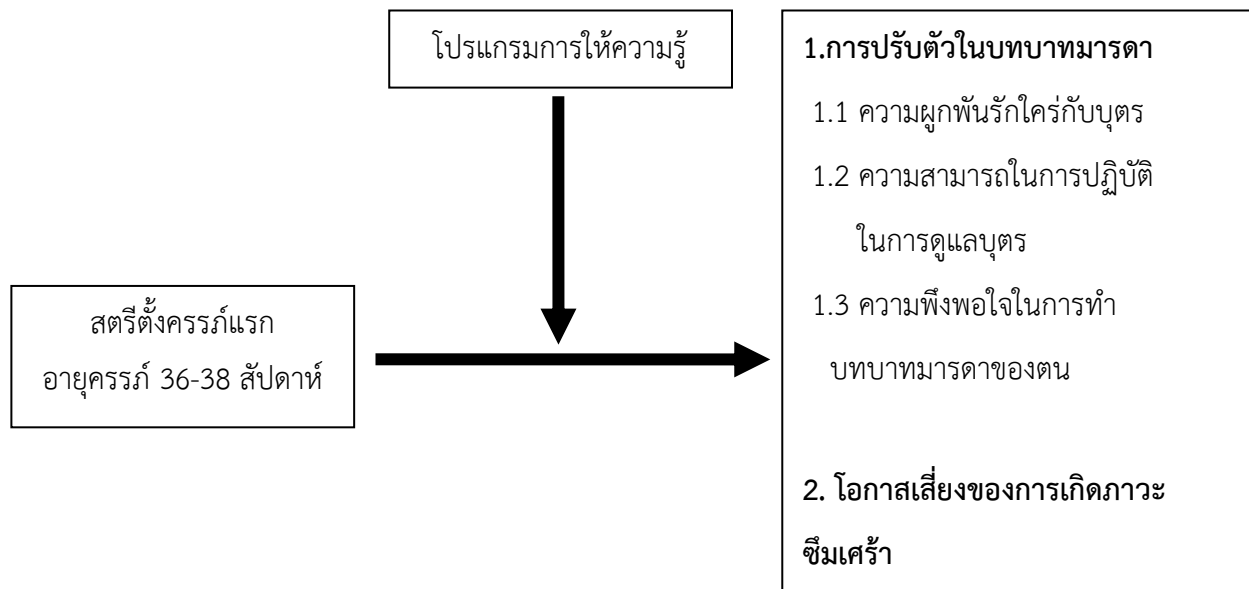
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาระหว่างมารดาครั้งแรกในกลุ่มทดลองและมารดาครั้งแรกในกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างมารดาครั้งแรกในกลุ่มทดลองและมารดาครั้งแรกในกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในการวิจัย

ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy & Andrews, 1999) และได้นำแนวคิดบทบาทการเป็นมารดา ของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลและการประเมินบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันกับบุตร ความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลบุตร และความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดาของตน



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก เก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัย คือ มารดาตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาระยะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 1) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) เป็นมารดาครรภ์แรก อายุ 20-34 ปี 3) อายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ 4) มีการวางแผนสำหรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ 5) ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือแทรกซ้อนทางสูติกรรมขณะตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ปกติ 6) ปฏิเสธการใช้สารเสพติด 7) ปฏิเสธการเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้แบบคัดกรอง 2Q 8) วางแผนคลอดที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค 9) ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกมาก่อน 10) สถานภาพสมรสคู่และอยู่กับสามี และ 11) สามารถอ่านและพูดภาษาไทยได้ เกณฑ์การ

คัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมภายหลังเข้าร่วมโครงการฯ หรือหลังคลอดทารกในครรภ์หรือบุตร มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีอาการผิดปกติ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าอำนาจในการทดสอบค่าอิทธิพลความต่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ กุลธิดา หัตถพานิชกุล, วรณา พาหุพัฒนกร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร (2555) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) .80 โดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน รวมเป็น 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจจะมีผู้ยุติการเข้าร่วมโครงการ (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมเป็นจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน แบ่งกลุ่มตามช่วงเวลา โดยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 25 คน จึงเริ่มเก็บในกลุ่มทดลอง แต่เนื่องจากในระยะดำเนินการวิจัยได้มีมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและระยะหลังคลอดจำนวน 2 คน จึงไม่สามารถเข้าร่วมในโครงการต่อไปได้ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหลือกลุ่มละ 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการให้ความรู้ เป็นการกำหนดรูปแบบของการให้ความรู้แก่มารดาในกลุ่มทดลองที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 36-38 สัปดาห์ ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดตามแผนการสอนได้แก่

1.2 แผนการสอนเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับหัวข้อที่จะต้องมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ได้แก่ การอาบน้ำทารกแรกเกิด การทำความสะอาด การแต่งตัว และการห่อตัวทารก การอุ้มทารก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในการสอนผู้วิจัยจะจัดเตรียมอุปกรณ์การสอนตามแผนการสอน ผู้วิจัยจะทำการสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองปฏิบัติสาธิตย้อนกลับ จนกว่าจะเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องผู้สอนจะมีการซักถามเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ อาชีพ การศึกษา รายได้ครอบครัว ต่อเดือน ความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ และการวางแผนการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด

2.2 แบบประเมินการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรักใคร่ผูกพันบุตร 2) ความสามารถปฏิบัติในการดูแลบุตร 3) ความรู้สึกพึงพอใจในการทำบทบาทการเป็นมารดาของตน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความรู้สึกหรือมีความสามารถมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ โดยการแปลผลใช้เกณฑ์ประมาณค่าของ เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์ (2552) คือ คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ความรู้สึกหรือมีความสามารถในการทำบทบาทการเป็นมารดามากที่สุด คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง ความรู้สึกหรือมีความสามารถในการทำบทบาท

การเป็นมารดา มาก คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง ความรู้สึกหรือมีความสามารถในการทำบทบาทการเป็นมารดาปานกลาง คะแนน 1.51-2.50 หมายถึง ความรู้สึกหรือมีความสามารถในการทำบทบาทการเป็นมารดาน้อย และคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง ความรู้สึกหรือมีความสามารถในการทำบทบาทการเป็นมารดาน้อยที่สุด นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79

2.3 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าแบบ The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และกมลรัตน์ วัชรภรณ์ (2548) โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการที่แสดงถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 3, 2, 1 และ 0 หมายถึงมีความรู้สึกมาก ปานกลาง น้อย และไม่มีความรู้สึก ตามลำดับ การแปลผลคะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน คือ 0-10 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า และ 11-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย 036/2565 อนุมัติ สิ้นสุดการรับรองโครงการวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 ในการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ และเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ ระหว่างการศึกษาหากกลุ่มตัวอย่างประสงค์ที่จะออกจากการศึกษาก็สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม 2565 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม และได้ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย และการรักษาข้อมูลเป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
2. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและแบบประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า
3. ดูแลให้กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากแผนกฝากครรภ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ในรูปแบบการชมวิดีโอทัศนเป็นรายกลุ่มในชั้นเรียน

4. ในระยะหลังคลอดกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ตามปกติเป็นรายกลุ่มโดยการดูการสาธิตการอาบน้ำทารกแรกเกิด จะได้รับการเยี่ยมจากผู้วิจัย 1 ครั้งก่อนจำหน่ายกลับบ้านพร้อมทั้งตอบแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและแบบประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

กลุ่มทดลอง

1. หลังจากเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน

2. ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา และแบบประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

3. กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยการอธิบายให้คำแนะนำ และการสาธิต ดังนี้

3.1 หัวข้อเรื่องการสอนโดยการสาธิต ได้แก่ การอาบน้ำทารกแรกเกิด การแต่งตัว การห่อตัวทารก การอุ้มทารก การเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลาในการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 30 นาที

3.2 หัวข้อที่ให้คำแนะนำ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การเตรียมของใช้สำหรับทารกและการสังเกตอาการผิดปกติของทารกแรกเกิด ใช้เวลาในการให้คำแนะนำ 20 นาที

3.3 เปิดโอกาสให้ซักถามและสรุป ประมาณ 10 นาที กลุ่มทดลองจะได้รับเอกสารความรู้ในหัวข้อที่สอนและสาธิต พร้อมทั้งได้รับตุ๊กตาคนละ 1 ตัวเพื่อนำไปฝึกปฏิบัติและทบทวนความรู้ที่บ้าน

4. กลุ่มทดลองนอกจากได้โปรแกรมความรู้รายบุคคลแล้ว จะได้รับความรู้ตามปกติจากแผนกฝากครรภ์

5. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะโทรติดตามกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนกว่าจะถึงระยะคลอด โดยใช้เวลาในการพูดคุยในแต่ละครั้งประมาณ 15 นาที

6. ในระยะหลังคลอดกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ตามปกติ และได้รับการเยี่ยมจากผู้วิจัยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งตอบแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและแบบประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

7. นำข้อมูลที่รวบรวมแล้วมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา และคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test แล้วพบว่าข้อมูลของตัวแปรตามไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลจากการวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

กลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 54.20 มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ -36 สัปดาห์ 6 วัน ร้อยละ 50.00 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.30 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.50 มีรายได้ 30,000-44,999 บาท/เดือน ร้อยละ 66.70 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.20 ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 95.80 ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยตนเอง ร้อยละ 66.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 25 -29 ปี ร้อยละ 62.50 มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ -37 สัปดาห์ 6 วัน ร้อยละ 54.20 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.50 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75.00 มีรายได้ 45,000-59,999 บาท/เดือน ร้อยละ 50.08 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.20 ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 95.80 ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยตนเอง ร้อยละ 83.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=24)			กลุ่มทดลอง (n=24)			χ^2	P-value
	$\bar{X}$	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)							5.596	.588
25-29	28.92	15	62.50	29.50	11	45.80		
30-34		9	37.50		13	54.20		
อายุครรภ์							10.40	.845
36 สัปดาห์ – 36 สัปดาห์ 6 วัน	36.88	9	37.50	36.74	12	50.00		
37 สัปดาห์ – 37 สัปดาห์ 6 วัน		13	54.20		11	45.80		
38 สัปดาห์ – 38 สัปดาห์ 6 วัน		2	8.30		1	4.20		
อาชีพ							.536	.970
ค้าขาย		6	25.00		8	33.30		
รับจ้าง		9	37.50		7	29.20		
ธุรกิจส่วนตัว		2	8.30		2	8.30		
รับราชการ		3	12.50		3	12.50		
แม่บ้าน		4	16.70		4	16.70		
การศึกษา							3.939	.268
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)		0	0.00		1	4.20		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)		2	8.30		6	25.00		
มัธยมศึกษา		4	16.70		2	8.30		
ปริญญาตรี		18	75.00		15	62.50		
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)							17.229	.371
15,000-29,999	48,583	0	00.00	40,291	1	4.2		
30,000-44,999		9	37.50		16	66.7		
45,000-59,999		12	50.00		6	25.0		
60,000-74,999		1	4.20		1	4.20		
75,000-89,999		1	4.20		0	0.00		
90,000-104,999		1	4.20		0	0.00		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=24)			กลุ่มทดลอง (n=24)			χ^2	P-value
	$\bar{X}$	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	จำนวน	ร้อยละ		
ตั้งใจจะเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่หรือไม่							.000	1.000
ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		23	95.80		23	95.80		
ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมผสม		0	0.00		1	4.20		
ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนมผสม		1	4.20		0	0.00		
การวางแผนการเลี้ยงบุตร							2.263	.323
ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยตัวเอง		20	83.30		16	66.70		
ให้ผู้อื่นช่วยเลี้ยง เช่น พ่อแม่								
ญาติพี่น้อง		4	16.70		7	29.20		
มีพี่เลี้ยงเด็ก หรือ ฝากสถาน								
รับเลี้ยงเด็ก		0	0.00		1	4.20		

2. การปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา

การปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวในบทบาทมารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การปรับบทบาทการเป็นมารดา	กลุ่มควบคุม (n=24)			กลุ่มทดลอง (n=24)			U	P Value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง								
ด้านความรักใคร่ผูกพันกับทารก	4.87	.19	มากที่สุด	4.85	.23	มากที่สุด		
ด้านความสามารถในการดูแลบุตร	4.35	.34	มาก	4.39	.34	มาก		
ด้านความรู้สึกพึงพอใจในการทำ								
บทบาทการเป็นมารดา	4.80	.37	มากที่สุด	4.77	.38	มากที่สุด		
คะแนนเฉลี่ยรวมก่อนการทดลอง	4.61	.23	มากที่สุด	4.62	.23	มากที่สุด	-0.12	.903
หลังการทดลอง								
ด้านความรักใคร่ผูกพันกับทารก	4.95	.07	มากที่สุด	4.97	.06	มากที่สุด		
ด้านความสามารถในการดูแลบุตร	4.18	.34	มาก	4.79	.16	มากที่สุด		
ด้านความรู้สึกพึงพอใจในการทำ								
บทบาทการเป็นมารดา	4.36	.57	มาก	4.88	.27	มากที่สุด		
คะแนนเฉลี่ยรวมหลังการทดลอง	4.51	.23	มากที่สุด	4.87	.10	มากที่สุด	40.50	.000*

* $p < .001$

3. โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	กลุ่มควบคุม (n=24)		ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	กลุ่มทดลอง (n=24)		ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	U	P Value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	4.87	.12	ไม่มี	4.25	1.64	ไม่มี	226.50	.192
หลังการทดลอง	4.25	1.64	ไม่มี	3.16	1.57	ไม่มี	28.500	.000*

* $p<.001$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก อภิปรายผลได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 2 อธิบายได้ว่า มารดาครรภ์แรกในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลนอกเหนือไปจากการได้รับความรู้ตามปกติ มารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลตั้งแต่อายุครรภ์อยู่ในช่วง 36-38 สัปดาห์ โดยได้รับความรู้ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ มีระยะเวลาสำหรับการเรียนรู้และฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด จึงทำให้มารดาในกลุ่มทดลองเกิดทักษะและสามารถปฏิบัติการดูแลทารกในระยะหลังคลอดได้ดี ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลประกอบด้วยความรู้ทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ การจัดเตรียมของใช้สำหรับทารกแรกเกิด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอาบน้ำทารก การแต่งตัวและการห่อตัวทารก ซึ่งได้รับตั้งแต่เมื่ออายุครรภ์อยู่ในช่วง 36-38 สัปดาห์ และสิ่งสำคัญคือรูปแบบการสอน ถึงแม้ว่าการสอนเป็นกลุ่มก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญและช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แต่การสอนเป็นรายบุคคลเหมาะสำหรับการสอนในหัวข้อที่มีความเฉพาะเจาะจง และต้องการเน้นย้ำความสำคัญให้เกิดความรู้ความเข้าใจ การสอนในรูปแบบสอนเป็นรายบุคคลจึงช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Stewart, Watts, Hughes, Slade, & Spiby, 2022) ดังนั้นมารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคล ซึ่งเป็นรูปแบบการสอนเป็นรายบุคคลจึงมีโอกาสนในการเรียนรู้ในหัวข้อเรื่องที่มีความสำคัญต่อการทำบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสเรียนรู้ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ และมีระยะเวลาสำหรับการเรียนรู้และฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ได้รับการ

ติดตามและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติจากผู้วิจัยก่อนถึงระยะคลอด เมื่อถึงระยะหลังคลอดจึงมีความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลทารกของกลุ่มทดลองยังส่งผลต่อมารดาในกลุ่มทดลองในด้านความรู้สึกพึงพอใจในการทำบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เนื่องจากการดาในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลจึงมีความรู้และทักษะในการดูแลทารกแรกเกิด และสามารถให้การดูแลทารกได้ดี จึงรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่าตนมีคุณค่า ดังคำกล่าวของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) ที่ได้กล่าวถึงแหล่งกำเนิดของการเห็นคุณค่าในตนเองที่มี 3 คุณลักษณะ ได้แก่ การยอมรับตนเอง ทศนคติต่อตนเอง และการรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถซึ่งทั้ง 3 คุณลักษณะ หมายถึง คุณลักษณะที่มีต่อการเป็นมารดาหรือการทำบทบาทการเป็นมารดา และการที่มารดาหลังคลอดครั้งแรกจะเกิดการยอมรับตนเองในการเป็นมารดาจะต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด สามิ หรือการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในการส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา และจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเองในการทำบทบาทการเป็นมารดา และเกิดการรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถในการเป็นมารดา ซึ่งคุณลักษณะทั้ง 3 ประการนี้ย่อมเกิดกับมารดาในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุม จึงทำให้รู้สึกพึงพอใจในการทำบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง ซึ่งส่งผลให้มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เสียงนันท (2561) ได้ให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ผลการศึกษา พบว่ามารดาหลังคลอดเกิดการยอมรับมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ว่าคุณค่าสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเอง และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ได้ดังนี้ การเป็นมารดาหลังคลอดและการมีบุตรเป็นสิ่งที่เร้าตรง การเป็นมารดาครั้งแรก การขาดประสบการณ์ในการดูแลบุตรเป็นสิ่งที่เร้าร่วม และเป็นสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบ มารดาครั้งแรกหลังคลอดจึงมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดสมดุล แต่เนื่องจากการดาในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลนอกเหนือไปจากการได้รับความรู้ตามปกติ โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลนี้ถือได้ว่าเป็นสิ่งเร้าแต่เป็นสิ่งที่เร้าด้านบวกที่มารดาครั้งแรกสามารถนำมาใช้ในการปรับตัวกับสิ่งที่มากระทบจึงช่วยส่งเสริมกระบวนการรับรู้ (cognator subsystem) ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลทารก และสามารถปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาได้ดี ความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา เป็นการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวตามแนวคิดของรอย

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างมารดาครั้งแรกในกลุ่มทดลองและมารดาครั้งแรกในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3 สามารถอธิบายได้ดังนี้ เนื่องจากการดาในกลุ่มทดลองนอกจากจะได้รับความรู้ตามปกติแล้วยังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ มารดาในกลุ่มทดลองจึงมีระยะเวลาสำหรับการเรียนรู้และฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เมื่อถึงระยะหลังคลอดจึงมีความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดได้ดีกว่า

กลุ่มควบคุม เกิดทักษะและความมั่นใจทำให้มีความสามารถในการดูแลทารก สามารถปฏิบัติในการดูแลทารกได้ดี และเห็นว่าตนเองสามารถให้การดูแลบุตรได้ ซึ่งสิ่งนี้ย่อมทำให้มารดาครั้งแรกเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความรู้สึกนี้ในระยะหลังคลอดส่วนหนึ่งมาจากการมีความสามารถในการดูแลบุตร และส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกมั่นใจ มีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทการเป็นมารดา และพบว่า ทัศนคติการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sokol, Epperson, & Barber, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ อักษรณัฐ ภัคดีสมัย และคณะ (2560) ที่พบว่า ทัศนคติการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การที่มารดาในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา มากกว่ากลุ่มควบคุมจึงส่งผลให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาของ อักษรณัฐ ภัคดีสมัย และคณะ (2560) ยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเบค (Beck, 2001) ที่พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านจิตสังคมซึ่งรวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และได้มีการศึกษาในมารดาจำนวน 221 ราย โดยการให้โปรแกรมความรู้แก่มารดาในระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี พบว่า สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ และทำให้บิดามารดา มีความเชื่อมั่นมากขึ้น (Shimpuku et al., 2022) ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกในกลุ่มทดลองจึงน้อยกว่ามารดาครั้งแรกในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

มารดาครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก การให้โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคล ทำให้มารดาครั้งแรกได้รับความรู้สามารถนำไปฝึกปฏิบัติการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดทักษะ มีความมั่นใจในการทำบทบาทการเป็นมารดา มองเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้สามารถปรับตัวในการทำบทบาทการเป็นมารดาได้ดี และลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยมาใช้ในการให้ความรู้รายบุคคลแก่มารดาครั้งแรกเพื่อส่งเสริมให้สามารถปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยจัดให้มีโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลในแผนฝากครรภ์แก่สตรีตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ 36-36 สัปดาห์ จัดการสอนตาม เวลาที่นัดหมายที่แผนกฝากครรภ์คนละ 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมโดยทางโทรศัพท์ หรือ แอปพลิเคชันไลน์ ทุก 1 สัปดาห์ จนกว่าจะถึงระยะคลอด

2. สามารถนำผลการวิจัยไปจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้มีความรู้และแนวปฏิบัติในการดูแลมารดา โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดา และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระยะเวลานานขึ้น เช่น ในระยะ 1 เดือนหลังคลอด หรือ 6 สัปดาห์หลังคลอด

2. ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยพายัพ ปีการศึกษา 2565

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา หัตถพานิชกุล, วรณา พาหุพัฒนกร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2555). ผลของโปรแกรมการสอนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีต่อการปรับตัว ด้านบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. *วารสารการพยาบาล*, 27(4), 84-94.
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์และกมลรัตน์ วัชรารณ. (2548). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(4), 249-254.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). *ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (rating scale) เพื่อการวิจัย*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ms.src.ku.ac.th2schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>.
- ทองภาพ นาร่อง, พิริยา ศุภศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทมารดาต่อการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(1), 15-26.
- พรพรรณ พุ่มประยูร, กรรณิกัร กัณธะรักษา และบังอร ศุภวิจิตพัฒนา. (2559). ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์แรกต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา. *พยาบาลสาร*, 43(4), 33-43.
- มุกิตา คำบ่อ, พรณพิไล ศรีอรุณ และจิราวรรณ คำเหลือ. (2563). ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 147-156.
- วันชัย กิตติโชติวัฒน์. (2561). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(5), 25-130.
- วราภรณ์ ปฏิสังข์. (2560). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสาวลักษณ์ เสียงนันท. (2561). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อักษรานัฐ ภักดีสมัย, พรณพิไล ศรีอรุณ และปิยะนุช ชูโต. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่ เป็นมารดาครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 44(3), 19-29.

- อัยยัชาร์ สุขเกษม, กัญญาณัฐ สิทธิกา, ฐิติพร แสงพลอย และนลินี สิทธิบุญมา. (2561). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *เชื่องรายเวชสาร*, 10(2), 217-228.
- Beck, C. T. (2001). Predictor of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 75-85.
- Bobak, I. M. & Jensen, M.D. (1993). *Family dynamics after childbirth*. In *maternity & gynecology care: The Nurse & family* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedent of self-esteem* (2nd ed.). California: Consulting Psychologist Press.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother*. New York: Springer.
- Osman, H., Saliba, M., Chaaya, M., & Naasan, G. (2014). Interventions to reduce postpartum stress in first-time mothers: a randomized-controlled trial. *BMC Women's Health*, 14(1), 14-125. doi: 10.1186/1472-6874-14-125
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (Eds). (2014). *Maternal child nursing care* (5th ed.). Canada: Elsevier.
- Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 204-216
- Roy, S. C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy's adaptation model* (2nd ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Shimpuku, Y., Iida, M., Hirose, N., Tada, K., Tsuji, T., Kubota, A., ... Horiuchi, S. (2022). Prenatal education program decreases postpartum depression and increases maternal confidence: a longitudinal quasi-experimental study in urban Japan. *Women and Birth*, 35(5), e456–e463. doi: 10.1016/j.wombi.2021.11.004
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 199-212. doi: 10.1007/s00737-014-0424-9
- Stewart, J., Watts, K., Hughes, A. J., Slade, P., & Spiby, H. (2022). The importance of face to face, group antenatal education classes for first time mothers: A qualitative study. *Midwifery*, 109, 103295. doi: 10.1016/j.midw.2022.103295
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสติน ต่ออาการปวด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

สุดิตา ยอดเมือง, ศษ.ม.^{*1}ภารดี คุณาวิศรุต, พ.บ.²

บทคัดย่อ

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตา ที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา ต่อความเจ็บปวด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาและนัดมารับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา จำนวน 100 ราย คัดเลือกโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มโดยการจับฉลากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความเจ็บปวด โดยมีค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต เท่ากับ 1 แบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวหลังฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .78 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติโรคเบาหวานขึ้นจอตา มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยใช้สถิติ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยสองกลุ่มด้วยสถิติแมนวิทนีย ยู ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนความรู้และความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจในการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, แนวปฏิบัติทางคลินิก, การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตา, การฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา

วันที่รับ: 27 มกราคม 2566 วันที่แก้ไข: 9 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2566

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

^{*} ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: nuyui555@hotmail.com

² ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อาจารย์ประจำภาควิชาจุฬารัตนวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

The effectiveness of clinical nursing practice guideline (CNPG) for patients with diabetic retinopathy receiving intravitreal Avastin injection on pain, knowledge about practice, and satisfaction towards the use of the guideline

Sudthida Yodmuang M.ED ^{*1}

Paradee Kunavisarut M.D.²

Abstract

Adopting the clinical nursing practice guidelines for patients with diabetic retinopathy disease who receive intravitreal Avastin injection is an important aspect of nursing care for patients. This quasi-experiment aimed to compare pain, knowledge about practice, and satisfaction with the use of the guideline levels among patients with diabetic retinopathy who received intravitreal Avastin injection into the vitreous, using the guideline for treatment. One hundred participants had made appointments to receive intravitreal Avastin injection for diabetic retinopathy and were randomly selected into the experiment group and the control group, two groups in each of the fifty participants. Data collection tools included a personal data recording form, a pain level assessment form with an interrater reliability of 1, a knowledge questionnaire with a KR-20 reliability of .78, and a satisfaction questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of .97. The statistical analysis was performed using frequency, percentage, and standard deviation, as well as a comparative analysis of test statistics using the Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test and Mann-Whitney U Test. The results of comparing the differences in pain score, knowledge score, and satisfaction score between the control group and the experimental group found that after implementing the CNPG care, the experimental group had a significantly lower pain score and a higher knowledge score and satisfaction score than the control group ($p < .001$). The results of this study could provide information for nurses to make decisions about the further use of the CNPG in patients with diabetic retinopathy disease who are receiving intravitreal Avastin injection.

Keyword: Effectiveness, Clinical Practice Guidelines, Diabetic Retinopathy Diseases, Intravitreal Avastin Injection

Received: Jan 27, 2023 Revised: Apr 9, 2023 Accepted: Apr 21, 2023

¹ Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

^{*} Corresponding author E-mail: nuyui555@hotmail.com

² Professor, Doctor Department of Ophthalmology, Chiang Mai University

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 425 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน (Cho et al., 2018) และเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้หลายระบบในร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไตวาย โรคเบาหวานขึ้นจอตา แผลที่เท้า (Hooper et al., 2012) การเกิดภาวะโรคเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดการเสื่อมสภาพของส่วนต่างๆ ของตาหากไม่ได้รับการรักษา ตั้งแต่ระยะแรกๆ จะสามารถทำให้เกิดภาวะตาบอดได้ ซึ่งภาวะการเสื่อมสภาพของตาจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน รวมถึงระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วย (Hooper et al., 2012) รายงานจากสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (National Health and Medical Research Council [NHMRC]) ปี ค.ศ.2020 พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีอุบัติการณ์ ของโรคเบาหวานขึ้นจอตา ร้อยละ 21.6 ในขณะที่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานขึ้นจอตา ร้อยละ 24.0-31.4 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรวมถึงระดับน้ำตาลสะสม (สมใจ แสงสร้อย, 2562)

โรคเบาหวานขึ้นจอตา เกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร่วมกับปัจจัยส่งเสริมคือ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กทั่วร่างกาย รวมถึงเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาอ่อนแอลงและมีความผิดปกติเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น อาจเป็นการสูญเสียการมองเห็นบางส่วนหรือแม้กระทั่งตาบอดทั้งหมดได้ (Ansari et al., 2022) และเมื่อมีภาวะโรคเบาหวานขึ้นจอตาแล้วจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Happich, Reitberger, Breitschdel, Ulbig, & Watkins, 2008; Pereira, et al., 2017) รวมถึงด้านเศรษฐกิจ สังคม ตามมาได้

การแพทย์ปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่สำคัญ 3 วิธี ได้แก่ การยิงเลเซอร์ที่จอตา การผ่าตัดจอตา และการฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตา (Flynn Jr & Batra, 2018) ซึ่งการฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตาเป็นวิธีการรักษาโรคจอประสาทตาที่ใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะให้ผลการรักษาที่ช่วยลดการบวมของจอตาและยับยั้งการเติบโตของหลอดเลือดผิดปกติได้ ทำให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนใหญ่นิยมการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาด้วยวิธีฉีดยาอวาสตินเข้าในน้ำวุ้นตา ซึ่งมีชื่อสามัญคือยา Bevacizumab ความถี่ในการฉีดยาโดยจะฉีดทุก 4 สัปดาห์และทุก 8 สัปดาห์ (Wells et al., 2016) พบว่าระดับการมองเห็นดีขึ้น อย่างไรก็ตามยาอวาสตินได้รับความนิยมใช้ในการรักษาภาวะโรคเบาหวานขึ้นจอตามากกว่ายาชนิดอื่นเพราะราคาถูก สามารถเบิกได้ตามสิทธิการรักษาทุกประเภท โดยในปี พ.ศ.2563-พ.ศ. 2565 มีสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาอวาสตินเข้าในน้ำวุ้นตา ในโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวน 2,873, 4,264, 4,464 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 450 ราย (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2565) แม้การรักษาโรคเบาหวานขึ้นจอตาจะเกิดผลดีในการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่การฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตาอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดได้ อาจจะมีอาการปวดบริเวณลูกตาข้างที่ได้รับการฉีดยาและมีอาการเหมือนจุกด่าลอยไปมา อาการเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นได้ใน 1 สัปดาห์แรกหลังฉีด (อัจฉรา แก้วน้ำเชื้อ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตา เช่น การศึกษาของ ศิริวรรณ วรรณศิริ, มุกดา เดชประพนธ์ และ ภฤศ หาญอุตสาหะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรม การให้ความรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอตาตามที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้มีการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการเพิ่มพูนความรู้และ คลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่คลินิกจักษุวิทยาแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า ความรู้และความวิตกกังวลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมากระหว่างก่อน-หลัง และการ ติดตามผลของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะจอตาเสื่อมและความรุนแรงของความ วิตกกังวลลดลง และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้ของผู้ป่วย (Safwat, Mohamed, Abdullah, & Abdulmutalib, 2021) จะเห็นได้ว่าการมีแนวปฏิบัติที่ดี ส่งผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวก่อน และหลัง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลง ลดระดับความเจ็บปวด ลดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตราย แก่ผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจต่อการรักษา

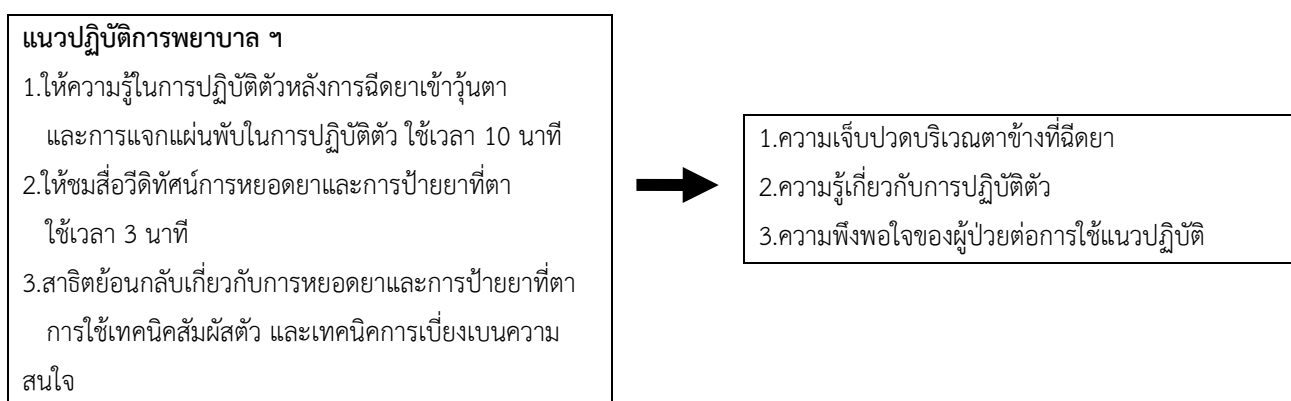
มีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าในน้ำวุ้นตาต่อความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร์ ของ มะลิ การะปักษ์, อรพิน มโนรส, จันทรา ชัยสุขโกศล และเพ็ญศรี ปัญโญ (2564) ผลการวิจัย พบว่า ความปวดลดลงและความพึงพอใจต่อการ ใช้ แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาได้รับการพิสูจน์ว่าแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคจอตา ที่ได้รับการฉีดยาอวาสติน แต่เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติที่ใช้ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก และยังไม่เฉพาะเจาะจงกับ กลุ่มโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าในน้ำวุ้นตา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวปฏิบัตินี้มาดัดแปลงเพื่อให้ เข้ากับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และศึกษาผลของความรู้ในการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจและความเจ็บปวดของผู้ป่วย ที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าในน้ำวุ้นตา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยโดยรวม

อย่างไรก็ตาม การให้สุศึกษาที่ห้องตรวจจอตาและวุ้นตาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ผ่านมา เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แต่ไม่ได้มีแนวปฏิบัติโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสติน ทำให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังการรักษาด้วยการฉีดยาอวาสติน การจัดการ ความเจ็บปวด ส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่ถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานขึ้นจอตาในระยะ รุนแรงตามมา แต่ถ้ามีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับโรคดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ กับอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอาการปวดหลังฉีดยา รวมถึงมีความรู้ในการดูแลตนเองหลัง การรักษาและจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้รับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจภายในกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design) ศึกษาประสิทธิผลของการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่เข้ามาใช้บริการตามนัดที่ห้องตรวจจอตาและวุ้นตาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่าง 1-31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่เข้ามาใช้บริการตามนัดที่ห้องตรวจจอตาและ วุ้นตาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในระหว่างวันที่ 1-31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการรักษาโดยวิธีฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา เข้ามาใช้บริการตามนัดที่ห้องตรวจจอตาและวุ้นตาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอตา (2) แพทย์นัดมารับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตาและไม่เคยได้รับการสอนเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา (3) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง (4) สามารถอ่านออกเขียนได้ (5) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีโรคทางจิตเวชที่รุนแรงหรือมีปัญหาทางสมองที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ 2) มีระดับอาการปวดตาอย่างรุนแรงมีการอักเสบติดเชื้อที่ตา ร่วมกับมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/90 mmHg (คะแนนความปวดมากกว่า 7) และ 3) ผู้ป่วยขอลอนตัวออกจากการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้โปรแกรม G* power โดยคำนวณจากผลการศึกษานำร่องของมะลิ การปะกัษ และคณะ (2564) คำนวณโดยกำหนดค่า Power=0.8 ค่า α error=0.5 ค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.6 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 47 คนทำการเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 52 ราย แต่เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วนกลุ่มละ 2 รายจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 ราย ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างขนาด 50 คน ในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา โดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต นาสิก โรงพยาบาลแพร์ของ มะลิ การปะกัษและคณะ (2564) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติตามขั้นตอนของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งประเทศไทย (NHMRC, 2020) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอนได้แก่ การระบุปัญหา การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตั้งเป้าหมาย การพัฒนาแผนการปฏิบัติ การดำเนินการและการส่งเสริมการใช้แผนการปฏิบัติ การทดสอบแผนการปฏิบัติ การนำเสนอแผนการปฏิบัติ การนำไปใช้ การประเมินผล การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ และการปรับปรุง ขั้นตอนเหล่านี้ช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติมีวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติ ในทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงและพัฒนางานด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จักษุแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่านพิจารณาเพื่อนำมาทำการทดลอง แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตา กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ มีดังนี้

1.1. ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่ทำการตรวจเรื่องการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา

1.2. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติก่อนและหลังการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา ที่ห้องรอฉีดยาและห้องตรวจจอตาและวุ้นตา โดยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉีดยา ผู้วิจัยใช้เวลาในการอธิบายให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองในขณะที่รอฉีดยา โดยใช้เวลา 10 นาที

1.3. ให้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการหยอดยาและป้ายยาที่ตา โดยใช้ระยะเวลา 3 นาที และมีการสาธิตย้อนกลับเรื่องการหยอดยาและป้ายยา เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถหยอดยาและป้ายยาได้เอง ได้อย่างถูกต้องหลังกลับไปบ้านแล้ว

1.4. หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา โดยใช้เทคนิคสัมผัสตัว เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ และการให้ความรู้ แนะนำการมาตรวจตามนัดหมาย เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดหลังฉีดยาจะให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล ขนาด 500 มก. จำนวน 1-2 เม็ด ให้นอนพักและร่วมกับรายงานแพทย์ และประเมินซ้ำอีก 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปถึงที่บ้านถ้ายังมีอาการปวดเพิ่มมากขึ้นแนะนำให้กลับมาพบแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัวอื่น

2. แบบประเมินระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา โดยใช้แบบวัดความเจ็บปวดในผู้ใหญ่ของแมคแคฟเฟอร์และบีเบ้ (McCaffery & Beebe, 1989) ซึ่งเป็นมาตรวัดระดับความปวดแบบตัวเลข 1-10 โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความปวดด้วยตนเอง การแปลผลคือ ตัวเลขระดับความเจ็บปวด ความหมายของคะแนน มีดังนี้ คะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ปวด จนถึง 10 หมายถึง มีความรู้สึกปวดมากที่สุด เกณฑ์การกำหนดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด คะแนน 1-3 หมายถึง มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับปานกลาง คะแนน 7-10 หมายถึง มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับมาก ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) โดยนำไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จักษุแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต เท่ากับ 1

3. แบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวหลังฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา ผู้วิจัย พัฒนามาจากแบบสอบถามของ มะลิ การะปักษ์ และคณะ (2564) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะการตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ 1=ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง 2=ปฏิบัติได้ถูกต้อง การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปฏิบัติไม่ถูกต้อง=0-10 ระดับปฏิบัติถูกต้อง=11-20 นำไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จักษุแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) เท่ากับ .90 และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คนด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติโรคเบาหวานขึ้นจอตา โดยพัฒนาจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจอตาและวุ้นตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต นาสิก โรงพยาบาลแพ่ง ของ มะลิ การะปักษ์ และคณะ (2564) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด, 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก, 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง, 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 81-100 (41-50 คะแนน) ระดับมาก ร้อยละ 61-80 (31-40 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 41-60 (21-30 คะแนน) ระดับน้อย ร้อยละ 21-40 (11-20 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 1-20 (1-10 คะแนน) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จักษุแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวทางปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .9 และนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขจริยธรรม FAC-MED-2565-0023 เอกสารรับรองหมายเลข 432/2565 การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยสมัครใจและมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็น

ลายลักษณ์อักษร ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ข้อมูลที่ได้ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนำไปเพื่ออภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับใบอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุไว้ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มโดยการจับฉลาก โดยฉลากใบแรกคือ กลุ่มทดลอง ฉลากใบที่ 2 คือกลุ่มควบคุมสลับกันตามลำดับ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด โดยแบบประเมินระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอะวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา แบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวหลังฉีดยาอะวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติโรคเบาหวานขึ้นจอตาของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้กลุ่มทดลองตอบและเป็นผู้ประเมินอาการปวด ใช้ระยะเวลา 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความเจ็บปวด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test เนื่องจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นการแจกแจงไม่ปกติ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test เนื่องจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 เป็นเพศชาย ร้อยละ 44 อายุเฉลี่ย 59.48 ปี ($SD=13.19$) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.59 กิโลกรัม/เมตร² ($SD=3.89$) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและระดับมัธยมศึกษา โกล่เคียงกัน ร้อยละ 32 และ ร้อยละ 30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวม ประกอบด้วย โรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคไต มากที่สุด ร้อยละ 43 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มควบคุม มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 58 เพศหญิง ร้อยละ 42 มีอายุเฉลี่ย 56.88 ปี ($SD=16.74$) ดัชนีมวลกายค่าเฉลี่ย 24.50 กิโลกรัม/เมตร² ($SD=3.81$) ครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 52 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 38 รองลงมาคือระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 26 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26 โรคประจำตัวอื่น ๆ รวมคือโรคไขมัน ความดันโลหิตสูงและโรคไต ร้อยละ 34 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28

เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวด

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($n=100$)

คะแนนความปวด	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	50	46.41	1641	6.38	.000*
กลุ่มควบคุม	50	54.49	3409		

* $p<.001$

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนความรู้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($n=100$)

คะแนนความรู้	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	50	49.10	2455.00	-7.78	.000*
กลุ่มควบคุม	50	51.90	2595.00		

* $p<.001$

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายในกลุ่มทดลอง ($n = 50$)

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P-value
กลุ่มทดลอง					
1.หลังทดลอง< ก่อนทดลอง	0	.00	.00	-6.40	.000*
2.หลังทดลอง > ก่อนทดลอง	41	19.03	861.00		
3.หลังทดลอง = ก่อนทดลอง	9				

* $p<.001$

เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติ

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้นวปฏิบัติ พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้นวปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนใช้นวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจ	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P-value
หลังทดลอง < ก่อนทดลอง	1	21.50	21.50	-4.81	.000*
หลังทดลอง > ก่อนทดลอง	33	17.38	573.50		
หลังทดลอง = ก่อนทดลอง	16				

* $p < .001$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. หลังการใช้นวปฏิบัติกลุ่มทดลองมีอันดับคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉีดยาอาสตินเข้าน้ำอุ่นตา ตลอดจนการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งการมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาจะช่วยให้สามารถเตรียมตัวเตรียมใจได้ดีก่อนการเข้ารับการรักษา และรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่เป็นไปได้จากการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงโรคและขั้นตอนการรักษาอย่างถูกต้อง สามารถช่วยลดความเจ็บปวดได้โดยตรง เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจและมั่นใจกับวิธีการรักษาของตนเอง ทำให้มีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีขึ้น อาจลดความเจ็บปวดลดลงได้ (Kadimpati, Zale, Hooten, Ditre, & Warner, 2015) อีกทั้งขณะทำการทดลองได้รับการสอนเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัสตัว และแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ทั้งในขณะก่อนและหลังฉีดยา พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินความรู้ของตนเอง ผ่านการสอบถามและแบบประเมิน โดยการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การจัดการความสนใจต่อความปวดด้วยเทคนิคต่างๆ ซึ่งเป็นการทำงานของสมองระดับสูง (executive function) เป็นการยับยั้งความสนใจของสมองต่อความปวดและความกังวล ซึ่งส่งผลให้ระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามทฤษฎีของโมเดลของอารมณ์และการคิด (cognitive-affective model) ที่พัฒนาโดย เอกเคิลสตันและครอมเบซ (Eccleston & Crombez, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ ริเชอร์และคณะ (Rischer et al., 2020) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง ที่ประเทศลักเซมเบิร์ก พบว่าการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสนใจในอาการปวดลดลง จึงทำให้อาการปวดลดลงได้ แรงจูงใจที่จะมีส่วนร่วมในงานจะมีผลกระทบต่อความเจ็บปวด เพียงเล็กน้อย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้อีกเมื่อแรงจูงใจต่ำ

2. หลังการใช้นวปฏิบัติ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการใช้นวปฏิบัติ และระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ผ่านการมองและการฟังที่หลากหลาย ได้แก่ การชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการหยอดยาและการป้ายยา โดยใช้เวลา

3 นาที การได้รับข้อมูลจากการอ่านแผ่นพับที่แจกให้ และการฟังการบรรยายจากผู้วิจัย โดยใช้เวลา 10 นาที ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้เพียงความรู้จากการให้คำแนะนำตามปกติ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มควบคุม และมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารักษ์ ศรีเมือง (2565) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะเตรียมการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แผนกหู คอ จมูก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. หลังการใช้แนวปฏิบัติ อันดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากผู้วิจัยและได้สาธิตย้อนกลับ การหยอดยาและป้ายยา ทำให้กลุ่มทดลองได้พัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง จนทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว และมั่นใจในการรักษาโรคเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการฉีดยาอวาสดินเข้าน้ำวุ้นตา รวมถึงอาการปวดที่ได้รับการจัดการแก้ไขตามแนวปฏิบัติ และความพึงพอใจนี้ประเมินหลังจากประเมินการปวด จึงทำให้กลุ่มทดลองความมั่นใจในประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้มีความพึงพอใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา คำชาย และ ภาวนา ดาวงค์ศรี (2565) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ที่โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา ได้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชีรา อังตระกูล, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดิ์วงศ์ (2555) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วย เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในระดับมาก และผลการศึกษาของ สิริรักษ์ เกตุจินดา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และภาวนา กิรติยวงศ์ (2552) ศึกษาเรื่องผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดกิจกรรมการสอนเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสดินเข้าน้ำวุ้นตา จะช่วยเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลตัวเองและการรักษามากยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสดินเข้าน้ำวุ้นตา เพื่อส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังการฉีดยาอวาสดินเข้าวุ้นตาอย่างถูกต้อง และสามารถจัดการกับอาการปวดได้อย่างเหมาะสม มีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการการรักษาเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาต่อภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น การติดเชื้อในตา ตาแดง ตามัว เป็นต้น
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมแรง
3. การพัฒนานวัตกรรมสื่อการสอนที่หลากหลายเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสติน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิเรก ผาติกุลศิลา รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง วรพร ชัยกิจมงคล และคุณรัตนาวดี เกตุสอน ที่เอื้อเฟื้อในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณอิสริย์ ปัญญาวรรณ ผู้ให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้ ให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จุฬารณ ศรีเมือง. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยระยะเตรียมการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(3), 387-398.
- มะลิ การะปักษ์, อรพิน มโนรส, จันทิรา ชัยสุขโกศล และเพ็ญศรี ปัญญา. (2564). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจอตาที่ได้รับการฉีดยาอวาสตินเข้าน้ำวุ้นตา ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 29(1), 153-166.
- รัตนา คำชาย และ ภาวนา ดาวงค์ศรี. (2565). ผลของการใช้ โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(3), 420-434.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ, มุกดา เดชประพนธ์ และภฤศ หาญอุตสาหะ. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(2), 57-75
- สมใจ แสงสร้อย. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 197-208.
- สิริรักษ์ เกตุจินดา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และภาวนา กิรติยวงศ์. (2552). ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(1), 39-51.

- สุชีรา อึ้งตระกูล, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย รักติวงศ์. (2555). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2), 31-42.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2565). *รายงานสถิติประจำปี*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- อัจฉรา แก้วน้ำเชื้อ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(4), 177-180.
- Ansari, P., Tabasumma, N., Snigdha, N. N., Siam, N. H., Panduru, R. V., Azam, S., ... & Abdel-Wahab, Y. H. (2022). Diabetic retinopathy: an overview on mechanisms, pathophysiology and pharmacotherapy. *Diabetology*, 3(1), 159-175.
- Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., ... Malanda, B. I. D. F. (2018). IDF diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 138, 271-281
- Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive - affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125(3), 356.
- Flynn Jr, H. W & Batra, N. R. (2018). *Clinical trials in diabetic retinopathy*. Miami: Bascom Palmer Eye Institute.
- Happich, M., Reitberger, U., Breitscheidel, L., Ulbig, M., & Watkins, J. (2008). The economic burden of diabetic retinopathy in Germany in 2002. *Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 246, 151-159.
- Hooper P., Boucher, M., Cruess, A., Dawson, K. G., Delpero, W., Greve, M., ... Maberley, D. A. (2012). Canadian ophthalmological society evidence-based clinical practice guidelines for the management of diabetic retinopathy. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 47(2), 1-54.
- Kadimpati, S., Zale, E. L., Hooten, M. W., Ditte, J. W., & Warner, D. O. (2015). Associations between neuroticism and depression in relation to catastrophizing and pain-related anxiety in chronic pain patients. *PLoS One*, 10(4), e0126351.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: clinical manual for nursing practice*. Mosby St. Louis, MO.
- National Health and Medical Research Council. (2020). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf
- Pereira, D. M., Shah, A., D'Souza, M., Simon, P., George, T., D'Souza, N., ... & Baliga, M. S. (2017). Quality of life in people with diabetic retinopathy: Indian study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(4), NC01.

- Rischer, K. M., González-Roldán, A. M., Montoya, P., Gigl, S., Anton, F., & van der Meulen, M. (2020). Distraction from pain: the role of selective attention and pain catastrophizing. *European Journal of Pain (London, England)*, 24(10), 1880-1891.
- Rischer, K. M., Savallampi, M., Akwaththage, A., Salinas Thunell, N., Lindersson, C., & MacGregor, O. (2020). In context: emotional intent and temporal immediacy of contextual descriptions modulate affective ERP components to facial expressions. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 15(5), 551-560.
- Safwat, A., Mohamed, R., Abdullah, I., & Abdulmutalib, M. (2021). Effect of nursing guidelines on improving knowledge and relieve anxiety of diabetic patients with retinopathy. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 5(2), 147-157.
- Wells, J. A., Glassman, A. R., Jampol, L. M., Aiello, L. P., Antoszyk, A. N., Baker, C. W., ... Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. (2016). Association of baseline visual acuity and retinal thickness with 1-year efficacy of aflibercept, bevacizumab, and ranibizumab for diabetic macular edema. *JAMA Ophthalmology*, 134(2), 127-134.

การวิเคราะห์เรื่องเล่าการเป็นพ่อแม่ใหม่กับการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด บริบทจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน

ปริศนา นวลบุญเรือง พย.ด.^{*1} พีรพรรณ อภิวงศ์วาร พย.ม.¹

ภัทรพร จันทรวะดิน พย.ม.² อัญชลี คงอ้าย พย.ม.¹

ผ่องศรี จิตมโนวรรณ พย.ม.³ พิษณุ อังคะนาวัน พย.ม.⁴

กัญญาณัฐ สิทธิภา พย.ม.⁵ ณัฐนิชา คำปาละ พย.ม.⁶ ถาวร ล่อกา ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพการดูแลครรภ์ ประสิทธิภาพการคลอด และผลลัพธ์การคลอด การวิจัยเชิงคุณภาพแบบเล่าเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองและประสบการณ์การเป็นพ่อแม่ใหม่ในประเด็นการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด อาสาสมัครการวิจัยเป็นผู้ชายจำนวน 14 คน มีอายุ 19-50 ปี และมีประสบการณ์ในฐานะพ่อแม่ใหม่ในการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด อาศัยอยู่ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวการเล่าเรื่อง ผลการวิจัย พบว่า การเล่าเรื่องของคุณพ่อใหม่มี 9 ประเด็น คือ การวางแผนและการตัดสินใจเรื่องการมีบุตร ปฏิบัติการต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา การปรับเปลี่ยนการอยู่อาศัยให้สะดวก ปลอดภัย และ สุขสบาย การป้องกันความเจ็บป่วยและการบำรุงแม่ที่ตั้งครรภ์ เพื่อให้ลูกเกิดมาสมบูรณ์ การอยู่เดือน ครอบครัวและเครือญาติมีส่วนร่วมในทุกช่วงของการตั้งครรภ์ และการคลอด และการเลี้ยงดูบุตร การหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ การปรับตัวเพื่อทำหน้าที่สามีและพ่อ และผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการดูแลครรภ์ การคลอด และหลังคลอด บุคลากรสุขภาพควรจัดบริการสุขภาพที่ให้พ่อแม่ใหม่มีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาและบุตรในระยะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด และควรศึกษาประสิทธิภาพของการจัดบริการ

คำสำคัญ การตั้งครรภ์, การคลอด, หลังคลอด, การมีส่วนร่วมของสามี, พ่อแม่ใหม่, การวิจัยเชิงคุณภาพแบบเล่าเรื่อง

วันที่รับ: 16 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 21 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 24 เมษายน 2566

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

*ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: prissanan@gmail.com

² ที่ปรึกษาวิชาการอิสระ

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

⁴ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

⁵ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

⁶ นักศึกษาปริญญาเอก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Analysis of first-time fatherhood narratives in relation to pregnancy, childbirth and postpartum care within the context of one province in the upper north region

Prissana Naunboonruang DSN.*¹ Peeraphan Apiwongwarn MS.N.¹

Pattaratorn Chantarawakin MS.N.² Anchalee Kongai MS.N.¹

Pongsri Jitmanowan MS.N.³ Pichata Oangkanawin MS.N.⁴

Kunyanut Sittipa MS.N.⁵ Nutnicha Kumpala MS.N.⁶ Thaworn Lorga Ph.D.¹

Abstract

Family and spousal participation in pregnancy, childbirth, and after childbirth influence access to services, the quality of antenatal care, childbirth experiences, and birth outcomes. This qualitative narrative research aimed to explore the perspectives and experiences of first-time fathers in relation to pregnancy, childbirth, and postpartum care. Participants consisted of 14 men aged 19-50 years who had been involved in pregnancy, childbirth, and postpartum care as first-time fathers and resided in one province of the upper north region. Data was collected through in-depth interviews and semi-structured. A narrative analysis was performed. The results revealed nine storylines that represented the experiences of the participants as first-time fathers, including planning and decision-making in relation to having a child, father's reactions to pregnancy, convenient, safe, and comfortable living arrangements, protection and nourishment of mothers for baby wellbeing, a month-long traditional postpartum observation, family and kinship involvement throughout pregnancy, childbirth, and child rearing, finding information for decision-making, adjusting to the roles as husband and father, and impacts of COVID-19 on pregnancy care, childbirth, and postpartum care. The findings warrant support from maternal and child health service providers in promoting first-time fathers' participation in caring for their wife and child throughout different stages of pregnancy, childbirth, and postpartum care and evaluation of the effectiveness of services.

Keywords: pregnancy, childbirth, spousal participation, first-time father, narrative research

Received: Feb 16, 2023 Revised: Apr 21, 2023 Accepted: Apr 24, 2023

1 Faculty of Nursing, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

* Corresponding author E-mail: prissanana@gmail.com

2 Independent Technical Consultant

3 Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University

4 Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Praboromarajchanok Institute

5 Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

6 PhD. Student, Chiang Mai Rajabhat University

บทนำ

ในสังคมประชาธิปไตยหรือสังคมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรมักถูกมองว่าเป็นเรื่องของผู้หญิง ดังนั้นความรับผิดชอบต่าง ๆ ในการดูแลครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดจึงเป็นความรับผิดชอบของผู้หญิง ในขณะที่สามีซึ่งมีบทบาทรับผิดชอบหลักเกี่ยวกับเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของครอบครัวจะมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลสุขภาพของภรรยาในทุกระยะของการตั้งครรภ์และการคลอดตลอดจนการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด (Comrie-Thomson, et al., 2015) ในบริบทสังคมอนุรักษ์นิยม (สังคมที่ชายหรือหญิงเป็นใหญ่ก็ได้ แต่ส่วนใหญ่มักจะมีผู้ชายเป็นใหญ่ ซึ่งมีการรักษาขนบธรรมเนียมและการปฏิบัติแบบดั้งเดิม การยอมรับแนวคิดใหม่ ๆ มาปฏิบัติเป็นไปได้ยาก) หลายแห่ง พบว่า ความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกนั้นยังไม่เพียงพอ หรือไม่เหมาะสมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงและทารกแรกเกิดได้ (Mullany, Becker, & Hindin, 2007; Chattopadhyay, 2012) ตัวอย่างเช่น การที่สามีไม่ให้ความช่วยเหลือเรื่องการเดินทางไปรับบริการทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าถึงบริการการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ นอกจากนี้การที่สามีขาดความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมถึงพัฒนาการของทารกทำให้ไม่สามารถสนับสนุนและดูแลภรรยาและการตั้งครรภ์ในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพของแม่และทารก ผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา และสัมพันธภาพในครอบครัวได้ ดังนั้น พ่อมือใหม่หรือผู้ชายที่มีบุตรครั้งแรกมีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์และการคลอด เช่นเดียวกับพ่อที่มีบุตรมาก่อน อย่างไรก็ตาม พ่อมือใหม่ที่เปลี่ยนผ่านจากความเป็นสามีสู่ความเป็นพ่อ ต้องเผชิญกับอุปสรรคหลายอย่างในการสนับสนุนและดูแลตั้งครรภ์และการคลอดรวมถึงการเลี้ยงดูบุตร พ่อมือใหม่มักจะขาดการเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการบำบัดบาทของพ่อและสามีอย่างมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการตั้งครรภ์และการคลอด และการเลี้ยงดูบุตร พ่อมือใหม่มักจะไม่ทราบว่าภรรยา ครอบครั และบุคลากรสุขภาพคาดหวังอะไรจากตนเอง หรือคิดว่าผู้ให้บริการสุขภาพไม่สนใจตนเอง พ่อมือใหม่มักจะประสบกับความกังวลเรื่องการเงินของครอบครัว ความกลัวที่จะสูญเสียอิสรภาพ และความวิตกกังวลกับบทบาทใหม่ในการเป็นพ่อคน (Finnbogadóttir, Crang, & Persson, 2003)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้ (พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, 2565) คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอดคุณภาพ การดูแลหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ผู้นำ ชุมรมจิตอาสาแม่และเด็ก และการสนับสนุนความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงโรงเรียนพ่อแม่ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์และสามีในการทำบาทบาทการเป็นพ่อแม่ (พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการผดุงครรภ์ร่วมสมัยได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของสามีหรือคู่สมรสในการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดเพื่อประโยชน์ต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ ทารก และสามีในการทำบาทบาทพ่อและสามีสำหรับพันธกิจใหม่ของครอบครัว (Yargawa & Leonardi-Bee, 2015) โดยการมีส่วนร่วมของสามีในบริการสุขภาพแม่และเด็ก ส่งผลดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดโดยทำให้การเข้าถึงบริการฝากครรภ์สูงขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด ส่งเสริมสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด และเพิ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (นลินี ศรีอ่อน และ วิณา จีระแพทย์, 2560) สำหรับรูปแบบของการมีส่วนร่วมของสามีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ประกอบไปด้วย การดูแลด้านร่างกายและ

อารมณ์ตลอดระยะการตั้งครรภ์ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละไตรมาส การช่วยเหลือด้านการเข้ารับบริการฝากครรภ์ การปรับเปลี่ยนกิจกรรมในครอบครัวและเพศสัมพันธ์ การเป็นคู่คิดในระยะคลอด การช่วยดูแลทารกแรกเกิด การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยและวัสดุอุปกรณ์ในการเลี้ยงดูบุตร การแสวงหาความรู้ ทักษะและเครือข่ายสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร และการสื่อสารในภาวะการณ์เปลี่ยนผ่านพันธกิจครอบครัว (กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล, วรณา พาหุวัฒนกร และ เยวลักษณ์ เสรีเสถียร (2555)

บริบทอนามัยเจริญพันธุ์ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรที่มีความหลากหลายชาติพันธุ์ โดยส่วนใหญ่เป็นไทใหญ่ และรองลงมาเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ลาหู่หรือมูเซอ ฯลฯ มีสภาพภูมิศาสตร์ถูกปิดล้อมด้วยเทือกเขาสูงทำให้การเข้าถึงทางกายภาพยากลำบากกว่าพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย และจังหวัดแม่ฮ่องสอนยังคงประสบปัญหาผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น 2554-2558 มีมารดาตายจากการตั้งครรภ์และการคลอด ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวม 7 ราย หรือ เฉลี่ยปีละ 1.4 ราย ได้แก่การตกเลือดหลังคลอด (ร้อยละ 57.14) การติดเชื้อ (ร้อยละ 28.58) และ น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด (ร้อยละ 14.28) และมีปัจจัยเสริมได้แก่ความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ การขาดระบบการส่งต่อที่ดี และการขาดความรู้และความตระหนักของครอบครัวที่ส่งผลทำให้การดูแลตลอดระยะการตั้งครรภ์และการคลอดหย่อนคุณภาพ และการตัดสินใจส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบบริการที่จำเป็นล่าช้า (วรวรรณ วัฒนเกียรติ, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรม จังหวัดแม่ฮ่องสอนยังไม่ได้มีการศึกษามุมมองและประสบการณ์ของคุณพ่่มือใหม่มาก่อนซึ่งการศึกษามุมมองและประสบการณ์ของการเป็นคุณพ่่มือใหม่อาจจะทำให้เข้าใจและเห็นแนวทางในการสนับสนุนคุณพ่่มือใหม่ในการดูแลมารดาและทารกตลอดระยะการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ดังนั้นการศึกษาดังกล่าว โดยการเล่าเรื่องจะสะท้อนให้เห็นภาพของประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้จุดแข็ง และจุดที่ควรพัฒนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ต่อพ่่มือใหม่รายอื่น ๆ ในการปรับเปลี่ยนบทบาท วิธีคิด การมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและอาจลดปัญหาในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองและประสบการณ์ของผู้ชายที่เคยมีประสบการณ์ในฐานะพ่่มือใหม่ในการดูแลมารดา ระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดและหลังคลอดในบริบทจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือตอนบน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยของการศึกษาเรื่องเล่า (narrative inquiry) (Clandinin & Connelly, 2000) และเก็บข้อมูลในจังหวัดแม่ฮ่องสอนระหว่างวันที่ 1-10 กุมภาพันธ์ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ชายอายุไม่น้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ และมีประสบการณ์ในการเป็นพ่่มือใหม่หรือมีบุตรคนแรก โดยภรรยาอยู่ในระยะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรแล้ว เลือกอาสาสมัครแบบเจาะจง โดยพิจารณาเลือกพ่่มือใหม่ที่มีบุตรคนแรก จำนวน 9 คน และเลือกพ่อที่มีบุตรมากกว่า 1 คน จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสอบถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการพิจารณาความครอบคลุมเชิงโครงสร้างของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย โครงสร้างคำถามดังนี้ 1) ท่านและภรรยาวางแผนการมีบุตรคนแรกอย่างไร 2) ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าภรรยาของท่านตั้งครรภ์ 3) ท่านได้ดูแลภรรยาอย่างไรบ้างในช่วงการตั้งครรภ์ในแต่ละช่วง (ช่วงที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 13 ช่วงที่ 2 สัปดาห์ที่ 14 ถึงสัปดาห์ที่ 28 และช่วงที่ 3 สัปดาห์ที่ 29 ถึงสัปดาห์ที่ 42) 4) ท่านได้ดูแลภรรยาอย่างไรบ้างในช่วงการคลอด 5) ท่านได้ดูแลภรรยาและบุตรอย่างไรบ้างในช่วงหลังคลอดที่โรงพยาบาล 6) ภรรยาและบุตรของท่านมีปัญหาและความต้องการอะไรบ้างในช่วงหลังคลอด 1 เดือนแรกที่บ้าน และท่านได้ดูแลภรรยาและบุตรอย่างไร 7) หลังจาก 1 เดือนแรกหลังคลอดจนถึง 12 เดือน ภรรยาและบุตรของท่านมีปัญหาและความต้องการอะไรบ้าง และท่านได้ดูแลภรรยาและบุตรอย่างไร 8) มีอะไรบ้างในตัวท่านและครอบครัวของท่านที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหลังจากที่ภรรยาของท่านตั้งครรภ์/คลอด และ 9) ท่านประสบกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลภรรยาและบุตรอะไรบ้าง และท่านได้จัดการอย่างไร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่อนุมัติ IRBCMRU 2023/033.26.01 ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ รายละเอียดการวิจัย พร้อมขออนุญาตในการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยการลงลายมือชื่อ เพื่อบันทึกเหตุการณ์การสนทนา และจดบันทึก การนำเสนอข้อมูลให้คงสาระประสบการณ์และความหมายที่ไม่บิดเบือนเรื่องเล่าและหลีกเลี่ยงการนำเสนอข้อมูลที่อาจบ่งชี้ตัวตนของพหุมือใหม่ หรือแทนที่ข้อมูลที่มีความเฉพาะด้วยลักษณะนามที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับบุคคล ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงครั้งนี้หากเสร็จสิ้นการวิจัยโดยสมบูรณ์แล้วจะทำการลบข้อมูลทิ้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานกับผู้รับผิดชอบการให้บริการสุขภาพในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อประสานอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามในการพูดคุยกับอาสาสมัครการวิจัยรายบุคคลที่บ้านของอาสาสมัคร ขออนุญาตบันทึกการสนทนา และจดบันทึกรายละเอียดการสนทนา การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที ในระยะแรกของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครการวิจัยจำนวน 5 คน แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาประเด็นหรือแก่นสาระเบื้องต้น (thematic identification) จากนั้นได้เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครการวิจัยเพิ่มอีก 5 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเติมเต็มรายละเอียดของประเด็นหรือแก่นสาระจนกระทั่งประเด็นหรือแก่นสาระมีความอิ่มตัว (thematic or conceptual saturation) หลังจากนั้นได้สร้างกรอบแนวคิด (framework) (Creswell & Poth, 2018) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากอาสาสมัครการวิจัยอีก 4 คน เพื่อตรวจสอบความสามารถในการอธิบายประสบการณ์ของพหุมือใหม่ของกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้น (theoretical validation) จึงมีอาสาสมัครการวิจัยที่ให้ข้อมูลทั้งสิ้นรวม 14 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เรื่องเล่าโดยผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์สิ่งที่ผู้เล่าเล่าให้ฟัง (what is told) ด้วยวิธีการวิเคราะห์หาแก่นสาระ (thematic analysis) และการวิเคราะห์แนวการเล่าเรื่อง (how the story is

told) ด้วยวิธีการวิเคราะห์โครงสร้างของเรื่องราว (structural analysis) (Phoenix, Smith, & Sparkes, 2010) ผู้วิจัยเริ่มต้นการวิเคราะห์ด้วยการฟังและอ่านเรื่องเล่าทั้งหมดของพ่อแม่ใหม่แต่ละคนและสรุปใจความสำคัญของเรื่องเล่ารายบุคคลในภาพรวม (first-hand narratives) เพื่อคงไว้ซึ่งเรื่องราวให้ผู้อ่านได้เข้าถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลโดยไม่มีการบิดเบือนหรือมีการบิดเบือนเรื่องเล่าน้อยที่สุด จากนั้นทำการวิเคราะห์แก่นสาระและโครงสร้างของเรื่องเล่าโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (constant comparative analysis) (Glaser, 1998) โดยเริ่มต้นจากการระบุหน่วยข้อมูลที่เล็กที่สุดที่มีความหมายอยู่ ให้ชื่อหน่วยข้อมูล รวบรวมหน่วยข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกันให้เป็นหมวดหมู่ ให้ชื่อหมวดหมู่ข้อมูลที่สะท้อนถึงแนวคิดของพ่อแม่ใหม่ (narrative of narrative) จากนั้นเชื่อมโยงแนวคิดเหล่านี้เข้าด้วยกันเพื่อค้นหารอบแนวคิดของเรื่องเล่า (narrative of narrative of narrative หรือ conceptual framework) ซึ่งกรอบแนวคิดนี้สามารถใช้อธิบายประสบการณ์ในภาพรวมของพ่อแม่ใหม่ได้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเรื่องเล่าของพ่อแม่ใหม่กับกรอบแนวคิดเพื่อยืนยันความเข้ากันได้ (fit หรือ validity หรือ credibility) ระหว่างเรื่องเล่าและกรอบแนวคิด (Tobin & Begley, 2004) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นทั้งผู้วิเคราะห์เรื่องเล่า (story analysts) และผู้เล่าเรื่อง (story tellers) (Phoenix et al., 2010)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอ 2 ส่วน ได้แก่ 1. เรื่องราวของเรื่องเล่า 9 ประเด็น และ 2. กรอบแนวคิดของเรื่องเล่า โดยเรื่องราวของเรื่องเล่า 9 ประเด็น มีดังนี้

1. การวางแผนและการตัดสินใจเรื่องการมีบุตร

พ่อที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีการวางแผนและการตัดสินใจเรื่องการมีบุตรที่แตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

ความเชื่อเรื่องการมีบุตร อาสาสมัครการวิจัยเกือบทุกคนเชื่อว่าการมีบุตรเป็นผลผลิตของการใช้ชีวิตคู่ ยกเว้นอาสาสมัครหนึ่งคนที่ภรรยาต้องการแค่ใช้ชีวิตคู่ร่วมกันแต่ไม่ต้องการมีบุตรเนื่องจากเล็งเห็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นหากมีบุตร ดังว่า “แฟนผมอายุมากแล้ว พออยากมีลูกก็มีเลย พอมีลูกก็ดีใจมากผมพาไปฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลกลัวแฟนไม่แข็งแรง และเด็กไม่สมบูรณ์” (คุณพ่อคนที่ 1)

ความสามารถในการจัดการกับหน้าที่และความรับผิดชอบที่เกิดจากการตั้งครรภ์และการมีบุตร มีหลายปัจจัยที่เป็นเครื่องตัดสินความสามารถของครอบครัวว่าพร้อมที่จะมีบุตรหรือไม่ ได้แก่ ความมั่นคงด้านอาชีพและการเงินของครอบครัว แหล่งที่อยู่อาศัยและการอยู่อาศัย ความจำเป็นด้านครอบครัวและการทำงาน รวมถึงความจำเป็นด้านลักษณะงานของคู่สมรส ดังว่า “ผมแต่งงานอายุ 30 ปี แฟนอายุ 29 ปี ทำงานอยู่คนละที่ ผมได้บรรจุที่ต่างจังหวัด แฟนทำอยู่ที่แม่ฮ่องสอน พออายุมากขึ้นก็ตัดสินใจมีลูก มีลูกเมื่ออายุ 36 ปี แฟนอายุ 35 ปี หลังแฟนคลอดผมก็ได้ย้ายมาอยู่ด้วยกัน” (คุณพ่อคนที่ 6)

ความพร้อมด้านอายุและสุขภาพของแม่ หลายครอบครัวตัดสินใจมีบุตรเนื่องจากแม่มีอายุมากขึ้น จึงทำให้ต้องตัดสินใจที่จะมีบุตรทั้ง ๆ ที่รับรู้ว่าครอบครัวยังไม่พร้อมเต็มที่ ดังว่า “ก่อนหน้านี้ไม่พร้อม อยู่กันคนละที่ไปมาลำบาก ทั้งบ้านพ่อแม่ผม บ้านพ่อแม่แฟน พ่อแฟนไม่สบาย แต่แฟนก็อายุเยอะขึ้นแล้วควรมีได้ละ เดี่ยวจะแก่เกินไปละ.” (คุณพ่อคนที่ 3)

ความต้องการของญาติผู้ใหญ่ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เร่งการตัดสินใจที่จะมีบุตรของคู่สมรส ทำให้การตั้งครรภ์เกิดขึ้นในห้วงเวลาที่คู่สมรสคิดว่าตนเองยังไม่พร้อม ดังว่า “ก่อนมีน้อง ไม่ได้วางแผนก่อน เพราะตอนนั้นผมอายุสิบแปด ภรรยาอายุ 28 ปี แต่ตายาย อยากมีหลานประกอบกับภรรยาผมอายุเยอะขึ้นก็เลย ลองไม่กินยาคุมดู 2-3 เดือน ก็มีลูก ผมก็ดีใจ” (คุณพ่อคนที่ 13)

ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน แต่อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้วางแผนเหล่านี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีและความต้องการของครอบครัว ดังว่า “ไม่ได้วางแผนว่าจะมี หรือไม่มี ต้องเอาละเริ่มแก่แล้ว อยู่ด้วยกัน เกือบปีถึงมีลูก ไม่ได้คุมกำเนิด ไปตรวจสุขภาพทำพาสปอร์ตถึงได้รู้ว่ามีลูกรู้สึกดีใจมาก ๆ ตื่นเต้น” (คุณพ่อคนที่ 8)

2. ปฏิบัติการต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา

อาสาสมัครการวิจัยทุกคนเล่าถึงความรู้สึกเมื่อทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์ว่าดีใจ อย่างไรก็ตามความรู้สึกดีใจมักจะมีความรู้สึกตื่นเต้น ดังว่า “ดีใจ และ ตื่นเต้น เนื่องจากการตั้งครรภ์และการมีบุตรเป็นสิ่งที่ครอบครัวรอคอย พอรู้ว่าภรรยาท้อง ก็ดีใจ ตื่นเต้นทั้งสองคน เพราะรอมาตั้งแต่ปี 2558 (7 ปี) แล้วก็ลุ้นเพศ อยากได้เพศชาย” (คุณพ่อคนที่ 3)

ความรู้สึกที่ไม่ทราบว่าจะต้องทำตัวอย่างไรร่วมด้วย ดังว่า “ไม่ได้วางแผนว่าจะมีลูก เพราะยังไม่ได้แต่งงาน แต่อยู่ด้วยกัน 3-4 ปี ไม่ได้คุมกำเนิด พอรู้ว่าแฟนท้องรู้สึกตื่นเต้น ทำตัวไม่ถูก ไม่รู้จะทำตัวอย่างไร จึงไปบอกพ่อแม่ทั้งสองฝ่ายก็เลยได้แต่งงาน” (คุณพ่อคนที่ 9)

มีความวิตกกังวลและความเครียดร่วมด้วย ดังว่า “วางแผนว่าจะมีลูกตั้งแต่อายุ 27 ปี ไม่ได้คุมกำเนิด หมอบอกว่าภรรยาเป็นภาวะมีบุตรยาก เป็นเบาหวานและถุงน้ำรังไข่ แต่งงานมา 8 ปี กว่าจะมีลูก พอตั้งครรภ์ผมก็ดีใจ แต่ก็เป็นห่วงทุกคาม ผมก็พะวงพะวังเรื่องสุขภาพของภรรยา เพราะภรรยา เครียดและซึมเศร้า ครรภ์เป็นพิษ” (คุณพ่อคนที่ 5)

3. ปรับเปลี่ยนการอยู่อาศัยให้สะดวก ปลอดภัย และสุขสบาย

ย้ายไปอยู่กับญาติผู้ใหญ่หรือการมีญาติผู้ใหญ่มาอยู่ดูแล ดังว่า “กังวลเวลาภรรยาขับรถมอเตอร์ไซด์ไปมาทำงาน กังวลความปลอดภัย กลัวเป็นลม หน้ามืดล้ม ประกอบกับผมทำงานต่างจังหวัดไม่มีเวลาดูแลอย่างเต็มที่ ทั้งการดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้า จึงย้ายไปอยู่กับคุณพ่อคุณแม่ของภรรยา” (คุณพ่อคนที่ 6)

ย้ายไปอยู่ใกล้ที่ทำงาน และหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ ดังว่า “ตอนท้องแก่ ย้ายไปเข้าบ้านอยู่ใกล้ที่ทำงานเพื่อไปทำงานสะดวก” (คุณพ่อคนที่ 2)

ปรับปรุงที่อยู่ให้สุขสบายของแม่และบุตร ดังว่า “หลังคลอดผมติดแอร์ที่บ้านเพราะอากาศร้อน และป้องกันฝุ่น” (คุณพ่อคนที่ 3)

4. การป้องกันความเจ็บป่วยและการบำรุงแม่ที่ตั้งครรภ์เพื่อให้ลูกเกิดมาสมบูรณ์

ซึ่งแนวทางการดูแลการตั้งครรภ์ประกอบด้วย

งดการทำงานหนักหรือการใช้แรงมาก เพื่อป้องกันอันตรายจากการทำงานหรือใช้แรงที่หนัก เช่น อาจตกเลือดและแท้งได้ ดังนั้นพ่อแม่ใหม่จึงให้ภรรยาที่ตั้งครรภ์งดหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้แรงมาก และบางรายให้ภรรยาหยุดทำงานหรือลาออกจากงานดังว่า “ผมให้ภรรยาลาออกงานเนื่องจากทำงานที่ร้านอาหารทะเลต้องยกของหนักทุกวัน กลัวมีเลือดออก กลัวแท้ง เลยให้ออกจากงาน” (คุณพ่อคนที่ 14)

งดการรับประทานอาหารแสลงหรืออาหารที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ พ่อมือใหม่ได้รับความรู้จากการบอกเล่าของญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวและจากการหาความรู้เองจากแผ่นพับ โทรท์สน์และอินเทอร์เน็ตว่า อาหารหมักดอง อาหารที่ปรุงด้วยรสเผ็ด อาหารสำเร็จรูปที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของชา กาแฟ มีผลเสียต่อภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นพ่อมือใหม่จะให้ภรรยาที่ตั้งครรภ์งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารเหล่านี้ ดังว่า “กินอาหารดี ๆ หน่อย เช่น ผักเนื้อดี ๆ ไม่มีโซเดียมเยอะ ของจากร้านสะดวกซื้อไม่กินเพราะมีสารตกค้าง เดียวมีผลกับลูก” (คุณพ่อคนที่ 10)

บำรุงร่างกายแม่ให้แข็งแรง ซึ่งอาจเป็นการบำรุงร่างกายด้วยยาที่แผนกฝากครรภ์จ่ายให้แม่รับประทาน หรือ การเสริมอาหารจำพวกนมที่ครอบครัวจัดหาให้ ดังว่า “ช่วงสามเดือนแรกที่ท้องกินอาหารตามปกติ เสริมโดยการซื้อน้ำเต้าหู้ นมมาให้กินเดือนละหลายลังเพราะมีโปรตีน ต้องบำรุงทั้งแม่และลูก ช่วงอายุครรภ์ 7-8-9 เดือน ทำข้าวต้มใส่เนื้อสัตว์ ใส่พริกไทยดำใส่เกลือให้มีรสชาติ” (คุณพ่อคนที่ 4)

พาไปตรวจครรภ์ตามนัด พ่อมือใหม่เกือบทุกราย เป็นผู้พาภรรยาที่ตั้งครรภ์ไปตรวจครรภ์ตามนัด โดยการขับรถไปส่งที่โรงพยาบาล การร่วมให้ข้อมูลกับพยาบาลที่ตรวจครรภ์ การรับฟังคำแนะนำเพื่อการดูแลครรภ์ รวมถึงการอำนวยความสะดวกเรื่องอื่น ๆ ระหว่างการไปใช้บริการฝากครรภ์ ดังว่า “ผมลงงานพาไปส่งทุกครั้ง เพราะต้องใช้เวลาทั้งวันคนเยอะ ไม่ให้ไปเองเพราะกลัวอันตราย (จากการซื้อมอเตอร์ไซค์) และจะได้ช่วยดูแล จะได้รู้ด้วยว่าหมอบอกว่าอะไร” (คุณพ่อคนที่ 13)

ตอบสนองต่อความต้องการของภรรยา นอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้ว พ่อมือใหม่ยังพูดถึงการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการของภรรยาที่ตั้งครรภ์เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ด้านอื่น ๆ อีก ดังว่า “ก่อนคลอดผมช่วยภรรยาเตรียมเสื้อผ้า อุปกรณ์ที่ใช้กับเด็กไว้ ช่วยดูแลค่าใช้จ่าย หาอาหารที่ภรรยาชอบให้” (คุณพ่อคนที่ 7)

5. การอยู่เดือน

ในการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครการวิจัยเกือบทุกคนได้พูดถึงการอยู่เดือนว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับมารดาหลังคลอดซึ่งอยู่ระหว่างการฟื้นฟูร่างกายและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย การอยู่เดือนเป็นวิธีการที่แม่หลังคลอดถือปฏิบัติตามคำแนะนำและการสนับสนุนของญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว อาสาสมัครการวิจัยในฐานะที่เป็นสามีของผู้คลอดมีบทบาทสำคัญในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ควบคุมและช่วยเหลือให้แม่หลังคลอดได้ปฏิบัติตามกรรมวิธีการอยู่เดือนอย่างเต็มที่ โดยคุณลักษณะและรายละเอียดของการอยู่เดือนจากการบอกเล่าของอาสาสมัครการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1) **วัตถุประสงค์ของการอยู่เดือน** การอยู่เดือนมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นฟูร่างกาย ป้องกันการเจ็บป่วย และปรับและคืนสมดุลร่างกาย

2) **ระยะเวลาการอยู่เดือน** ส่วนใหญ่จะใช้เวลา 1 เดือน แต่ในบางรายอาจใช้เวลาครึ่งเดือน หรือ 2 เดือนตามที่ครอบครัวเห็นสมควร

3) **การปฏิบัติตัว** การปฏิบัติตัวระหว่างการอยู่เดือนในแต่ละครอบครัวจะปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยมีกิจกรรมการปฏิบัติตัวดังนี้

3.1) การอยู่แต่ในบ้าน โดยจะได้รับการแนะนำให้อยู่แต่ในบ้านหรือในห้องตลอดระยะเวลาการอยู่เดือน เพราะเชื่อว่าการออกไปนอกบริเวณบ้านจะทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย

3.2) การงดอาหารต้องห้าม ได้แก่ อาหารที่มีรสเย็น เช่น แตงโม พริกเขียว มะละกอ และน้ำเย็น อาหารที่มีรสเผ็ด เช่น น้ำพริก แกงที่ปรุงด้วยพริกหรือเครื่องปรุงที่มีรสชาติจัดจ้าน และอาหารที่กระตุ้นอาการปวดแผล เช่น ไก่ หรือ ไข่ เป็นต้น

3.3) อาหารที่รับประทานได้ อาหารที่รับประทานได้ระหว่างการอยู่เดือนประกอบด้วยข้าวอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่ปรุงด้วยวิธีการย่างหรือทอดให้แห้ง เช่น แคนหมู หมูทอด หมูย่างเกลือทาขมิ้น และผักที่ปรุงด้วยการต้ม ปรุงรสด้วยเกลือหรือรสชาติอ่อน เช่น ต้มผักกาด หรือต้มซี่โครง

3.4) การเพิ่มน้ำนม โดยการประคบเต้านมด้วยถุงร้อนเพื่อให้มีน้ำนมไหลดี และการรับประทานอาหารสร้างน้ำนม เช่น แกงหัวปลี และ แกงผักกาด

3.5) การอาบน้ำ การอบ และการดื่มน้ำต้มสมุนไพร การอาบน้ำสมุนไพรอุ่นจะเป็นกิจกรรมที่พบได้ในทุกครอบครัวโดยปฏิบัติวันละ 1 ครั้ง ในตอนเย็น สำหรับการอบหรือการดื่มน้ำสมุนไพรพบได้น้อยครอบครัว (1-2 ครอบครัว) โดยสมุนไพรที่ใช้ในการต้มเป็นสมุนไพรที่พบได้ในชุมชน เช่น ห่าเอ็ง สามปู มินจะล่าง หย้าหล่าง ไม้กวาด เหริด ปูนปอก และ ปูเลย เป็นต้น โดยสมุนไพรเหล่านี้มีสรรพคุณที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแม่และเด็กหลังคลอด

3.6) การงดสระผม ระยะเวลาการอยู่เดือนหญิงหลังคลอดจะงดการสระผม เพราะเชื่อว่าการสระผมจะทำให้ร่างกายเย็นและเจ็บป่วยได้ง่าย

3.7) การแต่งกายให้อบอุ่น หญิงหลังคลอดแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่อบอุ่น ปกปิดร่างกาย สวมถุงเท้า และใส่หมวก

3.8) การประคบหน้าท้อง การประคบหน้าท้องจะช่วยป้องกันไม่ให้ท้องหย่อนคล้อย

3.9) การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เจ็บป่วย เช่น ควั่นและฝน

4) ข้อดีของการอยู่เดือน การอยู่เดือนมีข้อดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังต่อไปนี้ ในระยะสั้น การอยู่เดือนช่วยให้ แผลแห้งเร็ว มดลูกเข้าอู่ไว น้ำคาวปลาแห้งเร็ว สบายตัว ไม่ปวดเมื่อย ป้องกันอาการวิงเวียนศีรษะ และช่วยให้น้ำนมไหลดี ในระยะยาว การอยู่เดือนจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่ายเมื่ออายุมากขึ้น

5) อาการผิดเดือนเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามการอยู่เดือน อาสาสมัครการวิจัยจะให้ความสำคัญกับการอยู่เดือนของภรรยาหลังคลอดมากเพราะเชื่อว่าหากไม่ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด หรือที่อาสาสมัครเรียกว่า “ผิดเดือน” ก็จะทำให้เกิด “อาการผิดเดือน” ซึ่งอาจจะไม่ส่งผลเสียทันทีแต่จะส่งผลเสียในระยะยาว เช่น อาการมือเท้าชา อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ร่างกายซูบซีด และเจ็บป่วยง่ายเมื่ออายุมากขึ้น

6) บทบาทของครอบครัวในการดูแลการอยู่เดือน ครอบครัวและสามีมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการอยู่เดือนของหญิงหลังคลอดให้เป็นไปอย่างราบรื่นตลอดช่วงเวลาการอยู่เดือน โดยบทบาทของครอบครัวและสามีประกอบไปด้วย การให้คำแนะนำ การหาวัสดุอุปกรณ์ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม และการดูแลความเป็นอยู่ของแม่ให้สุขสบาย

คุณพ่อมือใหม่ทุกคนกล่าวว่า การอยู่เดือนมีข้อดีคือ ทำให้ร่างกายของภรรยาหลังคลอดมีการฟื้นฟูได้เร็ว ป้องกันความเจ็บและปรับคืนสมดุลของร่างกาย แต่ถ้าไม่อยู่เดือนจะมีผลเสียในระยะยาวจะทำให้ภรรยาเจ็บป่วยได้ง่ายเมื่ออายุมากขึ้น ดังว่า “อยู่เดือนผมดื่มน้ำยาสมุนไพรให้อาบน้ำหนึ่งเดือนกว่า วันละสองครั้ง เข้า-เย็น เพื่อบำรุง

ร่างกายไม่ปวดเมื่อย แผลหายดี แก้มหาหัว ถ้าไม่ทำจะทำให้เจ็บป่วยง่าย อาจไม่เห็นผลทันที แต่จะเห็นผลเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายอ่อนเพลีย ผนตกก็จะหนาว มือเท้าเย็น” (คุณพ่อคนที่ 11)

6. ครอบครัวและเครือญาติมีส่วนร่วมในทุกช่วงของการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตร

ครอบครัวและเครือญาติปรากฏอยู่ในเรื่องเล่าของอาสาสมัครการวิจัยทุกรายตั้งแต่เริ่มมีการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด (ยกเว้น 1 ราย ที่คู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยตนเอง) ครอบครัวและเครือญาติมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การสนับสนุนให้มีการตั้งครรภ์ การช่วยดูแลการตั้งครรภ์ และการช่วยดูแลหลังคลอด โดย

สอนและแนะนำพ่อแม่ ส่วนใหญ่ญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวถ่ายทอดให้พ่อแม่ใหม่และหญิงตั้งครรภ์เป็นวิธีการดูแลครรภ์และหลังคลอดที่ได้ปฏิบัติกันมาในครอบครัวหรือชุมชน และพบว่า เกิดผลดีกับแม่และเด็ก ดังว่า “ลูกผมตื่นแล้วร้อง เมื่อนอนอิมก็จะร้องพลิกไปมา ผมไม่รู้จะทำอย่างไร ยายบอกให้อุ้ม และช่วยให้นม พอลูกหลับเราก็จะได้หลับ ไม่อย่างนั้นเราจะไม่ได้หลับ” (คุณพ่อคนที่ 7)

ดูแลเรื่องการกินอยู่และสุขภาพของแม่ ญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวยังได้ช่วยเหลือเรื่องการกินอยู่ของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่พ่อแม่ใหม่และภรรยาต้องทำงานประจำ ทำให้ไม่สามารถจัดการเรื่องต่างๆ ได้ดี ดังว่า “ในช่วงท้องภรรยาแพ้ท้อง ไม่ค่อยกิน ซึ่ผมมามากก็ไม่กิน แม่ผมดูแลภรรยาแทนผม ทำกับข้าวให้ ผมต้องไปเลี้ยงควายหลังเลิกงานประจำ กลับสองทุ่ม ผมมีหน้าที่รับกับข้าวจากแม่ไปส่งให้ภรรยา” (คุณพ่อคนที่ 2)

พาไปฝากครรภ์ ในบางรายที่สามีไม่สามารถไปส่งได้ญาติผู้ใหญ่ก็จะเป็นผู้รับผิดชอบไปส่ง หรือในบางครอบครัวทั้งสามีและญาติผู้ใหญ่ก็ร่วมเดินทางไปส่งหญิงตั้งครรภ์ใช้บริการฝากครรภ์ ดังว่า “ผมทำงานต่างจังหวัดพาภรรยาไปฝากครรภ์เอง แต่เวลาหมอนัดถ้าไม่ได้กลับมา ให้อ้ายบ่าวของภรรยาผมบ้านอยู่ใกล้กันเป็นคนพาไป” (คุณพ่อคนที่ 6)

ช่วยดูแลทารก เนื่องจากพ่อแม่ใหม่ยังไม่มีประสบการณ์หรือความมั่นใจในการดูแลทารกหลังคลอด ญาติผู้ใหญ่จะเป็นผู้ที่มามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยดูแลทารก และจะรับผิดชอบดูแลเด็กต่อเนื่องจนกระทั่งเด็กโต ดังว่า “ตอนหลังคลอดใหม่ ๆ ผมไม่ค่อยได้จับลูกเพราะมือหนักกลัวลูกเจ็บ กลัวลูกตก ย่า (แม่ผม) มาช่วยดูแลทุกอย่างทุกวัน ตั้งแต่ทำกับข้าว ช่วยเลี้ยงลูก เพราะผมไปทำงานตอนกลางวัน” (คุณพ่อคนที่ 2)

7. หาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

พ่อแม่ใหม่หลายคนจำเป็นต้องหาความรู้ ทำความเข้าใจ และฝึกทักษะที่จะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างเหมาะสม โดยการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายครอบครัวเพื่อนฝูง เว็บไซต์ และสื่อสังคม รวมถึงสื่อการเรียนรู้ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ โดยการใช้แอปพลิเคชัน ในการวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์ เช่น การนับไข่ตก ดังว่า “ภรรยาผมใช้แอปพลิเคชันนับวันไข่ตกและวิธีเลือกเพศลูก ผมอยากได้ลูกชาย ภรรยาผมรู้วิธีคำนวณและรู้วิธีตรวจเอง” (คุณพ่อคนที่ 3)

การสอบถามจากคนในครอบครัวและเพื่อนฝูง ในการดูแลภรรยาและการดูแลทารก ดังว่า “ตอนอยู่เดือนลูกร้องไห้บ่อย เครียดทั้งคืน เครียดเพราะตอนเช้าต้องไปทำงาน ถามเพื่อนที่เคยมีลูก ก็แนะนำ และได้พี่สาวที่เคยเลี้ยงลูกมาก่อนออกมาช่วยเปลี่ยนตอนกลางคืน” (คุณพ่อคนที่ 12)

การศึกษาจากอินเทอร์เน็ต เพื่อหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลครรภ์ การคลอด การดูแลทารก ดังว่า “ตอนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หมอนัดไปนอนโรงพยาบาลเพื่อใส่ยาเร่งคลอด ผมหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ได้ข้อมูลทางลบของการฉีดยาเร่งคลอด ทำให้กลัว จึงขออนุญาตกลับบ้านก่อน ไม่กล้าให้หมอเร่งคลอด ขอกลับไปคิดดูก่อนแล้วค่อยว่ากันอีกที” (คุณพ่อคนที่ 5)

การศึกษาจากสมุดสีชมพู เป็นแหล่งประโยชน์ที่ดีสำหรับพ่อแม่ใหม่ในการติดตามพัฒนาการของลูก การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของลูกในแต่ละช่วงวัย ดังว่า “ผมเปิดสมุดสีชมพู แล้วบอกภรรยาว่า ห้ามทำนั่น ทำนี่ ให้กินข้าวครบ 3 มื้อ ให้กินแต่นมกับผลไม้ ไม่ให้กินกาแฟ” (คุณพ่อคนที่ 13)

8. ปรับตัวเพื่อทำหน้าที่สามีและพ่อ

พ่อแม่ใหม่หลายคน จำเป็นต้องปรับปรุงตนเอง ให้รู้จักการวางแผนการทำงานและการใช้ชีวิต เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมกับการดูแลบุตรที่กำลังจะเกิดโดย ปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น พ่อแม่ใหม่เกือบทุกคนบอกว่าเมื่อทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์หรือกำลังจะมีบุตรตนเองได้ปรับปรุงตัวเองให้เป็นคนที่ดีขึ้น ดังว่า “พอรู้ว่าภรรยาตั้งครรภ์ก็เลิกกินเหล้าเลย ตั้งหน้าตั้งตาทำมาหากิน เมื่อก่อนเมาไหนนอนนั้นไม่กลับบ้าน แต่เดี๋ยวนี้ของที่ไม่ดีเลิกหมดเพราะเรามีลูกแล้ว” (คุณพ่อคนที่ 1)

จัดลำดับความสำคัญของชีวิตใหม่โดยให้ความสำคัญกับครอบครัว พ่อแม่ใหม่เกือบทุกคนพูดถึงการจัดลำดับความสำคัญของการใช้ชีวิตใหม่ด้วยการทุ่มเทเวลาและความสนใจกับ “การเป็นครอบครัว” มากขึ้น ดังว่า “เริ่มวางแผนชีวิตเมื่อรู้ว่ามียู แต่ก่อนทำตัวแบบวัยรุ่น กินเที่ยว กินเที่ยว พอรู้ว่ามียูไม่ไปเลย หลังคลอดพาลูกไปหา ย่าและเด็ก ๆ ทางโน้น ซึ่งเด็กทางโน้นมีแต่ผู้ชาย เวลาเราไปเขาดีใจ และรอเราอยู่ เราก็มองวันเสาร์ นอนหนึ่งคืน กลับวันอาทิตย์” (คุณพ่อคนที่ 12)

แสวงหาและสร้างความมั่นคงให้กับตนเองและครอบครัว พ่อหลายคนแสวงหาอาชีพที่มั่นคงมากขึ้น และตั้งใจทุ่มเทให้กับการทำงานและประกอบอาชีพ ดังว่า “ก่อนมียู ผมทำงานบริษัทแห่งหนึ่ง ต้องไปต่างอำเภอต่างจังหวัด หลังจากภรรยาตั้งครรภ์ผมหางานใหม่ได้ทำงานที่บริษัทใหม่ เพราะมันคงกว่างานเดิม และสามารถไปกลับได้ทุกวัน มีเวลาดูแลลูกและภรรยา” (คุณพ่อคนที่ 12)

วางแผนการเงินและค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีเงินเพียงพอในการดำรงชีวิต สำหรับการดูแลการตั้งครรภ์และบุตร รวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนตัวของภรรยาที่หยุดงานเมื่อตั้งครรภ์ ดังว่า “ก่อนมียูผมให้ความสำคัญกับภรรยา 100 เปอร์เซ็นต์ พอมีลูกผมให้ความสำคัญกับลูก 2 ส่วน และ ภรรยา 1 ส่วน ทั้งเรื่องเวลา เรื่องเงิน และเรื่องการดูแล เน้นที่ลูกเป็นส่วนใหญ่ ต้องพิจารณาเรื่องค่าใช้จ่ายให้รอบคอบว่ามีเท่าไร จะใช้อะไรบ้าง เอาที่จำเป็นจริง ๆ” (คุณพ่อคนที่ 7)

บริหารจัดการเวลาให้มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาเพื่อที่จะได้ปฏิบัติภาระกิจประจำอื่น ๆ ได้โดยไม่บกพร่อง ดังว่า “หลังคลอดผมทำอะไร ต้องรวดเร็วอาบน้ำ ลูกกินข้าวป้อนข้าวลูก ทำธุระส่วนตัว เหมือนตอนที่เบ๊นทหารต้องทำรวดเร็ว ต้องปรับเวลาของตนเองให้เข้ากับเวลาของลูก ... ลูกตื่นเราก็ตื่น ลูกนอนเราต้องรีบนอน ไม่งั้นเราจะไม่ได้ทำอย่างอื่น” (คุณพ่อคนที่ 3)

เผชิญกับความเครียด เนื่องจากการตั้งครรภ์ของภรรยามีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร่วมด้วยความวิตกกังวลในบางรายอาจเกิดจากความกลัวว่าบุตรอาจจะมีภาวะพิการแรกเกิดเนื่องจากภรรยาตั้งครรภ์เมื่อมีอายุ

มาก ดังว่า “ผมต้องทำแทนทุกอย่างเพราะภรรยาทำอะไรไม่เป็น ต้องพร้อมตลอดเวลา ใกล้คลอดผมต้องเตรียมของเองเก็บไว้ในรถ เพื่อให้ทันเหตุการณ์ ทั้งกลางวันกลางคืน ถ้าภรรยาผมมีอาการผิดปกติก็พร้อมไปโรงพยาบาล” (คุณพ่อคนที่ 5)

อบรมสั่งสอนบุตร พ่อมือใหม่พูดถึงบทบาทในด้านการอบรมสั่งสอนเมื่อบุตรมีอายุมากขึ้นว่าเป็นบทบาทที่สำคัญ ดังว่า “พอลูกโตหน้าที่พ่อก็เปลี่ยนไป จากเลี้ยงดูธรรมดาที่ต้องมาเรื่องวินัย ต้องสอนเขา ผมให้ลูกเล่นมือถือเป็นเวลา บางครั้งต้องเอาไปซ่อนเป็นอาทิพย์ พิจารณาความจำเป็นเรื่องการกินขนม การไปเที่ยว จะบอกลูกว่าสิ่งใดดีไม่ดี เรื่องซื้อของต้องถามกันก่อนว่าจำเป็นไหม ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ให้ ถ้าจำเป็นจริง ๆ ถึงจะให้” (คุณพ่อคนที่ 7)

9. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อการดูแลครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด

เนื่องจากประสบการณ์การดูแลครรภ์ของอาสาสมัครการวิจัยครั้งนี้เกิดในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เรื่องเล่าของพ่อหลายคนจึงปรากฏเรื่องราวเกี่ยวกับผลกระทบของโควิด-19 ต่อการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดดังนี้

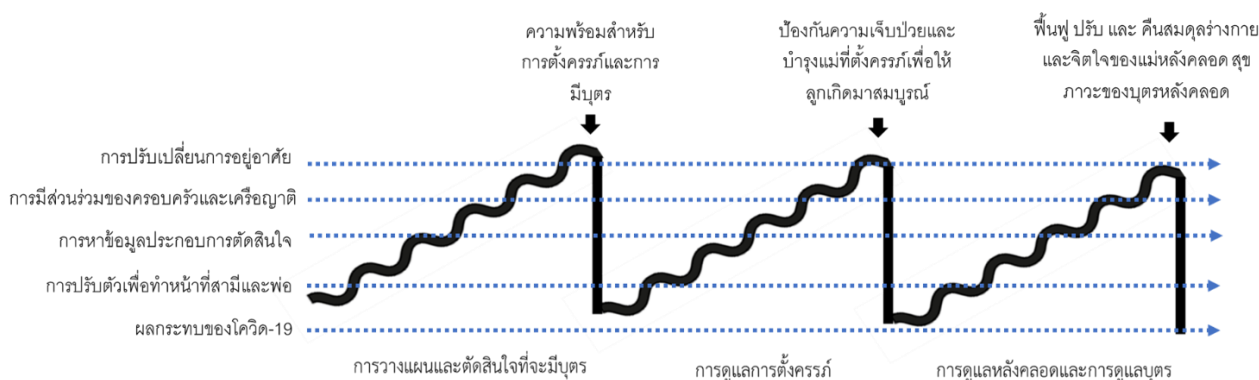
ดูแลตัวเองให้ไม่รับเชื้อและไม่แพร่เชื้อ ดังว่า “กลับจากทำงานอาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้าทันที ใส่แมสก่อนเข้าบ้าน ใส่แมสเวลาไปทำงาน ไม่อยากเอาโควิดเข้าบ้าน” (คุณพ่อคนที่ 10)

โควิด-19 จำกัดการมีส่วนร่วมในการดูแลแม่ระยะคลอด ดังว่า “ช่วงนั้นเป็นช่วงโควิด เขาไม่ให้เข้าไปในห้องคลอด ไม่ให้เฝ้า ได้แต่ไปส่ง เขาให้รอน้ำห้อง หลังคลอดให้เข้าไปเยี่ยมได้ แต่ต้องรีบกลับ” (คุณพ่อคนที่ 8)

การติดเชื้อโควิด-19 ในครอบครัว ดังว่า “หลังคลอด 3 เดือนภรรยาติดโควิด ต่อมาอย่าติดจากภรรยา ผมต้องเลี้ยงลูกคนเดียว 10 วัน เพราะภรรยาและแม่กักตัวอยู่บ้านชั้น 2 นาน 10 วัน ผมอยู่ชั้นล่างกับลูก” (คุณพ่อคนที่ 3)

กรอบแนวคิดที่ได้จากเรื่องเล่า (conceptual framework)

ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดจากกลุ่มแนวคิดข้างต้นเพื่ออธิบายประสบการณ์องค์รวมของพ่อมือใหม่ โดยได้สรุปกรอบแนวคิดดังแผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดนี้สะท้อนถึงประสบการณ์ของพ่อมือใหม่ที่มีความหมายใกล้เคียงกับเรื่องเล่าต้นฉบับของพ่อมือใหม่ ในการพัฒนากรอบแนวคิดนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการค้นหาแนวทางการเล่าเรื่องของพ่อมือใหม่ ซึ่งพบว่าพ่อมือใหม่ได้แบ่งการเล่าเรื่องเป็น 3 ช่วงเวลา คือ การวางแผนการมีบุตร การตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอด ในการเล่าเรื่องในแต่ละช่วงเวลานั้นพ่อมือใหม่ได้เล่าถึงเป้าหมาย ของแต่ละช่วงเวลา วิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย สิ่งที่ประสบพบเจอ และอุปสรรคระหว่างทางไปถึงเป้าหมาย นั้น ๆ ที่ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว การแสวงหาความรู้เพิ่มเติม การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ



แผนภาพที่ 1 เส้นทางสู่เป้าหมายการเป็นพ่อ 3 ระยะ (Multi-staged pursuit of fatherhood goals)

อภิปรายผล

ประสบการณ์ของอาสาสมัครการวิจัยในฐานะพ่อมือใหม่ประกอบด้วย 1) การวางแผนและการตัดสินใจเรื่องการมีบุตร 2) ปฏิบัติการต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา 3) การปรับเปลี่ยนการอยู่อาศัยให้สะดวก ปลอดภัย และสุขสบาย 4) การป้องกันความเจ็บป่วยและการบำรุงแม่ที่ตั้งครรภ์เพื่อให้ลูกเกิดมาสมบูรณ์ 5) การอยู่เดือน 6) ครอบครัวและเครือญาติมีส่วนร่วมในทุกช่วงของการตั้งครรภ์และการคลอดและการเลี้ยงดูบุตร 7) หาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ 8) ปรับตัวเพื่อทำหน้าที่สามีและพ่อ และ 9) ผลกระทบของโควิด-19 จะเห็นได้ว่าช่วงเวลาแรกคือการตั้งครรภ์เมื่อมีความพร้อมซึ่งต้องอาศัยการวางแผนและการตัดสินใจ โดยที่ความพร้อมอาจมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอายุของแม่ ลักษณะหน้าที่การงานของคู่สมรส ความต้องการที่จะมีบุตรสืบสกุล และความต้องการของญาติผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นความพร้อมด้านร่างกาย ทัศนคติ และ สังคม แม้ว่าในบางราย การตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ได้วางแผน แต่การตั้งครรภ์และการมีบุตรก็นำความตื่นเต้นดีใจมาสู่พ่อมือใหม่ ซึ่งพ่อมือใหม่บางคนอาจมีความวิตกกังวลเนื่องจากเกรงว่าอายุและสุขภาพของภรรยาอาจเป็นอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์ หรือตนเองและคู่ครองอยู่ในสถานการณ์ที่ขาดความพร้อมที่จะดูแลการตั้งครรภ์และบุตรในระยะยาว เช่น อายุยังน้อย หรือครอบครัวทั้งสองฝ่ายยังไม่รับทราบเรื่องการตั้งครรภ์ นำไปสู่การตัดสินใจที่ทำให้พ่อมือใหม่และคู่ครองพร้อมที่จะรับผิดชอบการตั้งครรภ์และการมีบุตร

ช่วงเวลา 2 เป็นช่วงเวลาที่พ่อมือใหม่ดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและการบำรุงแม่ที่ตั้งครรภ์เพื่อให้ลูกเกิดมาสมบูรณ์ ซึ่งพ่อมือใหม่ได้ใช้วิธีการที่ได้รับการสอนจากบุคลากรสุขภาพ การแนะนำจากญาติผู้ใหญ่ รวมถึงการค้นคว้าด้วยตนเอง การสังเกต และความรู้สึกลึกซึ้งของตนเองที่มีต่อภรรยา การตั้งครรภ์ และบุตร ถึงแม้จะมีคำแนะนำเชิงวิชาการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงน้อยสามารถทำงานได้ถึงไตรมาสที่ 3 หรือก่อนคลอด และสามารถทำได้จนถึงสัปดาห์ที่ 40 ของการตั้งครรภ์ เป็นต้น (ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2553) ซึ่งการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ของพ่อมือใหม่ไม่ได้อาศัยความรู้ทางวิชาการที่ได้รับการถ่ายทอดจากบุคลากรสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ยังต้องอาศัยความรู้สึกนึกคิด ของพ่อมือใหม่ที่มีต่อภรรยาที่ตั้งครรภ์และบุตรในท้อง (วิทยา อยู่สุข, 2549; ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2553; Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, & Baosuang, 2010) ที่นำไปสู่การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอันตรายของการปฏิบัตินั้น ๆ ภายใต้บริบทสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของครอบครัว และการตั้งครรภ์

ช่วงเวลาที่ 3 เป็นช่วงเวลาของการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้เรื่องเล่าที่ปรากฏเด่นชัดที่สุดคือการอยู่เดือน ซึ่งเป็นวิถีปฏิบัติที่พบได้ในทุกครอบครัวและมีแนวทางที่คล้ายคลึงกัน การอยู่เดือนมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟู ปรับ และคืนสมดุลร่างกายและจิตใจของแม่หลังคลอด สุขภาวะของบุตรหลังคลอด ซึ่งช่วงเวลาการอยู่เดือนเป็นช่วงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลแม่หลังคลอดและทารก โดยมุ่งจัดการโภชนาการ (Ramulondi, de Wet, & Ntuli, 2021) การดูแลสุขอนามัยของแม่หลังคลอด และการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ฟื้นฟู ปรับและคืนสมดุลร่างกาย โดยพ่อแม่ใหม่บอกว่ามีสิ่งที่ปฏิบัติและข้อห้ามต่าง ๆ ที่ญาติผู้ใหญ่บอกต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น (Naunboonruang, 2018; Smith et al., 2022) และมีภาคการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในเชิงเหตุและผล และความเข้าใจในเชิงประวัติศาสตร์

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละช่วงเวลาของการเป็นพ่อแม่ใหม่ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดการตั้งครรภ์และการคลอด พ่อแม่ใหม่จำเป็นต้องใช้กระบวนการอื่น ๆ ช่วย ได้แก่ การหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ (theme 7) การปรับเปลี่ยนการอยู่อาศัยให้สะดวก ปลอดภัย และ สุขสบาย (theme 3) การให้ครอบครัวและเครือญาติมีส่วนร่วมการดูแล (Theme 6) การปรับตัวเพื่อทำหน้าที่สามีและพ่อ (theme 8) และ การป้องกันและจัดการกับผลกระทบของโควิด-19 ต่อการดูแลครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด (theme 9)

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

จากข้อค้นพบจากการวิจัย งานบริการอนามัยแม่และเด็กและบุคลากรสุขภาพอาจพิจารณาปรับปรุงการให้บริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ใหม่ในการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด โดยแบ่งการให้บริการเป็น 3 ระยะระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยกิจกรรมอาจจะประกอบไปด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายที่สำคัญของแต่ละระยะ 2) การประเมินความพร้อมของว่าที่พ่อแม่ใหม่ในการที่จะมีบุตร ครอบคลุมความพร้อมด้านร่างกาย สังคมและการอยู่อาศัย และเศรษฐกิจ รวมถึง ความพร้อมในการทำหน้าที่พ่อ 3) การวางแผนด้านที่อยู่อาศัยและการประกอบอาชีพ 4) การสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ 5) การส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทสู่การเป็นพ่อแม่ใหม่ 6) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือญาติ 7) การเลือกใช้และผสมผสานแนวทางการดูแลตามศาสตร์สมัยใหม่และวิถีพื้นบ้าน และ 8) การจัดบริการทางเลือกสำหรับพ่อแม่ใหม่ ในกรณีที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลหรือประเมินผลของการจัดการพัฒนาบริการสุขภาพโดยให้พ่อแม่ใหม่มีส่วนร่วมทุกระยะของการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล, วรณา พาหุวัฒน์กร และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2555). ผลของโปรแกรมการสอนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 84-95.
- ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล. (2553). *พิษวิทยาและอาชีวเวชศาสตร์: การดำเนินงานอาชีวเวชกรรมในสถานประกอบการ*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- นลินี ศรีอ่อน และ วิณา จีระแพทย์. (2560). ประสบการณ์การเป็นบิดาของวัยรุ่นชาย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ มกราคม-เมษายน), 120-126.
- พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ (2565). *คู่มือฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุขสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย
- วรวรรณ ถนอมเกียรติ. (2559). การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมนานาชาติ*, 6(2), 10-17
- วิทยา อยู่สุข. (2549). *อาชีวอนามัยและความปลอดภัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: หจก.เบสท์ กราฟฟิค เพรส.
- Chattopadhyay, A. (2012). Men in maternal care: evidence from India. *Journal of Biosocial Science*, 44(02), 129–153.
- Clandinin, D. J. & Connelly, F.M. (2000). *Narrative inquiry: experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.
- Comrie-Thomson, L., Tokhi, M., Ampt, F., Portela, A., Chersich, M., Khanna, R., & Luchters, S. (2015). Challenging gender inequity through male involvement in maternal and newborn health: critical assessment of an emerging evidence base. *Culture Health Sexuality*, 17(sup2), 177–189.
- Creswel, J. W. I. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. SAGE Publications, Inc
- Finnbogadóttir, H., Crang S. E., & Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19, 96–105. doi: 10.1016/S02666138(03)00003-2.
- Glaser, B. (1998). *Doing grounded theory: issues and discussions*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Mullany, B. C., Becker, S., & Hindin, M. (2007). The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. *Health Education Research*, 22(2), 166–176.
- Naunboonruang, P. (2018). An oral tradition of homeostasis: a qualitative study of local wisdoms used by postpartum Thai women, Lampang. *Proceeding of the 4th international conference: qualitative research in nursing, health & social sciences (QRiNH)*, “qualitative research:

foundations and sciences for love of the humankind” 7-9 th February, Boromarajonani college of nursing, Nakhon Lampang, THAILAND

- Phoenix, C., Smith, B., & Sparkes, A. C. (2010). Narrative analysis in aging studies: a typology for consideration. *Journal of Aging Studies*, 24(1), 1-11. doi: 10.1016/j.jaging.2008.06.003
- Ramulondi, M., de Wet, H., & Ntuli, N. R. (2021). Traditional food taboos and practices during pregnancy, postpartum recovery, and infant care of Zulu women in northern KwaZulu-Natal. *Journal of Ethnobiology Ethnomedicine*, 17(15), 1-19. doi: 10.1186/s13002-021-00451-2
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A. & Baosuang, C. (2010). Thai men becoming a first-time father. *Nursing and Health Sciences*, 12(4), 403-409. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00549.x
- Smith, T. J., Tan, X., Arnold, C. D., Sitthideth, D., Kounnavong, S., & Hess, S. Y. (2022). Traditional prenatal and postpartum food restrictions among women in northern Lao PDR. *Maternal & Child Nutrition*, 18(1), 1-14. doi:10.1111/mcn.13273
- Tobin, G. A., & Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 388–396. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x
- Yargawa, J., & Leonardi-Bee, J. (2015). Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 604–612. doi:org/10.1136/jech-2014-204784

ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาล

พิกุล อุทธิยา, ประ.ด.^{*1}ธานี กล่อมใจ, ประ.ด.¹ชุตีพร ภูโสภ, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลเป็นหนึ่งในแนวทางสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาล ประชากรเป็นบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมดจำนวน 39 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข เชิงคุณภาพ ใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินค่ามาตรฐานร้อยละ 61.54 มีระดับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.72 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ การไม่สูบบุหรี่และการรับประทานผักและผลไม้ พบร้อยละ 66.67 และ 46.15 ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมด้านการควบคุมปริมาณอาหารและรสชาติอาหารที่มีรสจัดและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 38.46 และ 33.33 ตามลำดับ นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 43.59 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 35.89 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากรสายสนับสนุนหน่วยงานควรปรับเปลี่ยนรูปแบบของอาหารว่างในการจัดประชุมที่เน้นอาหารเพื่อสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีความยั่งยืน เสมือนเป็นหนึ่งในวิธีการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงาน

คำสำคัญ: บุคลากรสายสนับสนุน, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ

วันที่รับ: 28 มิถุนายน 2565 วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 24 เมษายน 2566

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: pikul.a@bcnpy.ac.th

Health status, health behaviors, health literacy, and guidelines for health promotion for supporting staff in nursing college

Pikul Audthiya, Ph.D.^{*1}

Thanee Glomjai, Ph.D.¹

Chuleeporn Pusopa, Ph.D.¹

Abstract

Health promotion among supporting staff in nursing colleges is one of the important guidelines for enhancing good health status. The purpose of this descriptive study was to examine the health status, health behaviors, health literacy, and health promotion recommendations for supporting staff in nursing college. 39 office support workers were chosen for participation using purposive sampling. The data was collected using Thai health literacy and health behavior questionnaires in accordance with the principles of health promotion established by the public health ministry. The semi-structured approach was applied to a qualitative study. The quantitative data was analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the qualitative data was analyzed using content analysis. According to the findings, 61.54 % of the participants were overweight, and 48.72 % had high blood pressure. Health behaviors were excellent for nonsmoking and eating healthy foods, with 66.67 % and 46.15 %, respectively. However, health behaviors such as diet and spicy food control, as well as exercise, were moderate, with 38.46 % and 33.33 %, respectively. Furthermore, nearly all participants reported mostly poor health literacy at 43.59, compared to a fair level of 35.89. Therefore, school health promotion guidelines for office workers recommend providing a nutritious brunch for school meetings and maintaining an exercise schedule. In addition, an increase in motivation to exercise should promote ongoing, sustainable school health promotion.

Keywords: Supporting staff in nursing college, Health behaviors, Health literacy, Health promotion, Health status

Received: Jun 28, 2022 Revised: Apr 23, 2023 Accepted: Apr 24, 2023

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{*} Corresponding author E-mail: pikul.a@bcnpy.ac.th

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 30-69 ปี พบมากกว่า 15 ล้านคนในแต่ละปี (WHO, 2021) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 15,874 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เท่ากับ 44.3 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) จากรายงานการศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย พ.ศ. 2560-2562 พบว่ากลุ่มแรงงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี เสียชีวิตจากโรคไม่เจ็บป่วยเรื้อรังทั้งในเพศชายและเพศหญิงสูงถึง ร้อยละ 52.45 และ 72.67 ตามลำดับ และสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองอันดับหนึ่ง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2564) ยิ่งไปกว่านั้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการที่ต้องจัดหางบประมาณที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ นอกจากนั้นยังทำให้ต้องสูญเสียแรงงานซึ่งมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งประชากรในประเทศไทยมีวัยแรงงานมากถึง 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 56 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562)

ปัจจุบันพบว่าการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบสังคมเมืองยุคใหม่ การทำงานในสภาวะที่เศรษฐกิจผันผวน การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น และมลพิษทางอากาศ ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลมากขึ้นในการดำเนินชีวิต (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า กลุ่มที่มีความชุกของการมีกิจกรรมยามว่างในระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 16-30 มีการรับประทานผักและผลไม้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน และมีความชุกของภาวะอ้วน คือค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI $\geq$ 25 kg/m²) สูงถึงร้อยละ 42.2 โดยมีภาวะอ้วนลงพุงในผู้ชายและผู้หญิง (รอบเอว $\geq$ 90 ซม. ในชาย และ $\geq$ 80 ซม. ในหญิง) ร้อยละ 27.7 และ 50.4 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์มีเพียง ร้อยละ 20.6 นอกจากนั้นยังพบอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20 ในเพศชายซึ่งสูงกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า ร้อยละของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชาย เท่ากับ 33.7 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า และร้อยละของการบริโภคผักไม่เพียงพอพบมากกว่า ร้อยละ 55.5 และยังมีพฤติกรรมนอนที่น้อยกว่า 7 ชั่วโมง (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระเจริญ, และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) พฤติกรรมเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน นอกจากนั้นยังพบความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงไขมันในเลือดสูงส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปีมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงที่สุด (สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2564) ดังนั้นการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้นเป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่ได้มาตรฐานสากล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านกำลังคนและนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศ หน่วยงานจึงต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนสิ่งที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร

สายสนับสนุน ซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ของวิทยาลัย เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนระบบกลไกงานทั้งในด้านวิชาการ และการบริหารจัดการให้แก่สถาบันการศึกษา (ชุตินันท์ วิเศษโชค, พลกฤต แสงอาวุธ และ วาสนา จาตุรัตน์, 2563) การดูแลสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนให้มีภาวะสุขภาพดีจึงเป็นภารกิจที่สำคัญของวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยมีการกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี ให้ระบบสุขภาพมีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ (Ministry of Public Health, 2016)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในแนวทางสำคัญที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดยแนวคิดเกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางความคิดและทางสังคมของบุคคล เป็นการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเอง โดยการให้การศึกษา การให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (advocacy) และการขับเคลื่อนทางสังคม (social mobilization) ซึ่งทักษะทางความคิดและทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) การสื่อสาร (communication skill) 4) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) 5) การตัดสินใจ (decision-making) และ 6) การจัดการตนเอง (self-management) (Nutbeam, 2008) มีการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยจากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะอ้วนลงพุงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคเรื้อรังในทุกมิติของการวัด (วิมล โลมา และคณะ, 2561) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด, กฤตการ อินทณรงค์ และ สาวิตรี วงศ์ประดิษฐ์ (2565) ศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และการยึดมั่นในพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=47.14$, $SD=5.50$) อย่างไรก็ตามความรู้รอบรู้ด้านการจัดการตนเอง ซึ่งเน้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส. เป็นแนวทางหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำมาใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะสุขภาพของสายสนับสนุนของวิทยาลัยได้

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยนำหลัก 3อ.2ส. (3อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ 2ส. หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มมีน้ำตาล) มาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานของประชาชน อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล ส่งผลทำให้ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (วิมล โลมา และคณะ, 2562) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลเป็นหนึ่งในประชากรวัยทำงานที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยด้วย

โรคเรื้อรัง การสำรวจภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาล ตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การลดหรืองดการสูบบุหรี่ และการลดการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของบุคลากรสายสนับสนุน รวมถึงการได้ร่วมจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรสายสนับสนุนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมวางแผน เพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งนำไปสู่การพัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้แก่บุคลากรสายสนับสนุน เพื่อให้บุคลากรมีภาวะสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตามหลัก 3อ.2ส. ส่งผลทำให้การทำงานในองค์กรมีประสิทธิภาพ และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาล
2. เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุน และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ของการศึกษาค้นคว้านี้เป็นบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือที่ปฏิบัติงานจริงในปีงบประมาณ 2564 โดยมีจำนวนบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยทั้งหมดจำนวน 39 คน (งานพัฒนาบุคลากร, 2564)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 5 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และประเภทของงานที่ทำในวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ และความเข้าใจทางสุขภาพ (3อ.2ส.) ในเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีทั้งหมด 6 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน การแปลผล 0-3.59 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่ถูกต้อง 3.60-4.19 หรือ > 60% - < 70% หมายถึง ถูกต้องบ้าง 4.20-4.79 หรือ > 70% - < 80% หมายถึง ถูกต้อง และ 4.80-6 หรือ > 80% หมายถึง ถูกต้องที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ (3อ.2ส.) รายละเอียดดังนี้

3.1) ด้านของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพโดยการค้นหาข้อมูลสุขภาพ ทำการตรวจสอบเพื่อให้ได้ข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน การแปลผล 0-5.99 หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่ดี 6.00-6.99 หรือ > 60% - < 70% หมายถึง พอใช้ 7.00-7.99 หรือ ≥70% - < 80% หมายถึง ดี และ 8.00-10.00 หรือ > 80% หมายถึง ดีมาก

3.2) ด้านการสื่อสาร สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการสื่อสารที่เข้าใจง่าย และสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล 0-8.99 หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่ดี 9.00-10.49 หรือ > 60% - < 70% หมายถึง พอใช้ 10.50-11.99 หรือ > 70% - < 80% หมายถึง ดี และ 12.00-15.00 หรือ > 80% หมายถึง ดีมาก

3.3) ด้านการจัดการตนเอง คือ การกำหนดเป้าหมาย วางแผนปฏิบัติ ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ และมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน การแปลผล 0-8.99 หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่ดี 9.00-10.49 หรือ > 60% - < 70% หมายถึง พอใช้ 10.50-11.99 หรือ > 70% - < 80% หมายถึง ดี และ 12.00-15.00 หรือ > 80% หมายถึง ดีมาก

3.4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ คือ ความสามารถตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน การแปลผล 0-5.99 หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่ดี 6.00-6.99 หรือ > 60% - < 70% หมายถึง พอใช้ 7.00-7.99 หรือ > 70% - < 80% หมายถึง ดี และ 8.00-10.00 หรือ > 80% หมายถึง ดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (3อ.2ส.) คือ การกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ได้สุขภาพดี โดยการให้เหตุผลของทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน เต็ม 12 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-7.19 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่ดี 7.20-8.39 คะแนน หรือ >60% - <70% หมายถึง พอใช้ 8.40- 9.59 คะแนน หรือ >70% - < 80% หมายถึง ดี และ 9.60-12.00 คะแนน >80% หมายถึง ดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) เป็นการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสชาติหวาน มัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรม การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้ 0-17.99 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่ดี 18.00-20.99 หรือ > 60% - < 70% หมายถึง พอใช้ 21.00-23.99 คะแนน หรือ > 70%-< 80% หมายถึง ดี และ 24.00-30.00 คะแนน หรือ > 80% หมายถึง ดีมาก

2. แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างโดยเป็นประเด็นคำถามในหัวข้อต่อไปนี้ 1) ความรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของท่านเป็นอย่างไร 2) การจัดกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ทางวิทยาลัยฯ

เคยดำเนินการมีอะไรบ้างและเป็นอย่างไร 3) ลักษณะหรือรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามบริบทของบุคลากรสายสนับสนุนควรเป็นอย่างไร

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ REC 008/64 ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมและข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจที่ปิดมิดชิด หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เข้าพบผู้อำนวยการเพื่อชี้แจงถึงเหตุผลการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลในวิทยาลัย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ตัวแทนของบุคลากรสายสนับสนุนจำนวน 10 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 50 นาที จำนวน 2 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มประชากร 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 37-47 ปี ร้อยละ 42.60 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 48-59 ปี ร้อยละ 35.9 มีกลุ่มอายุ 15-25 ปี ร้อยละ 5.1 และกลุ่มอายุ 15-25 ปี ร้อยละ 15.4 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 51.30 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 25.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 41.00 ลักษณะงานที่ทำเป็นจ้างเหมาบริการ ได้แก่ แม่บ้าน งานดูแลสวน พนักงานรักษาความปลอดภัย และงานช่าง ร้อยละ 53.90 รองลงมาเป็นงานธุรการ ร้อยละ 33.30

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของกลุ่มประชากร

2.1. ดัชนีมวลกายของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากร มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 38.46 รองลงมาคือมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 30.77 และมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 10.26 รองลงมาคือมีภาวะอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 10.26 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามดัชนีมวลกาย ($n=39$)

ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ (ต่ำกว่า 18.50)	-	-
ดัชนีมวลกายปกติ (18.50-22.99)	15	38.46
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	12	30.77
อ้วนระดับที่ 1 (25.00-29.99)	8	20.51
อ้วนระดับที่ 2 (ตั้งแต่ 30.00 ขึ้นไป)	4	10.26
รวม	39	100.00

2.2. ระดับความดันโลหิตของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากรมีระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 51.28 รองลงมา มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 25.64 และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.08 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามระดับความดันโลหิต ($n=39$)

ระดับความดันโลหิต (mmHg)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปกติ (น้อยกว่า 120/80)	20	51.28
ระดับค่อนข้างสูง (120-129/80-89)	10	25.64
ระดับสูง (มากกว่า 130-139/80-89)	9	23.08
รวม	39	100.00

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ผลการศึกษามีดังนี้

ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรมีความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับถูกต้องมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 33.30 รองลงมา ระดับระดับไม่ถูกต้อง ระดับถูกต้องบ้าง และระดับถูกต้องที่สุด ร้อยละ 28.20, 20.50 และ 18.00 ตามลำดับ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 59.00 รองลงมาอยู่ในระดับดี ระดับไม่ดี และระดับดีมาก ร้อยละ 18.00, 12.70, และ 10.30 ตามลำดับ

ด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรมีการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 59.00 รองลงมาคือระดับไม่ดี ระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 28.10, 7.70 และ 5.20 ตามลำดับ

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มประชากรมีการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับพอใช้ มากที่สุด ร้อยละ 35.90 รองลงมาคือระดับดี ระดับไม่ดี และระดับดีมาก ร้อยละ 35.80, 20.60, และ 7.70 ตามลำดับ

ด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า กลุ่มประชากรมีความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 51.30 รองลงมา ระดับดี ระดับไม่ดี และระดับดีมาก ร้อยละ 30.8, 15.40, และ 2.50 ตามลำดับ

ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่า กลุ่มประชากรมีการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 51.20 รองลงมาในระดับไม่ดี ระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 23.10, 20.50, และ 5.20 ตามลำดับ

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เต็มมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 43.59 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 35.89 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (n=39)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (3อ.2ส.)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี	17	43.59
พอใช้	14	35.89
ดี	6	15.39
ดีมาก	2	5.13
รวม	39	100.00

2.4 พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)

กลุ่มประชากรมีระดับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ด้านการไม่สูบบุหรี่ในระดับดีมาก มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 66.67 โดยพบว่า ด้านการควบคุมปริมาณอาหาร และรสชาติอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด ร้อยละ 38.46 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.64 ด้านการรับประทานผักและผลไม้ อยู่ในระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 25.64 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.64 ด้านการจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 41.03 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 28.20 ส่วนด้านการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 15.38 และด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 25.64 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชากร (n=39)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับของพฤติกรรม (n=39)							
	ดีมาก		ดี		พอใช้		ไม่ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การควบคุมปริมาณอาหาร และรสชาติอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม	10	25.64	8	20.52	15	38.46	6	15.38
2. การรับประทานผักและผลไม้	18	46.15	10	25.64	8	20.52	3	7.69
3. การออกกำลังกาย	10	25.64	9	23.08	13	33.33	7	17.95
4. การจัดการกับอารมณ์	7	17.95	16	41.03	11	28.20	5	12.82
5. การไม่สูบบุหรี่	26	66.67	5	12.82	6	15.38	2	5.13
6. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	8	20.52	18	46.15	10	25.64	3	7.69

ตอนที่ 3 ผลการสนทนากลุ่ม

จากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครจากบุคลากรสายสนับสนุนจำนวน 12 คน สรุปประเด็นที่สำคัญได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

อาสาสมัครให้ความหมายของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง ดังว่า

“พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไม่ใช่แค่เรื่องการกินอาหารอย่างเดียวแต่รวมไปถึงเรื่องการออกกำลังกาย การไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ การนอนหลับพักผ่อน และการจัดดูแลจิตใจ อารมณ์ของตัวเองในแต่ละวันด้วย” อาสาสมัคร No 1

“คนเราควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่แต่ก็ไม่ว่าแต่ละหมู่ต้องกินอะไรบ้าง กินปริมาณเท่าไรจึงจะพอดีและไม่เกิดโรคและยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)” อาสาสมัคร No 3

ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาสาสมัครมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เน้นความสะดวก รวดเร็ว แม้จะทราบว่าเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ แต่จำเป็นต้องซื้อมารับประทานเนื่องจากต้องเร่งรีบในการทำงาน อาสาสมัครมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของนมและน้ำตาลในปริมาณที่สูงเพราะทำให้รู้สึกสดชื่น มีการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม เพราะเป็นรสชาติที่ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ในบางรายรับประทาน ไก่ทอด มันฝรั่งทอด เนื่องจากรับประทานที่ลูกชอบรับประทาน และนิยมรับประทานอาหารสำเร็จรูปในร้านสะดวกซื้อ เนื่องจากในตอนเช้าไม่มีเวลาประกอบอาหารเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในชีวิตประจำวันที่ต้องเร่งรีบไปทำงาน ดังว่า

“ทุกวันที่รับประทานอาหารกลางวันเสร็จ ถ้าได้เครื่องดื่มที่หวาน มัน อาจจะเป็นชา กาแฟ โกโก้ ช่วยให้สดชื่น ไม่ง่วงนอน สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและไม่เบื่อ” อาสาสมัคร No 8

“รู้ว่าการซื้ออาหารกินในร้านสะดวกซื้อ เช่น อาหารสำเร็จรูป และการกินประเภท ไก่ทอด พิซซ่า ไม่ดี ถือว่าเป็นอาหารขยะ แต่ถ้าลูกอยากกินก็ต้องกินกับลูก และถ้าลูกกินไม่หมดก็ต้องกินของเหลือจากลูกให้หมด” อาสาสมัคร No 4

“ในตอนเช้าชีวิตค่อนข้างเร่งรีบ การแวะซื้อของในร้านสะดวกซื้อเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะต้องมีการในการ รับส่ง ลูกไปโรงเรียนทุกเช้าและกลับมาทำงานสาย” อาสาสมัคร No 5

ด้านการจัดการอารมณ์

เมื่อเกิดภาวะเครียดจากหน้าที่การงานหรือในครอบครัว สมาชิกในกลุ่มมีวิธีการจัดการความเครียดโดยการพูดคุยหรือระบายความรู้สึกให้แก่คนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท บางรายจะใช้วิธีการแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อไม่สามารถบอกปัญหาของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ได้ ส่วนหนึ่งใช้การฟังเพลง ดูหนัง ดูละคร ดูยูทูบ ขับรถเล่น ท่องเที่ยว แต่ในบางรายมีการใช้แอลกอฮอล์เพราะมีความเชื่อว่าช่วยทำให้ผ่อนคลายความเครียดได้ดี ดังว่า

“ไม่รู้หรอกว่าการทำอารมณ์ให้ตนเองไม่เครียดที่ถูกต้องต้องทำอย่างไร แต่สำหรับตนเองมักจะไปพูดคุยกับคนสนิททำให้รู้สึกสบายใจขึ้น แต่บางเรื่องที่ไม่สามารถคุยกับใครได้ก็จะร้องไห้ออกมาหรืออยู่คนเดียว” อาสาสมัคร No 11

ด้านการออกกำลังกาย

สมาชิกให้ข้อมูลว่าเมื่อกลับจากที่ทำงานทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานและส่วนหนึ่งต้องกลับไปปฏิบัติภารกิจในการดูแลครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ส่วนในวันหยุดก็ทำงานบ้านจึงคิดว่าการทำงานบ้านก็คือการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง บางส่วนมีการออกกำลังกาย 4-5 วัน/สัปดาห์ นานครั้งละ 30-45 นาที เช่น การวิ่ง การเดินเร็วรอบบ้าน การเต้นแอโรบิก ดังว่า

“ไม่ค่อยได้มีเวลาออกกำลังกายเพราะแค่ทำงานทุกวันและทำงานบ้านก็เหนื่อยแล้ว เลยคิดว่าทำงานบ้านก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้ว” อาสาสมัคร No 12

ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สมาชิกมีความเข้าใจว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นส่วนหนึ่งของการเข้าสังคม โดยบางรายมีพฤติกรรมการดื่มเบียร์ประมาณ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ บางรายดื่มเบียร์วันละ 1-2 กระป๋องเป็นประจำทุกวัน เพราะมีความคิดว่าไม่น่าจะมีผลต่อสุขภาพ และในบางรายจะดื่มเบียร์สัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่จะดื่มจนเมา นอกจากนั้นยังมีสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยมีการจำหน่ายเบียร์ในรูปแบบบุฟเฟต์ แต่ต่างก็รับรู้ว่าการดื่มในปริมาณมากจนเกินไปย่อมส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง บางรายก็มีความเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตต่ำได้และคิดว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ดังว่า

“การดื่มเหล้าหรือเบียร์มันย่อมมีผลต่อสุขภาพอยู่แล้วในระยะยาว แต่สิ่งนี้ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอยู่เพราะมองว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพราะมันเป็นการเข้าสังคมอย่างหนึ่ง และยังช่วยให้ผ่อนคลายความตึงเครียดได้” อาสาสมัคร No 10

3.2 การจัดกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ทางวิทยาลัยได้ดำเนินการที่ผ่านมา

ในการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาของทางวิทยาลัยได้มีการจัดให้มีการออกกำลังกายทุกวันพุธ เวลา 15.00-16.00 น. ประเภทของการออกกำลังกาย ได้แก่ การเต้นแอโรบิก การเล่นเกมโยคะ การเต้นบาสโลบ ในตอนระยะเริ่มแรกของการจัดกิจกรรมจะมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมากในทุกๆ วัน แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปรวมกับการเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยนโยบายไม่ให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อป้องกันการระบาดของโรค จึงทำให้เหลือผู้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 4-5 คน นอกจากนั้นเมื่อมีการชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนมากจะให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงานที่มากและทำงานไม่ทันตามกำหนดจึงไม่มีเวลาที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย จึงทำให้กิจกรรมไม่มีความต่อเนื่อง

3.3 ลักษณะหรือรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามบริบทของบุคลากรสายสนับสนุน

อาสาสมัครให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบหรือกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพดังนี้

1) ไม่ควรเน้นเพียงแต่เรื่องของออกกำลังกาย แต่ควรให้ความสำคัญตั้งแต่เรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพ โดยเริ่มจากการจัดอาหารว่างในขณะที่มีการประชุม อบรม หรือสัมมนา ควรปรับจากการจัดขนมประเภทเบเกอรี่ร่วมกับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ นมข้นหวาน นมสด และน้ำตาล เช่น กาแฟ ชาเย็น ชาเขียว เนื่องจากส่งผลเสียต่อสุขภาพ ควรปรับเปลี่ยนอาหารว่างเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ขนมปังธัญพืช ผลไม้ น้ำสมุนไพรหรือน้ำผลไม้ แต่ควรเป็นน้ำที่ไม่ใส่น้ำตาลหรือใส่น้ำตาลปริมาณน้อยเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพได้

กิจกรรมการออกกำลังกายของวิทยาลัยควรจัดให้ต่อเนื่องเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร เพราะเป็นกิจกรรมหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพควรจัดกิจกรรมในวันพุธ เวลา 14.30 น. เป็นต้นไปแต่ไม่ควรเกินเวลา 17.00 น. เนื่องจากส่วนใหญ่จะติดภารกิจที่มีความเกี่ยวข้องกับครอบครัว กิจกรรมการออกกำลังกายควรแบ่งออกเป็นหลายๆ กลุ่มตามความชอบของแต่ละบุคคล เพื่อให้มีความยั่งยืนของการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย นอกจากนั้นการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมให้แก่บุคลากรสายสนับสนุนควรจัดให้มีการแข่งขันและมอบรางวัลให้แก่กลุ่มที่ชนะ เช่น การเดินบาสโลบ โดยใช้เพลงที่แตกต่างกัน และมีการออกแบบท่าเต้นตามความคิดสร้างสรรค์แต่ละกลุ่ม เพื่อให้บุคลากรสายสนับสนุนทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว

อภิปรายผล

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุน

1. ภาวะสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติมากที่สุด โดยดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.50 - 22.99 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 38.46 รองลงมาภาวะน้ำหนักเกิน โดยดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 23.00 - 24.99 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 30.77 และที่สำคัญเมื่อวิเคราะห์ค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรสายสนับสนุนที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติจำนวนรวมกันมีมากถึง ร้อยละ 61.54 เนื่องมาจากปัจจัยภายในและภายนอก โดยปัจจัยภายในเกิดจากการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของนมและน้ำตาลในปริมาณสูง การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การไม่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย และบางรายมีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยภายนอกคือหน่วยงานอาจไม่ได้จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดอาหารในการประชุมไม่ได้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ และไม่มียุทธศาสตร์การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งการมีดัชนีมวลกายเกินทำให้เป็นสาเหตุเจ็บป่วยได้ง่ายทำให้เกิดโรคภัยต่างๆ ตามมาได้หลายโรคพร้อมกัน ได้แก่ ไขมันภายในเลือดมีปริมาณมาก โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาตอัมพฤกษ์ โรคหัวใจ และยังเป็นต้นเหตุของโรคมะเร็ง (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิงนุช แจ่มพรมมา และ พัทธนันท์ คงทอง. (2557) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ที่น้ำหนักเกินเนื่องจากรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของไขมันในปริมาณที่มาก ซึ่งพบได้จากการจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ของโรงพยาบาล ที่มีการจัดอาหารประเภททอด ผัด และปิ้งย่าง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว, ชนุกร แก้วมณี และวรางคณา บุตรศรี (2560) เรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าบุคลากรมากกว่าครึ่งมีดัชนีมวลกายผิดปกติ ร้อยละ 55.1 เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ นิยมรับประทานอาหารสำเร็จรูปและอาหารที่มีไขมันสูง และมีการจัดการกับความเครียดได้ในบางครั้ง อีกทั้งยังพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่มีโรคประจำตัวและรับรู้ว่าตนเองสุขภาพดี จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงลักษณะงานที่มีความหลากหลายภารกิจ ต้องทำงานต่อเนื่อง และเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานจึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง

2. ระดับความดันโลหิตของบุคลากรสายสนับสนุน พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนจำนวนครึ่งหนึ่ง มีระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 51.28 และมีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูงถึงระดับสูง ร้อยละ 48.72 ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตปกติ อธิบายได้ว่าบุคลากรสายสนับสนุนมีภาวะมีค่าดัชนีมวลกายที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติจำนวน

รวมกันมากถึง ร้อยละ 61.54 เนื่องจากดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาติดตามย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะ 22 ปี ในประเทศจีน พบว่า ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยทำนายของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงทั้งในเพศชายและเพศหญิง (Chen, Liang, Zheng, Wang & Lu, 2018) และยังสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) สูงถึงร้อยละ 42.2 และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับโรคความดันโลหิตสูง ที่ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโดยเฉพาะในกลุ่มทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ออฟฟิศ นักวิชาการและผู้บริหาร (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) นอกจากนี้จากการสนทนากลุ่มพบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของนมและน้ำตาลในปริมาณที่สูงเพราะทำให้รู้สึกสดชื่น มีการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็มเพราะเป็นรสชาติที่ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ในบางรายรับประทาน ไข่ทอด มันฝรั่งทอด นอกจากนั้นยังไม่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายเนื่องจากรู้สึกเหนื่อยจากการทำงานและส่วนหนึ่งต้องกลับไปปฏิบัติภารกิจในการดูแลครอบครัว และบางรายยังมีพฤติกรรมความเข้าใจว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นส่วนหนึ่งของการเข้าสังคม แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรสายสนับสนุนส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารผักและผลไม้ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจัดการกับอารมณ์จึงทำให้บุคลากรสายสนับสนุนที่มีระดับความดันโลหิตสูงมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3อ.2ส.) ของบุคลากรสายสนับสนุน

บุคลากรสายสนับสนุนมีคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3อ.2ส.) อยู่ในระดับไม่ดีหรือระดับไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. มากที่สุด ร้อยละ 43.59 รองลงมา เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 35.89 อาจเนื่องมาจากการมีภาระงานที่ต้องปฏิบัติงานตามหน้าที่ของหน่วยงานในแต่ละวัน และยังต้องมีการเฝ้าระวังในการดูแลครอบครัวที่แตกต่างกันไปจึงทำให้ไม่มีเวลาในการให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพ นอกจากนั้นแม้รับรู้เรื่องโทษของการดื่มแอลกอฮอล์แต่ก็ยังมีความคิดว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังจำเป็นต่อการเข้าสังคม และมีความเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตต่ำ ดังนั้นจึงทำให้บุคลากรสายสนับสนุนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างน้อยและไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. สอดคล้องกับการศึกษาของ นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ้มวิจิตรวงศ์, และนิมิตร ศิริแก้ว (2561) เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเข้าใจ (3อ.2ส.) ถูกต้องเป็นส่วนน้อย ทำให้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=47.14$, $SD=5.50$)

พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)

การอภิปรายผลพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของบุคลากรสายสนับสนุน พบว่า

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม พบว่า อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 38.46 อาจเป็นผลเนื่องมาจากการที่บุคลากรสายสนับสนุนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องของการบริโภคอาหารที่ยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) จึงมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสชาติหวานมันหลังการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ด้วยชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบันจึงทำให้ยังทำงานต้องรับประทานอาหารจากร้านสะดวกซื้อหรือร้านอาหารตามสั่งซึ่งมีปริมาณเกลือโซเดียมสูงมากกว่าปกติ และการบริโภคอาหารขยะที่มีน้ำตาลหรือไขมันในปริมาณที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรฤดี สุบรรณ ณ อยุธยา และ พรพิไล เตมสินสวัสดิ์ (2560) เรื่องภาวะน้ำหนักเกินกับพฤติกรรมของนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลพรรณ ดีเมฆ และศิริพร เงินทอง (2562) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน, อภิชา น้อมศิริ, และ งามจิต คงสุผล (2563) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ไม่ดี

2) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารผักและผลไม้ของบุคลากรสายสนับสนุนอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากบริบทของคนในพื้นที่ส่วนมากจะประกอบอาชีพเกษตรกรรมจึงทำให้เข้าถึงการบริโภคผักได้ง่าย โดยเฉพาะผักพื้นบ้านที่มีจำนวนมาก ประกอบกับสถานที่ตั้งของวิทยาลัยอยู่ใกล้ตลาดสด และมีชาวบ้านนำผักพื้นบ้านมาจำหน่ายหลายชนิด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน และคณะ (2563) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ในระดับดีมาก โดยรับประทานอาหารผักและผลไม้อย่างสม่ำเสมอและทุกวัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลพรรณ ดีเมฆ และศิริพร เงินทอง (2562) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ในระดับดีมาก

3) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของบุคลากรสายสนับสนุน พบว่า หนึ่งในสามของบุคลากรสายสนับสนุนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 33.33 เนื่องจากบุคลากรสายสนับสนุนมีกลุ่มอายุ 37-47 ปีมากที่สุด ซึ่งเป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัว บางรายต้องกลับไปทำงานบ้าน เมื่อร่างกายเหนื่อยล้าจากการดูแลครอบครัวและทำงานบ้าน จึงทำให้อยากพักผ่อนมากกว่าออกกำลังกาย และจากการสนทนากลุ่ม พบว่าการสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรในหน่วยงานมีความไม่ต่อเนื่อง รวมถึงข้อจำกัดในภาระการทำงานทำให้บุคลากรบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่องค์กรจัดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมอาจค์ วงศ์สวัสดิ์ (2550) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลที่จอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน และคณะ (2563) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี

4) พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ของบุคลากรสายสนับสนุนส่วนมากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41.03 อาจเป็นหนึ่งในสามของประชากรสายสนับสนุนมีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนจึงทำให้ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตมามาก ทำให้สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ดี รวมถึงความสัมพันธ์ในหน่วยงานมีการอยู่ร่วมกันที่มีความเป็นพี่เป็นน้อง ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีความเป็นกันเองระหว่างผู้บริหาร อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ และวิทยาลัยมีโครงการวิทยาลัยคุณธรรม และองค์กรแห่งความสุข ซึ่งส่งเสริมให้บุคลากรของวิทยาลัยทำงานอย่างมีความสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และคณะ (2560) เรื่องภาวะน้ำหนักเกินกับพฤติกรรมของนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับที่ไม่ดี และการศึกษาของณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน และคณะ (2563) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับที่ไม่ดี

5) พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ พบว่าของบุคลากรสายสนับสนุน พบว่า มากกว่าครึ่งของบุคลากรสายสนับสนุนมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ในระดับดีมาก อาจเป็นเพราะวิทยาลัยเป็นสถาบันการศึกษาที่มีการเข้าร่วมโครงการสถานศึกษาสีขาวที่ปลอดยาเสพติดและอบายมุขทั้งในกลุ่มบุคลากร อาจารย์ และนักศึกษา นอกจากนี้วิทยาลัยยังมีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษา และมีการจัดกิจกรรมร่วมกับนักศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ในเรื่องสารเสพติดให้โทษรวมถึงพิษภัยของบุหรี่ จึงทำให้บุคลากรสายสนับสนุนมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการไม่สูบบุหรี่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน และคณะ (2563) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง

6) พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคลากรสายสนับสนุน พบว่า ร้อยละ 46.15 ของบุคลากรสายสนับสนุนมีพฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะวิทยาลัยเป็นสถาบันการศึกษาที่มีการเข้าร่วมโครงการสถานศึกษาสีขาวที่ปลอดยาเสพติดและอบายมุขทั้งในกลุ่มบุคลากร อาจารย์ และนักศึกษา นอกจากนี้จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรสายสนับสนุนรับรู้และเข้าใจได้ว่าการดื่มในปริมาณมากจนเกินไปย่อมส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน และคณะ (2563) ที่พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี สุบรรณ ณ อยุธยา และพรพิไล เต็มสินสวัสดิ์ (2560) เรื่องภาวะน้ำหนักเกินกับพฤติกรรมของนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับไม่ดี

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของบุคลากรสายสนับสนุน

จากผลการสนทนากลุ่ม พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนให้ทัศนะเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สรุปได้ 2 ประเด็นที่สำคัญ คือ 1) ปรับเปลี่ยนรูปแบบของอาหารว่างในการจัดประชุมที่เน้นอาหารเพื่อสุขภาพ และ 2) วิทยาลัยควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรอย่างต่อเนื่องและสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีความยั่งยืน เสมือนเป็นหนึ่งในวิธีการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงาน

อธิบายได้ว่าจากข้อมูลภาวะสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ บุคลากรสายสนับสนุนมีคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3อ.2ส.) โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุดหรือไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ดังนั้นการที่หน่วยงานมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบโดยการจัดอาหารว่างที่เน้นอาหารเพื่อสุขภาพ และการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้มีการเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้บุคลากรสายสนับสนุนได้มีเล็งเห็นว่าหน่วยงานให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มนี้เกิดความสนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี โดยลด หรือเลิกพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม และเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนั้นบุคลากรสายสนับสนุนอาจให้ความสนใจในการให้ความสำคัญในการออกกำลังกายทั้งในหน่วยงานและที่บ้านของตนเอง สิ่งเหล่านี้เป็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยอ้อมและอาจค่อยๆ สอดแทรกความรู้และทักษะการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. เพื่อให้บุคลากรสายสนับสนุนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3อ.2ส.) โดยรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรสายสนับสนุนมีภาวะสุขภาพที่ดีและห่างไกลจากโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. บุคลากรสายสนับสนุนที่มีดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน และระดับความดันโลหิตที่อยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติควรได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต
2. ฝ่ายพัฒนาบุคลากรควรนำข้อเสนอแนะจากบุคลากรสายสนับสนุนมาจัดเป็นมาจัดเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้และทักษะในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)
3. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อการคัดกรองสุขภาพให้แก่บุคลากรสายสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการสร้างความตระหนักต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเรื่องเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ให้แก่บุคลากรสายสนับสนุน และวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด
2. ควรศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรสายสนับสนุนในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐานและระดับความดันโลหิตที่อยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ปีงบประมาณ 2563 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- คณิงนุช แจงพรหมมา และ พัทธนันท์ คงทอง. (2557). ภาวะสุขภาพของบุคลากรทำงานด้านสุขภาพ อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(2), 21-28.
- งานพัฒนาบุคลากร. (2564). ข้อมูลอัตรากำลังคนของวิทยาลัยประจำปี 2564. วิทยาลัยพยาบาล.
- ฉัตรฤดี สุบรรณ ณ อยุธยา และ พรพิไล เต็มสินสวัสดิ์. (2560). ภาวะน้ำหนักเกินกับพฤติกรรมของนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. จาก https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/684/rmutrconth_38.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ชุตินันท์ วิเศษโชค, พลกฤต แสงอาวุธ และ วาสนา จาตุรัตน์. (2563). การพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้านทรัพยากรมนุษย์ กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคใต้ตอนบน. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 7(2), 259-291.
- ณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน, อภิชา น้อมศิริ และ งามจิต คงสุผล. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 95-108.
- นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ้มวิจิตรวงศ์, และ นิมิตร ศิริแก้ว. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดนครราชสีมา. จาก <https://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText/02%20%201600-1611.pdf>.
- พิมลพรรณ ดีเมฆ และ ศิริพร เงินทอง. (2562). พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. (รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6). จาก <https://research.kpru.ac.th/research2/pages/filere/9892020-01-10.pdf>
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมล โลมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยศ, นริมาลย์ นิละไพจิตร, ... สายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปพ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. จาก <http://doh.hpc.go.th/data/HL/healthLiteracySurveyThai.pdf>
- ศิริวรรณ ชูกำเนิด, กฤติการ อินทณรงค์ และ สาวิตรี วงศ์ประดิษฐ์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และการยึดมั่นในพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 23(2), 55-70.

- แสงเดือน กิ่งแก้ว, ชนกร แก้วมณี และ วรางคณา บุตรศรี. (2560). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 1(2), 38-55.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2564). รายงานการศึกษาสถานการณ์การตายของประชากรไทย พ.ศ. 2560-62. จาก <http://bodthai.net>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2562). สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร. จาก https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/%A3/2562/Report_02-62.pdf
- สมอาจค์ วงศ์สวัสดิ์. (2550). ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 3(2), 170-180.
- Chen, Y., Liang, X., Zheng, S., Wang, Y., & Lu, W. (2018). Association of body fat mass and fat distribution with the incidence of hypertension in a population-based Chinese cohort: a 22-year follow-up. *Journal of The American Heart Association*, 7(6), e007153. doi:10.1161/JAHA.117.007153
- Ministry of Public Health. (2016). 20-year National Strategic Plan (Public Health), Ministry of Public Health Office of Policy and Strategy. *Office of the Permanent Secretary*, 29-33.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 12, 2072-2078.
- World Health Organization. (2021). Non communicable diseases (NCD). Retrieved January 3, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncomm>.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน

สุรเดช เมืองมา, ส.ม.¹ดลนภา ไชยสมบัติ, ส.ด.^{*2}

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหากเกิดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสสูงที่จะมีอาการติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ การมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นเรื่องสำคัญ การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า จังหวัดพะเยา จำนวน 91 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .90 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับดี แต่การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี และการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.634$) กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี

คำสำคัญ การรับรู้, พฤติกรรมป้องกัน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้ป่วยเบาหวาน

วันที่รับ: 29 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไข: 16 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 27 เมษายน 2566

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้า จังหวัดพะเยา

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: donnapa.c@bcnpy.ac.th

The relationship between perception and preventive health behaviors on the Coronavirus disease 2019 of diabetic mellitus patients in communities

Suradet Muangma, M.P.H.¹

Donnapa Chaisombut, Ph.D.*²

Abstract

Diabetic mellitus patient is a high-risk group, if infected with Coronavirus 2019. As they have a high chance of severe infection and death compared to general patients due to low immunity. Therefore, preventive behaviors against Coronavirus disease 2019 are important. This descriptive correlational study aimed to test the relationship between perception and preventive behaviors on coronavirus disease 2019 of diabetes patients. Purposive sampling was used to recruit 91 patients who received medical treatment at Ban Tam Health Promoting Hospital, Phayao Province. The research instruments consisted of a questionnaire on perception regarding Coronavirus disease 2019 and preventive behaviors on Coronavirus Disease 2019. Those questionnaires were approved by three experts with its content validity index value were between .67-1.00 and the Cronbach's alpha coefficients were .90 and .90 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation was used to test the relationship between perception and preventive behaviors. The results revealed that participants had a good perception on the Coronavirus disease 2019. When considering each component, it found that perceived susceptibility and perceived severity against Coronavirus disease 2019 were at a good level. However, perceived benefits and perceived barriers to Coronavirus disease 2019 were at a moderate level. The participants had a good level of preventive behaviors towards coronavirus disease 2019. Also, their perception was statistically related to the preventive health behaviors at moderate level ($r=0.634$). Research finding suggests that perception on Coronavirus disease 2019 should be promoted among diabetic patients living the community in order to have good preventive health behaviors on Coronavirus disease 2019.

Keywords: Perception, Preventive health behaviors, The Coronavirus disease 2019, Diabetic patients

Received: Oct 29, 2022 Revised: Apr 16, 2023 Accepted: Apr 27, 2023

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Tun Health Promoting Hospital, Phayao

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

* Corresponding author, E-mail: donnapa.c@bcnpy.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่มีชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ได้ออกประกาศเป็นทางการว่า พบกลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ไม่ทราบสาเหตุ (กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ, 2564) โดยโรคโควิด-19 ได้แพร่กระจายไปยัง ทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปยุโรป และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงกลาง รวมทั้ง ประเทศออสเตรเลีย และในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส และเมื่อการระบาดขยายวงกว้างออกไป ในหลายประเทศมากขึ้น ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ Pandemic โดยสถิติการติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก รายงาน วันที่ 1 เมษายน 2566 มีจำนวน ติดเชื้อสะสม จำนวน 761,402,282 ราย เสียชีวิต 6,887,000 ราย (WHO, 2023) สำหรับ ในประเทศไทย ข้อมูลล่าสุด ครั้งสุดท้ายวันที่ 1 ตุลาคม 2565 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยมีผู้ป่วยสะสมรวม 2,458,697 คน มีผู้เสียชีวิตสะสม 11,073 คน (กรมควบคุมโรค, 2565) และ จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพะเยา ข้อมูล วันที่ 29 กันยายน 2565 พบผู้ป่วยยืนยันสะสมรวม 6,273 คน ตรวจคัดกรองด้วย ATK พบเชื้อสะสม 59,327 คน เสียชีวิตสะสม 133 คน (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพะเยา [ศบค.พย], 2565)

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม ยังทำให้การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการจัดบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การป้องกันการติดเชื้อในกิจกรรมหรือบริการต่างๆ จึงต้องมีการวางแผนการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (new normal medical service) โรงพยาบาลทุกระดับต้องปรับระบบบริการทางการแพทย์ใหม่ ทั้งในด้านการเตรียมพร้อมรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงและเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไตวายเรื้อรัง และคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยารักษาภูมิคุ้มกัน โดยมาตรการสำหรับควบคุมการระบาดที่สำคัญ นอกเหนือจากการ ส่งเสริมการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และนโยบายอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติแล้ว ระบบบริการสาธารณสุขต้องปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงการรักษาน้อยที่สุด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2564) และการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ในด้านการส่งเสริมป้องกันโรค การรักษา และควบคุมโรค โดยพบว่า กิจกรรมการให้บริการตั้งแต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค และปัจจัยเสี่ยง ได้ถูกจำกัดลง ส่งผลให้มีการปรับตัวของระบบสาธารณสุข โดยมีการปรับรูปแบบการจัดบริการรักษา การนัดหมายผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนา หรือการเร่งรัดการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้เพื่อช่วยในการตรวจติดตาม ติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชน และผู้ให้บริการ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ

สำรวจเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2564) นอกจากนั้น ปัญหาการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยตรง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และอาการทางตับ มีความเสี่ยงสูงหากติดเชื้อโควิด-19 อาจมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป (Nikoloski et al., 2021) ทั้งนี้จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีโรคเบาหวานและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเสี่ยงที่สูงขึ้นที่จะได้เข้ารับการรักษในห้องที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และเสียชีวิต (Roncon, Zuin, Rigatelli, & Zuliani, 2020) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นยังมีความเสี่ยงที่จะตอบสนองต่อการรักษาโรคโควิด-19 ได้ไม่ดีเท่าที่ควร และยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ มากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมโรคได้ถึงเกือบ 2 เท่า (Williamson et al., 2020) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคคล เป็นเรื่องสำคัญในการป้องกันโรคซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสามารถป้องกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 61.20 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (วิญญ์ทัณญ บัญทัน และคณะ, 2563) และยังมีการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (สุตา แวหะยี่, 2563)

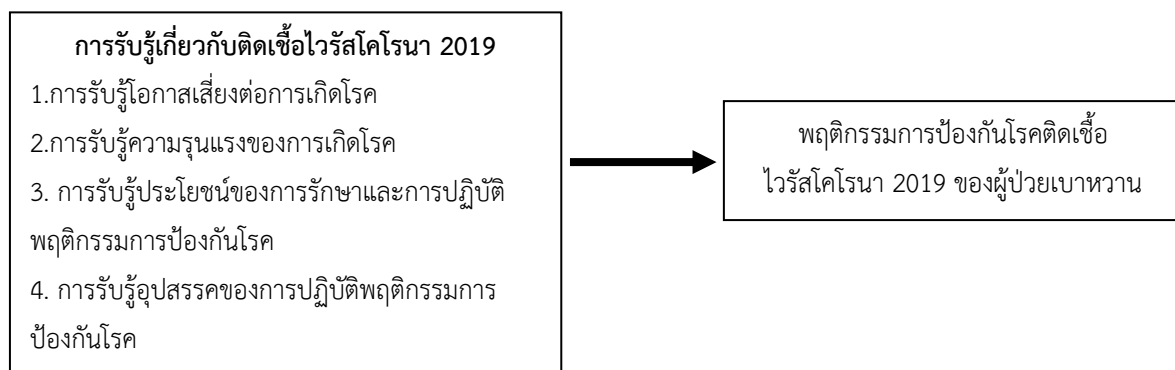
จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรุนแรงของการเกิดโรค ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ทำให้ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 341 คน เมื่อแบ่งตามสัดส่วนการรักษา พบว่า รับการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 250 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.31 รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า จำนวน 91 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.69 (รายงานประจำปี รพ.สต.บ้านต้า, 2563) จึงเห็นความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา โดยได้ประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรคขึ้น ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค

ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (perceived benefits) เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (a descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า จังหวัดพะเยา ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนที่เข้ารับการรักษา ในระหว่าง 30 เมษายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 91 คน โดย

1. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป สามารถฟัง พูด สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือเป็นผู้มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีประวัติเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ บุคคลที่พกอาศัยร่วม การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่พบ โรคเรื้อรังอื่น ๆ ประวัติการสูบบุหรี่และประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ประเด็น

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

2.2 การรับรู้ความรุนแรงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 11 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และเชิงลบ 3 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การแปลผลคะแนนของเครื่องมือ พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971) ดังนี้ คะแนนมากกว่า 80% (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.00 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ของผู้ป่วยในระดับดี, คะแนน 60-80% (คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ของผู้ป่วยในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 60 (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ของผู้ป่วยในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย แปลผลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom et al., 1971) คะแนนมากกว่า 80% (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.40 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับดี, คะแนนระหว่าง 60-80% (คะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.40 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 60% (คะแนนน้อยกว่า 1.80 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ทั้ง 2 ฉบับ และผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ออกไปทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา หมายเลขโครงการ 011/2564 ลงวันที่ 9 เมษายน 2564 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยต่อนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบ้านต้า เตรียมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ถึงแนวทางในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นประสานงานกับผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง ร้อยละ 60.44 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.91 ปี ($SD=9.75$) โดยเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.75 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.82 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.13 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 51.65 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.05 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 51.65 มีรายได้เพียงพอ ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.34 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.71 รักษาเบาหวานโดยการใช้อาหารรับประทาน กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง ร้อยละ 63.74 มีภาวะแทรกซ้อน โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.24 รองลงมาคือ โรคหัวใจ ร้อยละ 15.52 ชาปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 8.62 โรคตา ร้อยละ 5.17 และโรคไต ร้อยละ 3.45 ตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.22$, $SD=0.46$) เมื่อแบ่งระดับ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.91 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 12.09 มีการรับรู้ระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{X}=4.31$, $SD=0.49$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.30$, $SD=0.55$) แต่การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=3.89$, $SD=0.45$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.81$, $SD=0.76$) เมื่อเปรียบเทียบในรายข้อ พบส่วนใหญ่ (27 ข้อ) มีการรับรู้อยู่ในระดับดี มีคะแนนสูงสุด เช่น การอยู่ในที่แออัด

มีการชุมนุมของผู้คนจำนวนมากๆ เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้าฯ มีโอกาสที่ทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{x}=4.64, SD=0.61$) และโรคที่เกิดจากการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ปอดมีความผิดปกติ และปอดพิการได้ตลอดชีวิต ($\bar{x}=4.64, SD=0.61$) แต่ทั้งนี้พบการรับรู้ในระดับปานกลาง 7 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำลังระบาดทั่วโลก และรวมถึงประเทศไทย ที่มีการระบาดในหลายๆ จังหวัด ($\bar{x}=3.56, SD=1.02$) ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้สูงกว่าคนปกติ ($\bar{x}=3.56, SD=1.02$) และแอปพลิเคชันไทยชนะ ช่วยลดโอกาสในการรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างดีเยี่ยม ($\bar{x}=3.56, SD=1.02$), ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=91$)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (ร้อยละ)	แปลผล
ระดับน้อย ($\bar{x}=1.00-2.33$)	0 (0)	ระดับน้อย
ระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.34-3.66$)	11 (12.09)	ระดับปานกลาง
ระดับดี ($\bar{x}=3.67-5.00$)	80 (87.91)	ระดับดี
$\bar{x}=4.22, SD=0.46$		

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ($n=91$)

การรับรู้	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม 5)	SD	ระดับ การรับรู้
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.31	0.49	ดี
1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำลังระบาดทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มีการระบาดในหลายจังหวัด	4.60	0.66	ดี
2. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนได้ สามารถแพร่เชื้อได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ	4.54	0.70	ดี
3. การเดินทางกลับจากต่างประเทศ หรือจังหวัดที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชื้อสามารถแพร่กระจายไปยังผู้สัมผัส หรือใกล้ชิดได้	4.55	0.70	ดี
4. การอยู่ในที่แออัด มีการชุมนุมของผู้คนจำนวนมากๆ เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้าฯ มีโอกาสที่ทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.64	0.61	ดี
5. อากาศที่เปลี่ยนแปลง มีส่วนกระตุ้นทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.69	1.08	ปานกลาง
6. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำลังระบาดทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่มีการระบาดในหลายๆ จังหวัด	3.56	1.02	ปานกลาง
7. การใช้มือหยิบจับอาหารเข้าปากโดยตรง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	4.15	0.91	ดี
8. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อโดยการที่มีสัมผัสกับสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ธนบัตร กลอนประตู โทรศัพท์ ราวจับบันได ปากกา	4.51	0.70	ดี
9. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อผ่านทางละอองฝอย การสัมผัสน้ำมูก น้ำลายเวลาไอ หรือจามรดกัน	4.63	0.55	ดี
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.30	0.55	ดี
10. ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เจ็บป่วยที่รุนแรง เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.60	0.66	ดี
11. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจหอบเหนื่อย	4.54	0.70	ดี
12. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการคล้ายโรคปอดอักเสบ เช่น หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย รุนแรง และทำให้เสียชีวิตได้	4.55	0.70	ดี

การรับรู้	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม 5)	SD	ระดับ การรับรู้
13. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ปอดมีความผิดปกติ และปอดพิการได้ตลอดชีวิต	4.64	0.61	ดี
14. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ติดตามเสื้อผ้าหรือของใช้ สามารถอยู่ได้นาน 7 – 8 ชั่วโมง และสามารถแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สัมผัสได้	3.69	1.08	ปานกลาง
15. ผู้ป่วยเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้สูงกว่าคนปกติ	3.56	1.02	ปานกลาง
16. ผู้ป่วยเบาหวาน มีความไวต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมาก แม้อยู่ในโรงพยาบาล หรือ รพ.สต.	4.15	0.91	ดี
17. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่มีวัคซีนที่ช่วยในการรักษา	4.51	0.70	ดี
18. ผู้ที่ใกล้ชิด/สัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรกักตัว 14 วัน	4.63	0.55	ดี
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.89	0.45	ปานกลาง
19. การสวมหน้ากากอนามัย มีส่วนช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.60	0.66	ดี
20. การล้างมือบ่อยๆ ช่วยให้การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิภาพสูง	4.54	0.70	ดี
21. การหลีกเลี่ยงการเดินทาง ไปยังสถานที่ที่มีผู้คนแออัด สามารถลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	4.55	0.70	ดี
22. การเลือกใช้สมุนไพรพื้นบ้าน สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	4.64	0.61	ดี
24. การปฏิบัติตามมาตรการ/ประกาศคำสั่งของรัฐ สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ทั้งตนเองและคนในครอบครัว	3.69	1.08	ปานกลาง
25. แอปพลิเคชันไทยชนะ ช่วยลดโอกาสในการรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างดีเยี่ยม	3.56	1.02	ปานกลาง
26. ผู้ป่วยเบาหวานควรปฏิบัติเสี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกับคนในครอบครัว	4.15	0.91	ดี
27. การขอรับยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	4.51	0.70	ดี
28. หากมีอาการสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องรีบไปตรวจคัดกรองทันที	4.51	0.70	ดี
29. การติดตามข่าวสาร จากสื่อ สิ่งพิมพ์ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในชุมชน ช่วยให้เกิดการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดี	4.63	0.55	ดี
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.81	0.76	ปานกลาง
30. ควรเลี่ยง หรืองดกิจกรรมการออกกำลังกายในที่สาธารณะ หรือสถานที่ออกกำลังกายที่มีผู้ใช้บริการร่วมเป็นจำนวนมาก เพื่อลดการติดเชื้อ	4.60	0.66	ดี
31. รายได้ของครอบครัวมีผลทำให้การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ได้พอ	4.54	0.70	ดี
32. การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวที่ยาวนาน ทำให้เป็นภาระของครอบครัว การป้องกันการติดเชื้อจึงไม่จำเป็น	4.55	0.70	ดี
33. การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ไม่สามารถกำหนดประเภท และชนิด วัตถุดิบที่ใช้ในการปรุงอาหารที่มีส่วนช่วยในการเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกายได้	4.64	0.61	ดี
34. สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เป็นสถานที่ปลอดภัยที่สุด ไม่จำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัย	3.69	1.08	ปานกลาง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้กลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.74$, $SD=0.28$) โดยในข้อย่อยทุกข้อมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ยกเว้น พฤติกรรมการติดตั้งแอปพลิเคชันหมอชนะ เพื่อตรวจสอบความเสี่ยงโอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เสมอ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมสวมใส่หน้ากากอนามัยหากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด มีคะแนนสูงสุด ($\bar{X}=2.95$, $SD=0.25$) รองลงมา ได้แก่ สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อออกจากบ้าน ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.27$) และการไม่เดินทางเข้า-ออก พื้นที่เสี่ยงตามประกาศของผู้ว่าราชการจังหวัด ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.33$) สำหรับพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ ติดตั้งแอปพลิเคชันหมอชนะ เพื่อตรวจสอบความเสี่ยง โอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เสมอ ($\bar{X}=2.36$, $SD=0.81$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=91$)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม 3)	SD	ระดับพฤติกรรม
1. เมื่อไอ จาม ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง	2.71	0.50	ระดับดี
2. หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปากปิดจมูกโดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตนเอง ฝั่งตรงข้าม ใช้มูมข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากปิดจมูกแทนการใช้มูมมือปิดปากปิดจมูก	2.63	0.58	ระดับดี
3. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หลังไอ จาม หรือสั่งน้ำมูกทุกครั้ง	2.71	0.54	ระดับดี
4. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร	2.48	0.70	ระดับดี
5. ท่านล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ ทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับสิ่งของและสถานที่นอกบ้าน	2.78	0.46	ระดับดี
6. ท่านล้างมือด้วยสบู่และให้น้ำไหลผ่านอย่างน้อย 20 วินาที	2.64	0.56	ระดับดี
7. ท่านรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร เมื่อจำเป็นต้องพบปะและพูดคุยกับบุคคลอื่น	2.79	0.48	ระดับดี
8. ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด	2.79	0.48	ระดับดี
9. หากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด ท่านใส่หน้ากากอนามัย	2.95	0.25	ระดับดี
10. ท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อออกจากบ้าน	2.94	0.27	ระดับดี
11. ท่านมักจะสั่งอาหารกลับมาทานที่บ้านเสมอ	2.45	0.77	ระดับดี
12. ท่านงดออกจากบ้านเพื่อลดการติดต่อของเชื้อไวรัส	2.71	0.47	ระดับดี
13. ท่านไม่ใช้สิ่งของ ของใช้ ร่วมกับคนอื่น	2.75	0.50	ระดับดี
14. ท่านไม่เดินทางเข้า-ออก พื้นที่เสี่ยงตามประกาศของผู้ว่าราชการจังหวัด	2.94	0.33	ระดับดี
15. เมื่อท่านมีไข้ ไอ เจ็บคอ ไปหาหมอทันที	2.80	0.43	ระดับดี
16. ท่านไม่สัมผัส สูด จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น	2.90	0.33	ระดับดี
17. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกที่ผ่านการให้ความร้อนเสมอ	2.90	0.33	ระดับดี
18. ท่านไม่รับประทานอาหารดิบ และอาหารที่ไม่ผ่านความร้อน	2.74	0.52	ระดับดี
19. เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านแนะนำให้ไปรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน	2.90	0.30	ระดับดี
20. ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางโทรทัศน์/ อินเทอร์เน็ต/วิทยุ อย่างต่อเนื่อง	2.75	0.43	ระดับดี
21. เมื่อมีความจำเป็น ต้องไปยังสถานที่ที่มีผู้คน ทำกิจกรรมหรือใช้บริการจำนวนมาก เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด ท่านลงชื่อ/หรือสแกน QR Code ไทยชนะ เสมอ	2.62	0.81	ระดับดี
22. ท่านติดตั้งแอปพลิเคชัน หมอชนะ เพื่อตรวจสอบความเสี่ยง โอกาสในการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 เสมอ	2.36	0.81	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.74	0.28	ระดับดี

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.634$, $p<.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีค่าคะแนนความสัมพันธ์ ดังนี้ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.576$, $p<.001$) รองลงมา ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.571$, $p<.001$), การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.534$,

$p<.001$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.396$, $p<.001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=91$)

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	พฤติกรรมการป้องกันฯ	
	r	p-value
การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวม		
การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้าน	.634*	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค	.576*	<0.001
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.571*	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.534*	<0.001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค	.396*	<0.001

* $p<.01$

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อแบ่งระดับ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.91) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 12.09 มีการรับรู้ระดับปานกลาง และ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 อยู่ในระดับดี แต่การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง ร้อยละ 60.44 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.91 ปี ($SD=9.75$) ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนในการสร้างการรับรู้เนื่องจากเพศหญิงมีค่านิยมและวัฒนธรรมของเพศหญิงที่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพมากกว่าเพศชาย (อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง, 2556) และอายุยังไม่มากนักทำให้เกิดการรับรู้เรื่องสุขภาพได้ดีทำให้มีความสนใจรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวม อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ การศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิภา ชัชรรัตน์ (2563) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ดังนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้โรงพยาบาลทุกระดับต้องปรับระบบบริการทางการแพทย์ใหม่ ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงและเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไตวายเรื้อรัง และคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยารักษาภูมิคุ้มกัน โดยมีมาตรการการส่งเสริมการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และนโยบายอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติโดยระบบบริการสาธารณสุขต้องปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงการรักษาน้อยที่สุด (กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคและสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จ

พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2564) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาและคำแนะนำจากบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีระยะเวลาานพอสสมควร โดยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 59.34 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.71 รักษาเบาหวานโดยการใช้ยารับประทานและ ร้อยละ 63.74 มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก (อัจฉา เจศรีชัย, 2563) ทั้งนี้พบว่า ในข้อย่อยทุกข้อ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ยกเว้นพฤติกรรมการติดตั้งแอปพลิเคชัน หมอชนะ เพื่อตรวจสอบความเสี่ยง โอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เสมออยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมสวมใส่หน้ากากอนามัยหากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด มีคะแนนสูงสุด รองลงมา ได้แก่ สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อออกจากบ้าน และการไม่เดินทางเข้า-ออก พื้นที่เสี่ยงตามประกาศของผู้ว่าราชการจังหวัดสำหรับพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุดได้แก่ ติดตั้งแอปพลิเคชัน หมอชนะ เพื่อตรวจสอบความเสี่ยง โอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ชนบท ซึ่งการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมีความลำบาก และไม่ไว้วางใจชีวิตของชาวบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้เรื่องการประเมินรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ในประเด็น แอปพลิเคชันไทยชนะช่วยลดโอกาสในการรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างดีเยี่ยม เป็นประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ำที่สุด

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.634, p<.001$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้การรับรู้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้นได้ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (perceived benefits) และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers) ซึ่งจากผลการศึกษา พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับดี จึงนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี และผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรา ชื่นวัฒนา และ นิชานาฏ สอนภักดี (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 61.20 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ปัจจัยการ

รับรู้ความสามารถของตนเอง (วิญญูทัศน์ บุญทัน และคณะ, 2020) สอดคล้องกับแนวคิดของ เพ็นเดอร์, เมอร์ด็อก และ พาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) กล่าวคือ การให้คุณค่าในความสามารถของตนและการรับรู้ผลประโยชน์ จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชากรกลุ่มอื่น เช่น การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ฮุดา แวหะยี, 2563)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการ สาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง*. จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2565). *สถานการณ์ผู้ป่วยโควิดภายในประเทศรายสัปดาห์*. จาก [https:// ddc.moph.go.th/covid-19-dashboard/](https://ddc.moph.go.th/covid-19-dashboard/)
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคและสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2564). *รายงานผลการทบทวน ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1187720211012064924.pdf>
- ธานี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิณี ชัยรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 29-39.
- รายงานประจำปี รพ.สต.บ้านต้า. (2563). *สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2563*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า.

- วิญญูทัศนัญญ บัญทัน, พัชรภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุติมา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครชนพล และ จิรายุวัตร คมพัยค์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 323-337.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และ นิษานาฏ สอนภักดี. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 163-170.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพะเยา (ศบค.พย). (2565). *รายงานผู้ติดเชื้อโควิด-19 จังหวัดพะเยา*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2564 จาก www.phayao.go.th/covid/#home
- อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง. (2556). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 1(1), 59-85.
- อัจฉนา เจศรีชัย. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*. 1(1), 24-34.
- ศุทธา แหวะยี่. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 158-168.
- Becker, M. H. (1974) The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Nikoloski, Z., Alqunaibet, A. M., Alfawaz, R. A., Almudarra, S. S., Herbst, C. H., El-Saharty, S., ... Algwizani, A. (2021). Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. *BMC Public Health*, 21(1), 1068. doi: 10.1186/s12889-021-11116-w
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5thed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Roncon, L., Zuin, M., Rigatelli, G., & Zuliani, G. (2020). Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *Journal of Clinical Virology: the Official Publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, 127, 104354. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104354
- Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, C. E., ... Goldacre, B. (2020). Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*, 584(7821), 430-436. doi:10.1038/s41586-020-2521-4
- World Health Organization. (2023). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Retrieved 2 February 2021, from <https://covid19.who.int/>

ผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

เกהלัน ประเสริฐธิพจน์ พย.บ.*¹

กฤตพัทธ์ ผักฝน พร.ด.²

ปรีศนี ศรีกัน พร.ด.²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันในสังคมไทยมีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นทำให้ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้นตาม โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในต่างพื้นที่ ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามปกติ จำนวน 30 คน โดยมีการประเมินก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ การทดสอบแมน-วิตนีย์ และการทดสอบ วิลคอกซัน ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง หลังการเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงภายหลังการศึกษาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้

คำสำคัญ การเยี่ยมบ้าน, ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน, คุณภาพชีวิต, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

วันที่รับ: 23 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไข: 26 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 28 เมษายน 2566

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพะเยา

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: kaehlun2508@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Effects of community participation theory-based home visit on quality of life and activities of daily living among home and bedbound elders in Mae Ka Subdistrict, Mueang District, Phayao Province

Kaehlun Praserttiitipong B.N.S.^{*1}

Krittapat Fukfon Ph.D.²

Pratsani Srikan Ph.D.²

Abstract

Thailand has increased the number of homebound and bedbound elderly, which has increased health care for those elders, especially those living in communities. This quasi-experimental study aimed to examine the quality of life and activities of daily living of homebound and bedbound older people receiving home visits based on community participation theory. The experimental group consisted of 30 homebound and bedbound older adults living in Mae Ka sub-district, Mueang district, Phayao province, while 30 homebound and bedbound older adults living in another community were in the control group. When the experimental group received home visits based on community participation theory, the control group received routine care from health professionals. Research outcomes were measured before implementation and six months after the study's completion. Research instruments composed of the program of home visits based on the theory of community participation, the WHOQOL-BREF-THAI, and the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index. Data were analyzed using inferential statistics such as mean, percentage, standard deviation, paired t-test, independent t-test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon Signed-ranks Test. The results showed that, after completing the program, the QoL and ADL of the experimental group were significantly better than those before the initiation of the study ($p < .001$). In addition, the QoL and ADL of the experimental group were also significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The home visit program based on community participation theory has successfully improved or enhanced the QoL and ADL of homebound and bedbound elderly people living in the community.

Keywords: Home visits, Community participation, Quality of life, Activity of daily living, Homebound and bedbound elders

Received: Mar 23, 2023 Revised: Apr 26, 2023 Accepted: Apr 28, 2023

¹ Registered Nurse, Community Nursing Department, Phayao Hospital

^{*} Corresponding author, email: kaehlun2508@gmail.com

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยถูกจัดเป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัยเพราะมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18 และเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 คือมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 และในอีก 20 ปีข้างหน้าหรือราวปี พ.ศ. 2586 ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) การเป็นสังคมผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้สังคมผู้สูงอายุเป็นสังคมที่มีคุณภาพ มีความพร้อม ไม่เป็นภาระของชุมชน สังคมและประเทศชาติ (เกศินี วงศ์สุบิน, 2560)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนของผู้สูงอายุทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพ เนื่องด้วยความเสี่ยงทางสรีรวิทยาของภาวะสูงอายุโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคไทรอยด์ และโรคไตวายตามลำดับ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จะมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกลายเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้าน ติดเตียง ดังจะเห็นได้จากอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 30.5 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึงประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุสูงถึง 31 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ผลจากการพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง จึงทำให้ความต้องการในการได้รับการช่วยเหลือดูแลที่บ้านมากกว่าการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล การดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน จะต้องมียุทธศาสตร์การดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นควรประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1980)

จังหวัดพะเยามีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2563 มีประชากร 469,241 คน เป็นผู้สูงอายุ 94,223 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.08 มีประชากรผู้พิการที่จดทะเบียน 23,474 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุพิการคิดเป็น ร้อยละ 60.72 และมีผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 27 คน ส่วนตำบลแม่กาซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองและเป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในลำดับต้นของจังหวัดพะเยา มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 2,273 คน คิดเป็นร้อยละ 15.18 แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม จำนวน 2,098 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.87 กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 94 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.13 แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของตำบลแม่กาจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 3,186 คนในปี พ.ศ. 2573 จัดเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ นอกจากนั้นสถิติความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุตำบลแม่กา พบว่า มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่องปาก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ ตำบลแม่กาเป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทรมีการขับเคลื่อนด้านการดูแลสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์ที่หลากหลาย แต่การรอบรู้ภาวะสุขภาพในการดูแลตนเอง การดูแลบุคคลในครอบครัวและชุมชน ยังคงมีความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุส่วนมากจะเป็นการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่าการให้บริการที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ดำเนินการภายใต้นโยบายดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง (long term care) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา แต่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการรายกรณีได้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยส่วนมากจะมีปัญหาที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างทั้งนอกเหนือจากเรื่องสุขภาพโดยตรง เช่น ปัญหาสภาพแวดล้อมความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ปัญหาการถูกทอดทิ้ง และปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัญหาการแก้ไขปัญหาคำเป็นจะต้องมีส่วนร่วมจากคนในชุมชน

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนและครอบครัว เห็นช่องว่างของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในด้านการทำงานที่แยกส่วน การขาดการเชื่อมประสานงานระหว่างบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มาจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน และได้เห็นความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเป้าหมายสำคัญของการพัฒนา คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

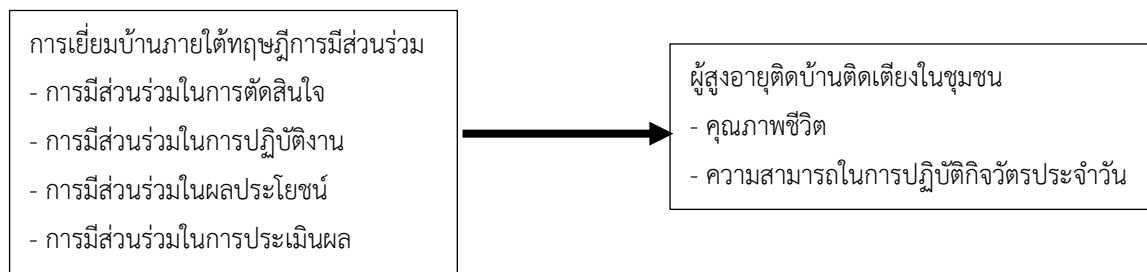
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงระหว่างก่อนและหลังการได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงระหว่างก่อนและหลังการได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนต้นตัวและเป็นส่วนหนึ่งในการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ประชาชนได้ตัดสินใจเกี่ยวกับปัจจัยปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง และในขณะเดียวกันประชาชนก็จะมีส่วนในการค้นหาแนวทาง วิธีการในการจัดการแก้ไขปัญหามาเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ครั้งนี้ผู้วิจัยได้นวนแนวคิดดังกล่าวกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) เป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน ที่ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision-making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน (participation in implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (participation in benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (participation in evaluation) โดยที่บุคคลที่มีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (local residents) ผู้นำชุมชน (local leaders) บุคลากรภาครัฐ

(government personnel) และบุคคลภายนอก (foreign personnel) (Cohen & Uphoff, 1980) โดยมีเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ประชากร ในการศึกษาคือผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงตามคำนิยามของกรมอนามัย ซึ่งประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดี้แอล (ADL) ได้คะแนนน้อยกว่า 11 จาก 20 คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองคือผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่อาศัยในเขตตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา และกลุ่มควบคุม คือผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่อาศัยในเขตตำบลบ้านต้าและตำบลบ้านต๋น อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาผล การดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (อมรรัตน์ ปะติเก, ชนิตา พลอยเลื่อมแสง, จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์ และ ศิรินาถ ตงศิริ, 2562) ได้ค่า effect size เท่ากับ 1.01 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และ Power of test 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการ สูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 รายต่อกลุ่มรวมทั้งสิ้น 60 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและจับคู่ที่เหมาะสมระหว่างกลุ่ม (matching) โดยใช้ เพศ อายุ และคะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีคะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 11 คะแนน 2) สามารถสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทยและ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดจนเสร็จสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเยี่ยมบ้านแต่ละหมู่บ้าน ประกอบด้วย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภายหลังการเยี่ยมบ้านจะมีการประชุมสะท้อนคิด และปรึกษาหารือภายหลังการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก 2 เดือน รวมจำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 6 เดือน โปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชน และการพยาบาล ผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่านได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ ผู้ดูแล

2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใน 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (Jitapunkul, Kamolratnankul, Clulndraprasert, & Bunnag, 1994) การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์หรือติดเตียง คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรงหรือติดเตียง คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลางหรือติดบ้าน และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็น ภาวะพึ่งพา

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุปัจจุบันได้ถูกนำไปใช้แพร่หลาย โดยต้นฉบับได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย พบว่า มีความเหมาะสมในการประเมินระดับการพึ่งพิง ในผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบระหว่างผู้ประเมินและการทดสอบซ้ำเท่ากับ .79 และ .68 ตามลำดับ (Jitapunkul et al., 1994)

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และปรับปรุงโดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วรนิดา พุ่มไพศาลชัย (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ปกติที่กำหนด คือ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการ มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าความเชื่อมั่น

Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา วันที่ 16 ตุลาคม 2563 เลขที่ COA No.128

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมทีมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ตรวจสอบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ตามเกณฑ์คัดเข้าจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1. ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

2.2. จัดประชุมเครือข่ายในตำบล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน เจ้าหน้าที่มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา ซึ่งเป็นหน่วยงานภาคเอกชนที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมแก่ประชาชนในชนบทจังหวัดพะเยา 2 คน ผู้นำชุมชน 18 คน รวมทั้งหมด 26 คน เพื่อเสนอสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในตำบลแม่กา แนวทางการศึกษาวิจัย และระดมแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

2.3. กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการจัดประชุมระดมสมองเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในตำบล จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพะเยา 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 คน เจ้าหน้าที่มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา 4 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน พระสงฆ์ 1 รูป อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (care giver: CG) 23 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 คน รวมทั้งหมด 46 คน โดยมีประเด็นในการประชุมระดมสมอง คือ เพื่อทบทวนสถานการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในตำบล สรุปผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่ผ่านมา สรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำเสนอความรู้ ปัญหาของผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอแนวทางการดำเนินงานที่พัฒนาต่อยอดจากการศึกษาเรียนรู้จากพื้นที่อื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกจังหวัด และระดมความคิดเห็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่จะดำเนินการต่อไปในแต่ละหมู่บ้าน และร่วมกันจัดทำรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในแต่ละหมู่บ้านตามข้อตกลงเสนอต่อเครือข่ายเพื่อใช้เป็นแผนกำกับการเยี่ยมบ้านของแต่ละหมู่บ้าน

2.4. จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายประกอบด้วย อสม. จิตอาสาผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน โดยอบรมทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 ครั้ง

2.5. กระบวนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน โดยเครือข่ายเยี่ยมบ้านแต่ละหมู่บ้าน ร่วมกันเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในหมู่บ้านตนเอง โดยมีผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลพะเยา และเจ้าหน้าที่

ของ รพ.สต. ร่วมเยี่ยมบ้าน และมีการประชุมสะท้อนคิดและปรึกษาหารือภายหลังการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก ๆ 2 เดือน รวมจำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลา 6 เดือน และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทุกเดือน เดือนละครั้งติดต่อกัน 6 เดือน ทั้งนี้ความถี่ของการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงอาจจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการในการช่วยเหลือมากขึ้น

2.6 กระบวนการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการประเมินผล โดยภายหลังเสร็จสิ้นการเยี่ยมบ้านในระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับเครือข่ายได้รับทราบร่วมกัน

3. การดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1. ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงก่อนการศึกษา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนละพื้นที่กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

3.2. กลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในพื้นที่ต่างตำบล ที่ได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพ โดยจะได้รับการดูแลตามความจำเป็นจากการประเมินของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นพยาบาลผู้จัดการดูแลหรือ care manager และจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครประจำตำบลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แตกต่างตามระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหรือ long-term care โดยจะไม่ได้รับเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.3. ภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอีกครั้ง เพื่อเป็นการประเมินเปรียบเทียบ

4. ผู้วิจัยจัดประชุมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในตำบล เพื่อสรุปประเมินผลหลังการเยี่ยมบ้านโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเสนอแนะแนวทางในการใช้ประโยชน์ต่อไปจากการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้มาวิเคราะห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test, independent t-test และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent-t test เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30 มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 76.73 ปี ($SD=9.24$) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56.67 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 36.67 มีผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยาและพี่น้อง ร้อยละ 16.67 สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี และ 80-89 ปี ในจำนวนที่เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 82.67 ปี ($SD=8.13$) ส่วนมากจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 63.33 และมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 50.00 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และผู้ดูแลหลัก

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.596*
หญิง	20 (66.67)	18 (60.00)	
ชาย	10 (33.33)	12 (40.00)	
อายุ (ปี)			0.292**
60-69	9 (30.00)	8 (26.67)	
70-79	8 (26.67)	10 (33.33)	
80-89	11 (36.67)	10 (33.33)	
90-99	2 (6.67)	2 (6.67)	
	Mean =76.73, SD = 9.24	Mean=82.67, SD = 8.13	
ระดับการศึกษา			1.000***
ไม่ได้เรียน	11 (36.67)	12 (40.00)	
ประถมศึกษา	17 (56.67)	16 (53.33)	
มัธยมศึกษา	2 (6.67)	2 (6.67)	
สถานภาพสมรส			0.187***
คู่	12 (40.00)	19 (63.33)	
หม้าย	19 (63.33)	10 (33.33)	
โสด	1 (3.33)	1 (3.33)	

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ผู้ดูแลหลัก			0.242***
บุตร	21 (70.00)	15 (50.00)	
สามี/ภรรยา	5 (16.67)	10 (33.33)	
ญาติคนอื่น ๆ	2 (6.66)	3 (10.00)	
ไม่มีผู้ดูแล	2 (6.67)	2 (6.67)	

*Chi-square test, **independent t-test, ***Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.33 รองลงมา ระดับไม่ดี ร้อยละ 10.00 หลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 และมีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2 เป็น ร้อยละ 36.67 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำแนกตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (n=30)

คุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน)	3	10.00	0	0
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95 คะแนน)	25	83.33	19	63.33
คุณภาพชีวิตดี (96-104 คะแนน)	2	6.67	11	36.67

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการศึกษา ($\bar{X}$ =88.97, SD =9.12) สูงกว่าก่อนการศึกษา ($\bar{X}$ =79.03, SD =10.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =5.818, p <.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยสถิติ paired t-test (n=30)

ตัวแปร	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
คุณภาพชีวิต	79.03	10.94	88.97	9.12	5.818	0.000*

* p <.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ภายหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (mean=11.17, SD=3.36) สูงกว่าก่อนการศึกษา (mean=9.23, SD=2.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test ($n=30$)

ตัวแปร	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		Z	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	9.23	2.25	11.17	3.36	3.745	0.000*

* $p<.001$

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภายหลังการศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (mean=88.97, SD=9.12) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean=70.33, SD=8.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.215$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	88.97	9.12	8.215	0.000*
กลุ่มควบคุม	70.33	8.43		

* $p<.001$

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (mean rank =38.60, sum of ranks =1158.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean rank =22.40, sum of ranks =672.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=3.626$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	38.60	1158.00	3.626	0.000*
กลุ่มควบคุม	22.40	672.00		

* $p<.001$

หมายเหตุ: เนื่องจากการใช้สถิติที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจึงมีตารางมากกว่า 4 ตาราง

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อมรรัตน์ ปะติเก และคณะ, 2565) และการศึกษาของ ศิริอร สีนธู และคณะ (2565) ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านผ่านการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางระบบออนไลน์ช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของกลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver : CG) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น 70 ชั่วโมงเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะมีการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลหรือ care plan โดยที่ CG อาจไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เพียงพอ เพราะส่วนใหญ่เป็นจิตอาสา อสม. หรือประชาชนในชุมชน ไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเครือข่าย เมื่อเกิดปัญหาจึงไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานภายใต้แนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นทางออกในการแก้ปัญหาดังกล่าวที่พบในกลุ่มควบคุม คือ การได้ประสานงานร่วมมือกับเครือข่ายที่มียุทธศาสตร์ในการช่วยเหลือจัดการปัญหาที่จิตอาสาหรือ อสม. ไม่สามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาคั้งนี้ได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และมีเครือข่ายผู้สูงอายุจิตอาสา 2 คน เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 1 คน โดยมีองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและพระสงฆ์เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในหลายด้าน ตลอดจนได้รับการประสานการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพ ได้รับการช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และ ศุภวดี แถวเพีย (2565) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง และการศึกษาของเพ็ญภา มะหะหมัด (2561) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอสุไหงโกทิงก์ จังหวัดนราธิวาส โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกันเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้าน ติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม

สรุปผลการวิจัย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้น การเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน ถือเป็นกิจกรรมการพยาบาลวิธีหนึ่งที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายสาธารณสุขแกนนำชุมชน และภาคประชาชน สามารถนำแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้าน ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ และสามารถขยายความครอบคลุมให้การดูแลแก่ผู้พิการหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในวัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีทั้งภาวะติดบ้าน ติดเตียงซึ่งมีค่า ADL น้อยกว่า 11 จึงไม่สามารถจำแนกได้ว่าการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมเหมาะกับลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มใดมากที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการจำแนกเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อหาลักษณะเฉพาะของวิธีการพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และควรมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น 1 ปี ภายหลังการส่งเสริมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิรดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ, เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, และ อรัญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 581-595.
- เกศิณี วงศ์สุปิน. (2560). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. การประชุมเสนอผลงาน วิจัยระดับบัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงม้น ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 23(2), 79-87.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2561). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(2), 51-63.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ มหัตถันรันดร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*, เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. จาก http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport_64.pdf
- อมรรัตน์ ปะติเก, ชนัตตา พลอยเลื่อมแสง, จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์, และ ศิรินาถ ตงศิริ. (2562). ผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(4), 860-868.
- Cohen, J. & Uphoff, N. (1980). Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Development*. 8. 213-235. doi:10.1016/0305-750X(80)90011-X.
- Jitapunkul, S., Kamolratnankul, P., Clulndraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among the elderly living in Klong Toey Slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77, 231-8.
- World Health Organization. (2002). *Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques*. World Health Organization.

ความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาล

สาวิณี ยศสอน พย.บ.^{*1}วราภรณ์ บุญเชียง ส.ด.²พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ พร.ด.³

บทคัดย่อ

ความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้สุขภาพจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 349 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 122.06 ($SD=9.25$) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($p<.01$) และความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ($p<.05$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมทักษะความรอบรู้สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านครอบครัวเป็นสำคัญ

คำสำคัญ ความรอบรู้สุขภาพจิต, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, โรงเรียนสังกัดเทศบาล

วันที่รับ: 22 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไข: 26 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2566

¹ พยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^{*} ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: nattyat_sa@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Mental health literacy among junior high school students in schools under municipal jurisdiction

Savinee Yosson, M.P.H.¹

Waraporn Boonchieng, Dr.P.H.*²

Pimchanok Kueausukon, Ph.D.³

Abstract

Mental health literacy is important for students' mental well-being in junior high school. A cross-sectional descriptive study aimed to examine the level of mental health literacy (MHL) among junior high school students in schools under the jurisdiction of a municipality and its factors of association. The sample consisted of 349 junior high school students. The research instruments consisted of 1) the demography questionnaire and 2) the mental health literacy questionnaire, which had a reliability with a Cronbach' alpha coefficient of .84. Data were analyzed by frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, and Chi-square test. The results revealed that the junior high school students had moderate levels of mental health literacy $\bar{x}=122.06$ ($SD=9.25$). Furthermore, family members ($p<.01$) and the adequacy of income and expenses within the family ($p<.05$) were significantly associated with mental health literacy. Therefore, the regulator should promote all skills of MHL in all aspects among junior high school students in schools under the jurisdiction of a municipality and consider factors from their families.

Keywords: Mental health literacy, Junior High School Students, High school students in schools under municipal jurisdiction

Received: Oct 22, 2022 Revised: Apr 29, 2023 Accepted: Apr 29, 2023

¹ Registered Nurse, Master of Public Health Thesis, Faculty of Public Health Chiang Mai University

* Corresponding author, email: nattynat_sa@hotmail.com

² Associate Professor at Faculty of Public Health Chiang Mai University

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

บทนำ

ช่วงวัยของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นช่วงวัยหนึ่งที่อยู่ในพัฒนาการของวัยรุ่น เป็นวัยแห่งการแสวงหาอัตลักษณ์ของตน เป็นช่วงวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากรอง และอยากได้รับความเป็นอิสระจากครอบครัว และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องมีการปรับตัวหลายด้านพร้อม ๆ กัน การปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่ต่อไป เมื่อปรับตัวได้ไม่เหมาะสมก็อาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รุนแรงและพัฒนาเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเรียน คุณภาพชีวิตของทั้งตัวเอง และบุคคลรอบข้างในสังคม (พนม เกตุมาน และคณะ, 2556; Steinberg, 1999) การส่งเสริมสุขภาพจิตในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น หลายหน่วยงานได้ให้ความสนใจและเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุข หากได้รับการชี้แนะหรือได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ก็จะสามารถแสวงหาทางช่วยเหลือ ทราบวิธีการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตของตนได้ตั้งแต่เริ่มต้นรวมทั้งป้องกันความรุนแรงของโรคในอนาคตโดยอาศัยความรู้สุขภาพจิต (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016)

นักเรียนมัธยมศึกษาเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรให้ความสนใจความรู้สุขภาพจิต เนื่องจากสภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ที่เป็นวัยรุ่นตอนต้นเป็นบุคคลที่มีอายุอยู่ระหว่าง 13-15 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและอยากรู้อยากลอง มีโอกาสประสบกับความยุ่งยากและปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทั้งจากปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย ครอบครัว การเงิน โรงเรียน เพื่อน ความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม เรื่องของความรัก และจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในทางลบ (ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, 2564) อีกทั้งอาจมีพฤติกรรมแสดงออก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมอันธพาล บุคลิกภาพ ปัญหาทางการเรียน ไม่เข้าเรียน ไม่สนใจการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่ดี สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว เพื่อน และครูที่ไม่ดี การใช้สารเสพติด พฤติกรรมมั่วสุมทางเพศ รวมทั้งโรคทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า การพยายามทำร้ายตนเอง วิดกกังวล เครียด ฆ่าตัวตาย เป็นต้น (นราสินี เหลืองทองคำ และ กมล โพธิเย็น, 2560; วินัดดา ปิยะศิลป์ และคณะ, 2560) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า เด็กวัยรุ่นเยาวชน นักเรียน เสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาเด็กนักเรียนรังแกกันในโรงเรียนสูงเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากประเทศญี่ปุ่น โดยพบสัดส่วนนักเรียนถูกรังแกจากเพื่อนนักเรียนด้วยกันสูงถึง ร้อยละ 40 มีนักเรียน ร้อยละ 33 เคยรังแกผู้อื่นทางออนไลน์และทางสื่อสังคมออนไลน์ (social media) และอีก ร้อยละ 43 รายงานว่าเคยถูกคนอื่นรังแก (กรมสุขภาพจิต, 2561, 2562)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ให้ความหมายของความรอบรู้สุขภาพจิตว่าเป็นสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี และมีความสุขทางจิตใจ เป็นการรับรู้ถึงความสามารถภายในตนสำหรับจัดการกับภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นในใจ เป็นความสามารถสำหรับการสร้างสรรค์ผลผลิตที่ดี และพร้อมสำหรับคืนและถ่ายทอดสู่สังคม เป็นความสมดุลของสภาวะทางจิตใจทั้งด้านบวกและด้านลบ มีความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนและสัมผัสถึงความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุขทางจิตใจภายในตนได้แม้ว่าจะอยู่สภาวะที่ดีและไม่ดี ความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นทักษะสำคัญสำหรับการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะนักเรียน นักศึกษาที่สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองได้หากมีความรอบรู้สุขภาพจิตที่เหมาะสม ซึ่งกลุ่มวัยนักเรียน นักศึกษาที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตที่เหมาะสมจะสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองและคนใกล้ชิดได้ดี โดยควรมีความรู้ด้านสุขภาพจิตให้ครบทั้ง ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหา

สุขภาพจิต ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตเบื้องต้น และด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม (ณัฐภรณ์ สัตย์ศรีวิชัย และ มัจฉรีย์ คูวิวัฒน์ชัย, 2564)

ในหลายประเทศได้มุ่งเน้นในการสำรวจความรอบรู้สุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่น โดยมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการบำบัดและรักษาจะส่งผลให้การพยากรณ์โรคแย่ลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Rice, Eyre, Riglin, & Potter, 2017) ซึ่งการมีความรอบรู้สุขภาพจิตที่ดี จะส่งผลให้เกิดการตระหนักในความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของตนตั้งแต่วัยแรก สามารถค้นหาสาเหตุปัญหาทางสุขภาพจิตของตนและคนรอบข้างนำไปสู่การแสวงหาความช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม (Jorm et al., 2006; Coles et al., 2016; Melas, Tartani, Forsner, Edhborg, & Forsell, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ศึกษาความสุขของนักเรียนของ กรมสุขภาพจิต (2564) พบว่า นักเรียนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และสามารถระบุวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ถึง ร้อยละ 95.50 นอกจากนี้ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งกำลังเริ่มเป็นวัยรุ่นตอนต้น การมีสุขภาพจิตที่กำลังจะเกิดขึ้นอาจจะวินิจฉัยอาการได้ยาก เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะพฤติกรรมทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นมีลักษณะไม่เหมือนกับผู้ใหญ่ เช่น แสดงออกด้วยความก้าวร้าว ใช้สารเสพติด จึงมักเข้าใจว่าพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัญหาของพฤติกรรมเกร โดยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นความรอบรู้สุขภาพจิตด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต จะนำไปสู่การมีความรู้ และทัศนคติในปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้นักเรียนมีความรู้ มีวิธีการในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นในตัวเองได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความรอบรู้สุขภาพจิตของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีของนักเรียนได้ โดยเฉพาะนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเป็นครอบครัวรายได้ไม่สูงนัก (วิชาญ จงรัตนวิชัย และคณะ, 2562) นอกจากนี้เทศบาลนครเชียงใหม่เป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีการรับวัฒนธรรมต่าง ๆ จากหลากหลายเชื้อชาติและยังก้าวสู่สังคมเมืองที่ต้องมีความเร่งรีบต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจมีผลการเปลี่ยนแปลงของคนเป็นอย่างมากโดยเฉพาะนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในวัยรุ่นที่ต้องมีการปรับตัวมากกับสิ่งเร้าภายในตัวและสิ่งเร้าจากภายนอกจากครอบครัว สังคม จึงอาจทำให้มีปฏิกิริยาต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจและอารมณ์ต่างๆ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหาร สามารถวางแผนดูแลสุขภาพจิตนักเรียน และลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต และกำหนดเป็นนโยบายในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตในโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีสถานภาพนักเรียนประจำปีการศึกษา 2563 จากโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ที่จัดการเรียนการสอนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนเทศบาลวัดท่าสะท้อน โรงเรียนเทศบาลวัดศรีปิงเมือง และโรงเรียนชุมชนเทศบาลวัดศรีดอนไชย จำนวน 431 คน

ใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการประมาณค่าสัดส่วนประชากรจากกลุ่มประชากรที่ทราบจำนวนประชากรของครอกแครน (Cochran, 1966) ได้จำนวนทั้งสิ้น 308 ราย โดยผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนต่อการได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์ระหว่างการวิจัยที่อาจจะเกิดขึ้นขึ้นต่ำร้อยละ 10 ร่วมกับใช้เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองเห็นความสำคัญและประโยชน์ในการทำวิจัยและมีความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 349 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละโรงเรียนและแต่ละชั้นปี โดยมีเกณฑ์คัดเข้าแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เป็นนักเรียนที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนเทศบาลวัดท่าสะท้อน โรงเรียนเทศบาลวัดศรีปิงเมือง และโรงเรียนชุมชนเทศบาลวัดศรีดอนไชย ยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษา และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษาโดยผ่านครูประจำชั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นที่เรียน อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง บุคคลใกล้ชิด จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความเพียงพอรายได้ของครอบครัว

2. แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต Mental Health Literacy Questionnaires Young People (MHLq-YP) พัฒนาโดย คัมโปส , เดียส, ปัลฮา, ดูอาร์เต, และวีกา (Campos, Dias, Palha, Duarte, & Veiga, 2016) แปลโดย ญัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง, และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2564) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิตประกอบด้วยจำนวน 33 ข้อ แต่ละข้อสามารถตอบได้ 5 ระดับ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก เกณฑ์ให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างมาก (5 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านลบ เกณฑ์ให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (5 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (4 คะแนน) ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) มีคะแนนค่าความตรง เชิงเนื้อหา (content validity: CVI) = .96 ค่าความสอดคล้องภายในชั้น (intraclass correlation: ICC) = .98

แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิตประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรู้และพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น 2) ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต และ 3) ด้านกลยุทธ์สำหรับ

ช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิตทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 33-165 คะแนน แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการนำคะแนนที่ได้เก็บรวบรวมจากการวิจัยครั้งนี้มาแบ่งเป็นจุดตัดคะแนนเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ และพิจารณาค่าเกณฑ์ปกติเปอร์เซ็นต์ไทล์โดย คะแนน 129-165 คะแนน (p. 76-100) หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตสูง คะแนน 116-128 คะแนน (p. 25-75) หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตปานกลาง คะแนน 33-115 คะแนน (p. 0-24) หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตต่ำ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนกวีละวิทยาลัย จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET 029/2563 วันที่ 24 ธันวาคม 2563 ถึง วันที่ 24 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยจะชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย โดยการแนะนำตัว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการที่โรงเรียนและขออนุญาตจากผู้ปกครอง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งการจัดการความเสี่ยง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยและชี้แจงให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยทราบ ว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ และการดำเนินการวิจัยนี้ไม่ใช่การให้บริการทางสาธารณสุขหรือการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อาสาสมัครจะไม่เสียประโยชน์ใด ๆ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการประเมินผลลัพธ์ทางการศึกษาของอาสาสมัคร หรือสิทธิต่าง ๆ ของอาสาสมัคร นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการรักษาความลับของอาสาสมัคร ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยนั้นจะนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาลวัดท่าสะอาด โรงเรียนเทศบาลวัดศรีปิงเมือง และโรงเรียนชุมชนเทศบาลวัดศรีดอนไชย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองภายในโรงเรียน เริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้จากการดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงด้วยวาจาให้นักเรียนและผู้ปกครองก่อน เมื่อนักเรียนและผู้ปกครองยินยอมให้ข้อมูล แบบตัวต่อตัวและผ่านคุณครูประจำชั้น ผู้วิจัยจะให้นักเรียนและผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอมให้ข้อมูล มอบเอกสารชี้แจงและยินยอมให้นักเรียนและผู้ปกครองเก็บไว้ 1 ฉบับ โดยการขอความยินยอมจะดำเนินการร่วมกับผู้ปกครอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่งนี้เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อายุไม่ถึง 18 ปี จึงถือเป็นกลุ่มเปราะบางสำหรับการวิจัยในมนุษย์ กระบวนการทั้งหมดนี้จะใช้เวลาประมาณ 10 นาที เมื่อการกรอกข้อมูลแล้วเสร็จ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสาร แบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณ และมอบของที่ระลึกแสดงความขอบคุณที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลการวิจัย หลังจากได้ข้อมูลครบตามที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นที่เรียน อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง บุคคลที่อยู่ใกล้ชิด จำนวนสมาชิกในครอบครัว แหล่งที่มาของเงินใช้จ่ายระหว่างเรียน ความเพียงพอรายได้ของครอบครัว และลักษณะที่พักอาศัย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-Square test

ผลการวิจัย

การรายงานผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 58.45 มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 33.81 ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 74.79 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 17.61 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 36.69, 31.80 และ 31.51 ตามลำดับ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน มากที่สุด ร้อยละ 62.50 รองลงมาจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คน ร้อยละ 23.51 อาชีพของบิดา 3 อันดับแรก คือ รับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 57.79 รองลงมาค้าขาย/ธุรกิจ ร้อยละ 16.91 และพนักงานบริษัท ร้อยละ 6.30 ตามลำดับ ในส่วน ของอาชีพของมารดา 3 อันดับแรก ได้แก่ รับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 53.01 รองลงมาคือค้าขาย/ธุรกิจ ร้อยละ 22.31 และ พนักงานบริษัท ร้อยละ 5.22 ตามลำดับ การศึกษาของบิดา ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.61 การศึกษา ของมารดา ส่วนใหญ่มีมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,000 บาท มากที่สุด มีร้อยละ 47.57 และมีความไม่เพียงพอของรายได้มากที่สุด ร้อยละ 40.40 ลักษณะที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านเช่า มากที่สุด ร้อยละ 39.83 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ระดับความรอบรู้สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 122.06 คะแนน ($SD=9.25$) และมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรอบรู้สุขภาพจิต 3 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านการรู้และพฤติกรรมใน การแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 35.68 คะแนน ($SD=3.56$) 2) ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 65.91 ($SD=6.11$) และ 3) ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 20.44 ($SD=2.26$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ ของระดับความรอบรู้สุขภาพจิต ของกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกโดยรวมและรายด้าน ($n=349$)

Variable	$\bar{x}$	SD	n	ร้อยละ
ความรอบรู้สุขภาพจิต โดยรวม	122.06	9.25	349	87.40
ระดับความรอบรู้สุขภาพจิต				
สูง (129-165 คะแนน)	75.01	2.91	78	22.35
ปานกลาง (116-128 คะแนน)	78.01	4.23	190	54.44

Variable		$\bar{x}$	SD	n	ร้อยละ
ต่ำ	(33-115 คะแนน)	19.04	1.05	81	23.21
ด้านการรู้และพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น		35.68	3.56	349	100
ระดับความรู้					
สูง	(93-50 คะแนน)	10.99	2.31	71	20.35
ปานกลาง	(34-38 คะแนน)	14.93	1.42	192	55.01
ต่ำ	(10-33 คะแนน)	9.76	3.11	86	24.64
ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต		65.91	6.11	349	100
ระดับความรู้					
สูง	(71-90 คะแนน)	14.53	1.92	73	20.91
ปานกลาง	(62-70 คะแนน)	32.17	2.43	203	58.17
ต่ำ	(18-61 คะแนน)	19.21	1.33	73	20.92
ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม		20.44	2.26	349	100
ระดับความรู้					
สูง	(23-30 คะแนน)	5.67	0.43	64	18.34
ปานกลาง	(19-22 คะแนน)	7.18	1.19	220	63.04
ต่ำ	(5-18 คะแนน)	7.59	1.23	65	18.62

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($p < .01$) และความเพียงพอรายได้กับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ($p < .05$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n=349$)

ตัวแปร	ระดับความรู้						X ²	P-Value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	n	%	n	%	n	%		
เพศ							.783	.676
ชาย	59	40.70	67	46.20	19	13.10		
หญิง	75	36.80	104	51.00	25	12.30		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว							9.236	.010**
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คน	127	39.20	161	49.70	36	11.10		
มากกว่า 7 คน ขึ้นไป	7	28.0	10	40.0	8	32.0		
การทำงานของบิดา							3.016	.933
รับจ้าง	0	0.0	2	100.00	0	0.0		
ธุรกิจส่วนตัว	1	33.30	2	66.70	0	0.0		
รับราชการ	79	39.10	96	47.50	27	13.40		
อื่นๆ	37	38.10	48	49.50	23	51.10		

ตัวแปร	ระดับความรู้						X ²	P-Value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	n	%	n	%	n	%		
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน	17	37.80	23	51.10	5	11.10	4.084	.849
การทำงานของมารดา								
รับจ้าง	1	33.00	2	66.70	0	0.00		
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	1	100.0	0	0.00		
รับราชการ	73	38.00	87	47.00	26	14.10		
อื่นๆ	45	36.90	61	50.00	16	13.10		
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน	16	42.10	20	52.60	2	5.30	7.373	.690
ระดับการศึกษาของบิดา								
ไม่ได้เรียน	25	40.30	27	43.50	10	16.10		
ประถมศึกษา	30	34.90	45	52.30	11	12.80		
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	38.80	42	52.50	7	8.80		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	38.90	25	46.30	8	14.80		
ปริญญาตรี	8	61.50	5	38.50	0	0.00		
สูงกว่าปริญญาตรี	2	50.00	2	50.00	0	0.00		
ระดับการศึกษาของมารดา							12.521	.252
ไม่ได้เรียน	28	36.40	39	50.60	10	13.00		
ประถมศึกษา	34	43.60	33	42.30	11	14.10		
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	42.00	45	51.10	6	6.80		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	27.10	31	52.50	12	20.30		
ปริญญาตรี	2	20.00	6	60.00	2	20.00		
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	2	100.00	0	0.00		
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)							4.910	.55
< 10,000	60	36.10	79	47.60	27	16.30		
10,001-15,000	37	39.40	48	51.10	9	9.60		
15,001-30,000	35	42.20	40	48.20	8	9.60		
>30,000	2	33.30	4	66.70	0	0.00		
ความเพียงพอรายได้							1.520	.040*
กับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว								
เพียงพอ	50	35.50	70	49.60	21	14.90		
ไม่เพียงพอ	84	40.00	101	48.60	23	11.10		

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

อภิปรายผล

ความรอบรู้สุขภาพจิต สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้สุขภาพจิต ระดับความรอบรู้สุขภาพจิตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงใหม่ มีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับปานกลาง มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 87.40 คะแนนเฉลี่ย 122.06 ($SD=9.25$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้าน พบว่า

ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น

มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 55.01 มีคะแนนเฉลี่ย 35.68 คะแนน ($SD=3.56$) อธิบายได้ว่านักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะได้รับความรู้ด้านสุขภาพทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามกรอบสาระการเรียนรู้แกนกลาง กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะได้รับการพัฒนาให้สามารถแสดงความคิดเห็นในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรค การดำรงสุขภาพ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกายและการเล่นกีฬากับการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีส่วนนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จะได้รับการพัฒนาให้สามารถวิเคราะห์และประเมินสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อกำหนดกลวิธีลดความเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ ดำรงสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุสราน นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค (2561) ศึกษาความสุขของนักเรียน พบว่า นักเรียนสามารถระบุแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 98.70 และไม่สอดคล้องการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, พิมพ์ลัญช์ อายุวัฒน์ และ ปราณต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี (2562) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นความรอบรู้สุขภาพจิตด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ($\bar{x}=3.84$, $SD=0.55$) และความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ($\bar{x}=3.71$, $SD=0.59$) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก

ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต

มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 58.17 คะแนนเฉลี่ย 65.91 ($SD=6.11$) เนื่องจากนักเรียนอาจจะไม่ได้รับข้อมูล หรือการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเท่าที่ควร ประกอบกับผู้ปกครองส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จึงไม่มีเวลามากพอในการให้ความรู้ให้กำลังใจ หรือส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้กับนักเรียน อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าสุขภาพจิตด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ของเดฟ กุ๊ปตา ชาร์ม และ ชัดดา (Dev, Gupta, Sharm, & Chadda, 2017) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นในประเทศอินเดีย พบว่า วัยรุ่นมีความตระหนักรู้ถึงโรคทางจิตเวช โดยสามารถระบุโรคทางจิตในสถานการณ์ตัวอย่างได้ถูกต้อง แต่ยังมีมีความรอบรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรคไม่เพียงพอ นอกจากนี้ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่จะตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังจะเกิดขึ้นกับวัยรุ่นเป็นการวินิจฉัยหรือดูอาการได้ยากเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะพฤติกรรมทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นมีลักษณะไม่เหมือนกับผู้ใหญ่ เช่น แสดงออกด้วยความก้าวร้าว ใช้สารเสพติด จึงมักเข้าใจว่าพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัญหาของพฤติกรรมเกราะ โดยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2562) แตกต่างจากการศึกษาของ นุสราน นามเดช และคณะ (2561) นักเรียนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และสามารถระบุวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 95.50 ซึ่งความรอบรู้สุขภาพจิตด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต

จะนำไปสู่การมีความรู้ และทัศนคติในปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสม นักเรียนมีความรู้ มีวิธีการในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นในตัวเองได้

ความรอบรู้สุขภาพจิตด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือนตนเองได้อย่างเหมาะสม

ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือนตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 63.04 คะแนนเฉลี่ย 20.44 ($SD=2.26$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าโรงเรียนไม่ได้มีกลยุทธ์ หรือวิธีการสอน หรือแนะนำในการหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต อีกประการหนึ่งคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่จะเชื่อเพื่อนมากกว่าครู และพ่อแม่ ดังนั้นส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหา มักจะเลือกปรึกษาเพื่อนเป็นอันดับแรก แตกต่างกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และคณะ (2562) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการช่วยตนเองเบื้องต้น ร้อยละ 74.20 และการศึกษาของ นุสรา นามเดช และคณะ (2561) ที่พบว่า นักเรียนสามารถระบุวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 91.30 อธิบายได้ว่าเมื่อนักเรียนมีความรอบรู้สุขภาพจิตในการจัดการเบื้องต้น และการช่วยเหลือนตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น การเล่าเรื่องราวระบายความรู้สึก การเผชิญหน้ากับความกลัว การพักผ่อน ผ่อนคลาย การสวดมนต์ ทำสมาธิ การปลอบใจตนเอง รวมทั้งการปรับทัศนคติตนเองในแง่บวก ล้วนเป็นกลยุทธ์เบื้องต้นที่นักเรียนสามารถทำได้ (Attygalle, Perera, & Jayamanne, 2017)

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). *กรมสุขภาพจิต เผยปัญหา“เด็กรังแกกันในร.ร.ของไทย” ติดอันดับ 2 ของโลก ชี้สังคมควรเร่งใส่ใจแก้ไขปัญหา*. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.prdmh.com/>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *กรมสุขภาพจิต ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะนำครอบครัวยังรับฟังอย่างเข้าใจ*. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.prdmh.com/>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *มนุษยศาสตร์สาร*. 22(1), 143-161.
- ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และ มัจฉริย์ คูวิวัฒน์ชัย. (2564). นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(2), 37-65.
- พนม เกตุมาน, นันทวิช ลิทธิรักษ์, กอบหทัย ลิทธิธนฤทธิ์, กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ และ กมลพร วรรณฤทธิ์. (2556). ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบในนักศึกษาแพทย์ศิริราชที่ไม่สำเร็จการศึกษา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2525-2550. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(3), 271-282.

- นราสินี เหลืองทองคำ และ กมล โพธิ์เย็น. (2560). สุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต*, 13(2), 91-110.
- นุสราน นามเดช, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 125-138.
- ฤทัยรัตน์ ขิดมงคล, พิมพ์วัลย์ อายุวัฒน์ และ ปราณต์ศิริ เหล่ารัตน์, (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา*, 2(2), 35-42.
- วิชาญ จอรัตน์วนิช, อัญชิสา ควัฒน์กุล, สุกุล ทาคำ, อภิรติ มิตรวงษา, ณัฐนันท์ ลังการรัตน์, ศศิลักษณ์ ไชยมา, ... นันทน์ภัส ชานีพร. (2562). *รายงานการประเมินตนเอง ปีการศึกษา 2561*. เชียงใหม่: โรงเรียนเทศบาลดอกเงิน.
- วินิตดา ปิยะศิลป์. (บ.ก.). (2560). *คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก วัยเด็กเล็ก 0-3 ปี*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ศรีสุตา บุญขยาย. (2562). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 (รายงานวิจัย)*. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี.
- Attygalle, U. R., Perera, H., & Jayamanne, B. D. W. (2017). Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental health*, 11, 38. doi: 10.1186/s13034-017-0176-1
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing mental health literacy in young people. *Universitas Psychologica*, 15(2), 61-72.
- Cochran, W. G. (1966). *Sampling techniques* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George - Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57-62.
- Dev, A. K., Gupta, S., Sharma, K. K., & Chadda, R. K. (2017). Awareness of mental disorders among youth in Delhi. *Current Medicine Research and Practice*, 7, 84-89.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154-158. doi: 10.1177/0706743715616609

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีและครอบครัว : กรณีศึกษา

ภักชуда บ่อคำเกิด พย.บ.*¹

พัชรภรณ์ เจนใจวิทย์ ปรด.²

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเต้านมมีอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มสตรี การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีทุกคน กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีและมารดา โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว ศึกษาจำนวน 1 ครอบครัว ประกอบด้วย สตรีอายุ 30 ปี และมารดา อายุ 50 ปี ระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2565 ประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว ใช้วิธีสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม และใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า สตรีและครอบครัวมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การเข้าถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และสื่อข้อมูลความรู้ และมารดาปฏิบัติหน้าที่และบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลครอบครัวโดยส่งเสริมให้สตรีและมารดาปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมตามแผนและสนับสนุนให้มารดาทำหน้าที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ประเมินผล พบว่า สตรีและมารดา มีความรู้ ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น และมารดาได้แสดงบทบาทการส่งเสริมให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอย่างเหมาะสม ผลการใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวในกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาและวางแผนให้การพยาบาลครอบครัวในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีและครอบครัวอื่นได้

คำสำคัญ พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม, โรคมะเร็งเต้านมในสตรี, การพยาบาลครอบครัว, การส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

วันที่รับ: 15 สิงหาคม 2565 วันที่แก้ไข: 26 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 27 เมษายน 2566

1 พยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: phakchuda.bo@kkumail.com

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nursing care to promote breast cancer prevention in women and family : case study

Phakchuda borkhamgerd B.N.S.^{*1}

Patcharaporn Jenjaiwit Ph.D.²

Abstract

Breast cancer is increasing in morbidity among women, and enhancing good preventive behaviors is very important for each woman. The purpose of this case study was to study and prevent breast cancer in women and her mother from March to April 2022 using the family nursing process. The study consisted of one family, consisting of a woman 30 years old and her mother 50 years old. Estimating family health problems and needs, interviewing with personal information and risk factors for breast cancer, and estimating breast cancer preventive behaviors were used in the questionnaire. A woman and her mother have received inappropriate breast cancer prevention because of a lack of knowledge about the disease, being unable to access health care providers' recommendations, and knowledge resources for breast cancer prevention. Also, mothers perform their duties and roles in promoting breast cancer prevention behaviors in the family inappropriately due to a lack of knowledge about breast cancer prevention. Focusing nursing care, consisted of encouraging women to practice breast cancer preventive behaviors according to the plan, promoting mothers to encourage women to practice breast cancer preventive behaviors, and conducting follow-up visits to assess the performance. The results showed that women and mothers had knowledge and understanding of breast cancer prevention and could explain the prevention of breast cancer while demonstrating the correct and complete method of breast self-examination. The outcome of using the family nursing process in this case study could be used as a guideline for education and planning for nursing care in the prevention of breast cancer for women and her families.

Keywords: Breast cancer prevention behaviors, Breast cancer among women, Family nursing process, Family health promotion, promote breast cancer prevention

Received: Aug 15, 2022 Revised: Apr 26, 2023 Accepted: Apr 27, 2023

¹ Registered Nurse, Master of Nursing Science Thesis in Family Nurse Practitioner, Graduate School, Khon Kaen University.

^{*} Corresponding author, email: phakchuda.bo@kkumail.com

² Assistant Professor, Faculty of Nursing Khon Kaen University

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดและเป็นมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดของสตรีทั่วโลก ในปี 2020 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 2.26 ล้านคนและผู้เสียชีวิต จำนวน 685,000 คน (World Health Organization [WHO], 2021b) สตรีไทยพบอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่สูงเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560ก) เพศชายพบโรคมะเร็งเต้านมในอัตราที่น้อยเมื่อเทียบกับเพศหญิง โดยพบเพียง ร้อยละ 1 (WHO, 2021b) นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทยในปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563 เท่ากับ 13.3, 13.9, 14.3 ต่อแสนประชากรหญิงตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในรายงานของเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบอันดับ 1 ของสตรี ร้อยละ 19.01 ของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อจำแนกอุบัติการณ์ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ตามอายุ พบสูงสุดอายุระหว่าง 45-55 ปี และยังพบว่ามีอุบัติการณ์ป่วยรายใหม่เกิดในกลุ่มสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560ก) โรคมะเร็งเต้านมจึงเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสามารถแบ่งเป็นกลุ่มได้ ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือป้องกันได้ ประกอบด้วย เพศ อายุ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ เช่น อายุเริ่มมีประจำเดือน อายุหมดประจำเดือน การมีบุตร ปัจจัยด้านพันธุกรรม มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งอื่น ความผิดปกติของเต้านม และประวัติความผิดปกติของเต้านม เช่น การมีก้อนเนื้อ ฤๅน้ำ (Alkabban & Ferguson, 2021; WHO, 2021b) สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนหรือป้องกันได้ ประกอบด้วย การใช้ฮอร์โมนทดแทน การใช้ยาคุมกำเนิด และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียดและการนอนหลับพักผ่อน โรคอ้วน น้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (National cancer institute, 2022a, 2022b) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน หากไม่มีการป้องกันอาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และในปัจจุบันแนวโน้มอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุข และหากเกิดการเจ็บป่วยอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่และลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม สตรีควรรับรู้ความเสี่ยงของตนเพื่อการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสม แนวทางการป้องกันเพื่อควบคุมมะเร็งเต้านม ได้แก่ 1) การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คือ การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านมได้ถึงร้อยละ 30 – 50 ได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงหรือควบคุมปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่ การออกกำลังกายควบคุมน้ำหนักให้ปกติ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (International Cancer Control Partnership [ICCP], 2017; WHO, 2021b) 2) การป้องกันด้วยวิธีทางเภสัชวิทยา คือ การรับประทานยาต้านเอสโตรเจน ได้แก่ tamoxifen และ raloxifene สามารถลดโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมได้ถึง ร้อยละ 40 (American Cancer Society, 2021b) และ 3) การป้องกันด้วยวิธีทางศัลยกรรม คือ การผ่าตัดเต้านมที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม สามารถลดโอกาสเสี่ยงได้ถึงร้อยละ 90 (National Health Service, 2019) ซึ่งการป้องกันด้วยวิธีทางเภสัชวิทยาและวิธีทาง

ศัลยกรรมเป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายสูงและเข้าถึงได้ยาก สำหรับประเทศไทยตามแผนการป้องกันควบคุมมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561–2565 มีมาตรการให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมการป้องกันโดยสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นวิธีที่เข้าถึงง่ายและไม่มีค่าใช้จ่าย สถาบันมะเร็งแห่งชาติเสนอแนะสตรีทั่วไปอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน เน้นบุคลากรสาธารณสุขสร้างความรู้ความเข้าใจให้สตรีเกิดความตระหนัก ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งเต้านม ส่วนสตรีกลุ่มเสี่ยงแนะนำให้เริ่มตรวจเต้านมเร็วขึ้น กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งที่รังไข่ สตรีที่เคยเป็นมะเร็งเต้านม สตรีที่เคยได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงบริเวณหน้าอก สตรีที่ได้รับประทานฮอร์โมนเสริมทดแทนวัยหมด ประจำเดือนเป็นประจำเกินกว่า 5 ปี ซึ่งการพบความผิดปกติของเต้านมในระยะแรกสามารถรักษาให้หายและเพิ่ม อัตราการรอดชีวิตให้สูงขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560ข)

พฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมของครอบครัว เป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันสตรีจากโรคมะเร็งเต้านม โดยดูแล สุขภาพ ว่ากล่าวตักเตือนเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่สตรี ได้แก่ ดูแลจิตใจและ แนะนำการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ แนะนำการออกกำลังกายควบคุมน้ำหนักให้ปกติด้วย แนะนำจัดการ ความเครียดได้ที่เหมาะสมและรับฟัง แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนะนำหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือสูดดมควันบุหรี่มือสอง และแนะนำให้สตรีค้นหาความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ในระยะแรกโดยตรวจเต้านมด้วย ตนเองอย่างสม่ำเสมอ (WHO, 2021a, 2021b, 2021c) การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคนี้นับถือเป็นหน้าที่ของ ระบบครอบครัวในการแนะนำ ตักเตือนและคอยดูแลสุขภาพของสมาชิกทุกคนให้รู้จักวิธีการป้องกันสิ่งที่จะคุกคาม สุขภาพ ทั้งในขณะที่มีสุขภาพดีและขณะเจ็บป่วย ครอบครัวที่มีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลใน ครอบครัวจะมีสุขภาพที่ดี และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่อไปได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) หากสมาชิกในครอบครัว เกิดการเจ็บป่วย ภาระการดูแลจะเกิดกับสมาชิกในครอบครัว ทุกคนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ในครอบครัว ดังนั้นจึงควรคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2558)

จากการสำรวจพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัว ในตำบลแห่งหนึ่งใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สตรีและมารดาขาดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะด้าน ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวให้มี ประสิทธิภาพมากที่สุดนั้น มารดาควรส่งเสริม กระตุ้น ให้สตรีมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่ดี เพื่อเป็นการ ค้นหาความผิดปกติของเต้านม ร่วมกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม การศึกษารายกรณีใน ครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์เฉพาะเจาะจงจำนวน 1 ครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกัน โรคมะเร็งเต้านมและส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีและครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว นำเสนอเกี่ยวกับข้อมูลของกรณีศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา และการสรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ประโยชน์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีและ ครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว

กรณีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในสตรีอายุ 30 ปีและมารดา อายุ 50 ปี จำนวน 1 ครอบครัว ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม พบว่า สตรี น้ำหนัก 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 30.07 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สตรีไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาตรวจ ไม่รู้วิธีการตรวจ กลัวตรวจผิด กลัวคลำพบก้อนมะเร็ง สตรีไม่เคยเข้ารับตรวจเต้านมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีการทางแพทย์ใด ๆ ทั้งการอัลตราซาวด์เต้านมหรือการเอกซเรย์เต้านม ส่วนมารดาไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะไม่ทราบวิธีการตรวจ และประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสำหรับสตรี และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสำหรับครอบครัวในการประเมินเบื้องต้น พบว่า สตรีและมารดาขาดการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งรายงานผล กรณีศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัวใน ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผ่านการรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642274 เริ่มดำเนินการโดยคัดเลือกสตรีและครอบครัว จากนั้นขอ เข้าพบและนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ขออนุญาตนำข้อมูลของสตรีและครอบครัวมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ของการศึกษา ประเมินสภาพและติดตามเยี่ยมที่บ้าน 1 ครั้ง ดูแลให้การพยาบาลตามแผนและประเมินผลการปฏิบัติ ผ่านระบบออนไลน์ 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 3 ครั้ง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 เมษายน พ.ศ. 2565 เก็บข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลจากการ ชักประวัติและตรวจร่างกายตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม ประวัติ ความเสี่ยงของครอบครัว และส่วนที่ 2 ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัว ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการสูบบุหรี่ และการสูดดมควันบุหรี่มือสอง ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ลักษณะ แบบวัดพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด 7 วัน/สัปดาห์, ปฏิบัติมาก 4-6 วัน/สัปดาห์, ปฏิบัติบางครั้ง 3-5 วัน/สัปดาห์, ปฏิบัติน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย การแปลความหมายพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี และครอบครัวเพื่อนำมาวิเคราะห์โดยอาศัยเกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.21–5.00 คะแนน หมายถึง สตรีมีพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระดับมากที่สุด 3.41–4.20 คะแนน ระดับมาก 2.61–3.40 คะแนน ระดับปานกลาง 1.81–2.60 คะแนน ระดับน้อยและ 1.00–1.80 คะแนน ระดับน้อยที่สุด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และให้การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2558)

การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเมร็งเต้านมให้กับสตรีและครอบครัว

การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเมร็งเต้านมดำเนินการตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของสตรีและครอบครัว

การประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรี ประเมินตามแนวทางดังนี้

1) ข้อมูลภาวะสุขภาพของสตรี

สตรีไทย อายุ 30 ปี น้ำหนัก 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 30.07 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สุขภาพแข็งแรง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบประกาศนียบัตรวิชาชีพ รายได้ 20,000 บาท/เดือน สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพค้าขาย ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีสิทธิการรักษา คือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า วันที่เข้าสัมภาษณ์ วันที่ 12 เมษายน 2565 เวลา 09.30 น.

2) ประเมินแบบแผนสุขภาพ

สตรีรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารตามสั่งที่ร้าน ชอบอาหารประเภททอด หรือปิ้งย่าง เช่น ข้าวเหนียวหมูปิ้ง ข้าวหมูกรอบ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูกระทะ และรับประทานอาหารผักและผลไม้เฉลี่ย 4-6 วัน/สัปดาห์ ดื่มน้ำพร้อมมื้ออาหารเย็นเป็นบางครั้งเฉลี่ย 3-5 วัน/สัปดาห์ มีการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วสลับช้าเฉลี่ย 3-5 วัน/สัปดาห์ เพราะเชื่อว่าเป็นการลดน้ำหนัก การนอนหลับพักผ่อนเฉลี่ย 7-8 ชั่วโมง (22.30 น. – 05.30 น.) หลังตื่นนอนสดชื่น สตรีสามารถจัดการกับความเครียดวิตกกังวลได้ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจมักจะพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัว ประวัติการมีประจำเดือนของสตรี ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน เคยตั้งครรภ์และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 24 ปี ปฏิเสธการคุมกำเนิดและใช้ฮอร์โมนใด ๆ ปฏิเสธการตรวจพบความผิดปกติบริเวณเต้านม ไม่เคยรับการฉายรังสีบริเวณเต้านม ไม่พบประวัติความเสี่ยงทางพันธุกรรมบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ในหนึ่งปีที่ผ่านมาสตรีไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง เหตุผลของการไม่ตรวจเต้านม เนื่องจากไม่รู้วิธีการตรวจ กลัวตรวจผิด ไม่มีเวลาตรวจ กลัวคลำพบก้อนมะเร็งและคิดว่ารอให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ตรวจให้ สตรีไม่เคยเข้ารับการตรวจเต้านมกับบุคลากรสาธารณสุขหรือการตรวจ อัลตราซาวด์เต้านมหรือการเอกซเรย์เต้านมใด ๆ

3) การตรวจร่างกาย

สตรีน้ำหนัก 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 30.07 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุนหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 112/78 มิลลิเมตรปรอท ปฏิเสธโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง ลักษณะผิวสองสี ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด ไม่บวม ศีรษะมีความสมมาตรมีขนาดปกติ ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจนดี เยื่อบุตาปกติ ไม่ซีด จมูกไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่อักเสบ เยื่อบุไม่บวม ริมฝีปากปกติไม่ซีด ไม่แตก ไม่มีแผล มีฟันปกติไม่ผุ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม ลำคอคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ทรวงอกรูปร่างปกติ เต้านมปกติ ไม่พบรอยบุ๋มรอยนูน คลำไม่พบก้อน หัวนมปกติไม่มีเลือดหรือหนองออกจากหัวนม การทรงตัวปกติ ไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 84 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

4) การประเมินด้านจิตสังคม

สตรีมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ลักษณะเป็นมิตร การรับรู้และความเข้าใจดี แต่งกายสุภาพเหมาะสม เครื่องแต่งกายสะอาดร่างกายสะอาด ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเป็นอย่างดี

5) พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี

พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า สตรีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับน้อย ด้านการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการจัดการความเครียดปฏิบัติอยู่ในระดับมาก และ ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สตรีปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี

พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี	ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	การแปลผล ระดับคะแนน
พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมรายด้าน		
1) ด้านการรับประทานอาหาร	3.00	ระดับปานกลาง
2) ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	5.00	ระดับมากที่สุด
3) ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.00	ระดับปานกลาง
4) การจัดการความเครียด	4.00	ระดับมาก
5) การออกกำลังกาย	3.00	ระดับปานกลาง
6) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	1.00	ระดับน้อยที่สุด
พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวมของสตรี	3.02	ระดับปานกลาง

การประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

1) ข้อมูลภาวะสุขภาพของครอบครัว

มารดาของสตรี อายุ 50 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 22.22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปฏิเสธโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบประถมศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า วันที่เข้าสัมภาษณ์ วันที่ 12 เมษายน 2565 เวลา 10.30 น.

2) แบบแผนสุขภาพ

มารดารับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ปรุงเอง รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายเฉลี่ย 3-5 วัน/สัปดาห์ ด้วยวิธีการเดิน การนอนหลับพักผ่อนเฉลี่ย 8-10 ชั่วโมง (21.30 น.-05.00 น.) หลังตื่นนอนตอนเช้าสดชื่นดี เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจสามารถจัดการกับความเครียดวิตกกังวลได้ มารดามีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี หมดประจำเดือน อายุ 50 ปี เคยตั้งครรภ์และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 20 ปี คุมกำเนิดด้วยวิธีทำหมัน ปฏิเสธการใช้ฮอร์โมนเสริมใด ๆ ไม่พบบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งเต้านม มารดาปฏิเสธการตรวจพบความผิดปกติบริเวณเต้านม ในหนึ่งปีที่ผ่านมามารดาไม่เคยตรวจ

ด้านมด้วยตนเอง โดยให้เหตุผลว่าไม่รู้วิธีการตรวจ ไม่เคยเข้ารับการตรวจด้านมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและไม่เคยตรวจด้วยวิธีทางการแพทย์ใด ๆ

3) การตรวจร่างกาย

มารดา อายุ 50 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 22.22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 126/82 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะผิวสองสี ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด ศีรษะมีความสมมาตร ขนาดปกติ ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจนดี เยื่อบุตาปกติ ไม่ซีด จมูกไม่มีสิ่งคัดหลั่ง เยื่อบุไม่บวมหรือแดง ริมฝีปากปกติ ไม่ซีด ไม่แตก ไม่มีแผล ฟันไม่ผุ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม ลำคอคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur ด้านมไม่พบรอยบุ๋มรยูนูน คลำไม่พบก้อน หัวนมปกติไม่มีเลือดหรือหนองออกจากหัวนม หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขอดที่ขา

4) การประเมินด้านจิตสังคม

มารดาสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ลักษณะเป็นมิตร การรับรู้และความเข้าใจดี แต่งกายสุภาพเหมาะสม เครื่องแต่งกายสะอาดร่างกายสะอาด ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเป็นอย่างดี

5) ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อสตรี

พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อสตรีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด ด้านการออกกำลังกาย และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับน้อยที่สุด ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก และด้านการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือครอบครัวปฏิบัติมากที่สุด

ตารางที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อสตรี

พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อสตรี	ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	การแปลผล ระดับคะแนน
พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อสตรีรายด้าน		
1) ด้านการรับประทานอาหาร	2.75	ระดับปานกลาง
2) ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	5.00	ระดับมากที่สุด
3) ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	5.00	ระดับมากที่สุด
4) การจัดการความเครียด	4.00	ระดับมาก
5) การออกกำลังกาย	1.00	ระดับน้อยที่สุด
6) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	1.00	ระดับน้อยที่สุด
พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวม	3.12	ระดับปานกลาง

จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อสรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัว พบว่า สตรีและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ส่งผลให้การปฏิบัติไม่เหมาะสม ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากไม่รู้วิธีการตรวจ ตรวจไม่เป็น กลัวตรวจผิด ไม่มีเวลาตรวจ กลัวคลำพบก้อนมะเร็ง และขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ คิดว่ารอให้หมอหรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขเป็นผู้ตรวจให้ แต่ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาสตรีและครอบครัวไม่เคยเข้ารับการตรวจด้านนมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่เคยเข้ารับการตรวจด้วยวิธีทางการแพทย์ใด ๆ จึงทำให้สตรีและครอบครัวเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมารดาผู้มีบทบาทสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเองขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ส่งผลให้ไม่สามารถบอกกล่าว ตักเตือน หรือแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมให้กับสมาชิกในครอบครัวได้

2. ขั้นการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

1. สตรีและครอบครัวมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้ ขาดการเข้าถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และแหล่งข้อมูลความรู้
2. มารดาปฏิบัติหน้าที่และบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ผู้ศึกษาร่วมกับสตรีและครอบครัวออกแบบวางแผนการพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ฝึกการปฏิบัติเพื่อให้สตรีและครอบครัวสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมให้ครอบครัวแนะนำแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสมาชิกในครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่

3.1. วางแผนร่วมกับสตรีและครอบครัวในการสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

3.2. วางแผนการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.3 วางแผนการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นผู้แนะนำ บอกกล่าว หรือสนับสนุนให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม

4. ขั้นปฏิบัติตามแผนการพยาบาล

ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมให้สตรีและมารดามีความรู้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง รวมถึงการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในบทบาทด้านการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้เหมาะสมทุกด้าน

5. ขั้นประเมินผลการปฏิบัติ

โดยการวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และส่งเสริมให้สตรีและครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้เหมาะสมทุกด้าน

การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีและครอบครัว มีขั้นตอนดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. สตรีและครอบครัวมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และแหล่งข้อมูลความรู้

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

ข้อมูลสตรี

: สตรีชอบอาหารประเภท ทอด หรือปิ้งย่าง เช่น ข้าวเหนียวหมูปิ้ง ข้าวหมูกรอบ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูกระทะ

: สตรีดื่มเบียร์พร้อมมื้ออาหารเย็นเป็นบางครั้งเฉลี่ย 3-5 วัน/สัปดาห์

: สตรีมีการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วสลับช้า ประมาณ 10-20 นาทีต่อวัน เฉลี่ย 3-5 วัน/สัปดาห์ เพราะเชื่อว่าเป็นการลดน้ำหนัก

: สตรีบอกว่าเหตุผลที่ไม่ตรวจเต้านมเพราะไม่รู้วิธีการตรวจ, กลัวตรวจผิด, ไม่มีเวลาตรวจ, กลัวคลำพบก้อนมะเร็ง และขอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ตรวจให้

: สตรีตอบไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

: สตรีบอกว่าไม่เคยไปรับการตรวจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เคยเข้ารับการตรวจด้วยวิธีการแพทย์ใด ๆ ไม่เคยเข้ารับฟังคำแนะนำการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและไม่เคยค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

: สตรีบอกว่ามารดาไม่เคยแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีโดยเฉพาะด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่เคยบอกหรือแนะนำช่วงเวลาที่เหมาะสมเริ่มตรวจ ช่วงเวลาในการตรวจเต้านม และวิธีการตรวจที่ถูกต้อง

ข้อมูลครอบครัว/มารดา

: มารดาบอกว่าไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะไม่รู้วิธีการตรวจ

: มารดาตอบไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

: มารดาบอกว่าไม่เคยเข้ารับการตรวจเต้านมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและไม่เคยตรวจด้วยวิธีการแพทย์ใด ๆ ไม่เคยเข้ารับฟังคำแนะนำการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Objective data

ข้อมูลสตรี

: สตรีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.02$), ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.00$), ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.00$)

ข้อมูลครอบครัว/มารดา

: พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.12$), ด้านการออกกำลังกาย และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.00$) และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.75$)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อส่งเสริมให้สตรีและมารดามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และสามารถเข้าถึงคำแนะนำจากระบบบริการสาธารณสุขและแหล่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

เกณฑ์การประเมิน

1. สตรีและมารดามีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมและรายด้านรวมอยู่ในระดับมาก หรือมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 3.41 ขึ้นไป

2. สตรีและมารดาสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้การป้องกันมะเร็งเต้านมได้ถูกต้องและสามารถสาธิตวิธีการตรวจเต้านมถูกต้องครบถ้วน

3. สตรีและมารดาได้รับทราบช่องทางการเข้าถึงสื่อความรู้และความจำเป็นที่ต้องเข้าไปรับตรวจเต้านมและรับฟังคำแนะนำการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านประจำทุกปี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยการซักถามความรู้ในการป้องกันมะเร็งเต้านมและประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. ให้ข้อมูลความรู้สร้างความเข้าใจปฏิบัติเพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งเต้านม

2.1 ให้ข้อมูลความรู้สร้างความเข้าใจเรื่องการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม การเลือกชนิด ประเภท และรูปแบบของการรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารที่มีเส้นใย การรับประทานผัก ผลไม้ เต้าหู้ การรับประทานวิตามิน ลดการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตสูง ลดการรับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป

2.2 ให้ข้อมูลความรู้สร้างความเข้าใจการออกกำลังกายควบคุมน้ำหนักให้ปกติด้วยการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างสม่ำเสมอและอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น วิธีการเดิน วิ่ง แอโรบิก โยคะ ปั่นจักรยาน ระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันและอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงหนักลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

2.3 ให้ข้อมูลแนะนำหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือจำกัดการดื่มเบียร์ไม่เกินวันละ 12 ออนซ์ หรือไม่เกิน 1 กระป๋องต่อวัน

2.4 ให้ข้อมูลความรู้สร้างความเข้าใจการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อเป็นการค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะแรกด้วยตนเอง กระทำโดยการดูและคลำเต้านมตนเอง สตรีควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ หลังจากประจำเดือนหาย 3–7 วัน หากพบความผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา และสอนสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. แนะนำช่องทางการค้นหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ได้แก่ คู่มือข้อเสนอแนะการคัดกรองมะเร็งเต้านม สืบค้นข้อมูลความรู้ทางอินเทอร์เน็ตจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข และการเข้ารับการตรวจเต้านมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

การประเมินผล

1. จากการสัมภาษณ์ติดตามหลังจากให้คำแนะนำ 4 สัปดาห์ ผ่านทางไลน์วิดีโอคอล พบว่า สตรีและมารดา มีความรู้เข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม สามารถอธิบายการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องครบถ้วน โดยสตรีมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมเหมาะสมทุกด้าน มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$) และรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน และมารดามีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมเหมาะสมทุกด้าน โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$) และรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน

2. สตรีและมารดาตอบการซักถามความรู้การป้องกันมะเร็งเต้านมได้ถูกต้อง สามารถสาธิตวิธีการตรวจเต้านมได้ถูกต้อง ครบถ้วนทุกขั้นตอน

3. สตรีและมารดาเข้าถึงสื่อความรู้ทางอินเทอร์เน็ตจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น วิดีโอสอนตรวจเต้านมจากเว็บไซต์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4. สตรีและมารดาเข้ารับการตรวจเต้านมและรับฟังคำแนะนำการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2. มารดาปฏิบัติหน้าที่และบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัว ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

: สตรีบอกว่ามารดาไม่เคยแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีโดยเฉพาะด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่เคยบอกหรือแนะนำช่วงเวลาที่ควรเริ่มตรวจ ช่วงเวลาในการตรวจเต้านม และวิธีการตรวจที่ถูกต้อง

: มารดาบอกว่ายังไม่เคยแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีโดยเฉพาะด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะมารดาไม่รู้วิธีการตรวจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้มารดาสามารถดูแล แนะนำ ส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีได้เหมาะสมตามหน้าที่และบทบาทของครอบครัว และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาปฏิบัติตามหน้าที่และบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีได้เหมาะสม สามารถบอกกล่าว ตักเตือน กระตุ้น หรือแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมได้

2. ประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัวคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากกว่า 3.41 ขึ้นไป โดยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมและรายด้านรวมอยู่ในระดับมาก หรือมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 3.41 ขึ้นไป

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้มารดาเกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรี
2. เปิดโอกาสให้ครอบครัวเล่าเรื่องปัญหา ความต้องการ ความสำคัญของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ร่วมกันกำหนดข้อตกลงในการปฏิบัติและส่งเสริมให้มารดาอธิบายวิธีการหรือการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมตามที่มีความรู้หรือประสบการณ์มาก่อน
3. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตามพันธกิจของครอบครัวแก่มารดา เพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม โดยส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจและจัดหาสิ่งที่เอื้อต่อสุขภาพครอบครัว ได้แก่ส่งเสริมมารดาในการเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของครอบครัว ส่งเสริมมารดาให้เป็นตัวแบบที่ดีโดยปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสม่ำเสมอและบอกกล่าว กระตุ้นเตือนสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมให้มารดามีการสื่อสารแนะนำความรู้ประสบการณ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่นำเชื่อถือในครอบครัว

การประเมินผล

จากการสัมภาษณ์พบว่า สตรีได้รับคำแนะนำการสื่อสารความรู้ป้องกันโรคมะเร็งเต้านมจากมารดา สามารถอธิบายการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องครบถ้วน มารดาและสตรีชักชวนกันเข้ารับการตรวจเต้านมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัวคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.00$) และรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน

สรุปกรณีศึกษา

สตรีและครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งเต้านมไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้ ขาดการเข้าถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และแหล่งข้อมูลความรู้ และมารดาปฏิบัติหน้าที่และบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลครอบครัว ส่งเสริมให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมตามแผนการพยาบาล และสนับสนุนให้มารดาช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งเต้านม และติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า สตรีและมารดามีความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระดับมาก อธิบายการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องครบถ้วน และมารดาได้กระตุ้นเตือนให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและชักชวนกันเข้ารับการตรวจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. การส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมกับสตรีและครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องครบถ้วนตามขั้นตอน พยาบาลครอบครัวควรนำการกระบวนกรพยาบาลครอบครัวมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

2. พยาบาลครอบครัวควรประเมินปัจจัยหรืออุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีและครอบครัวอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข การไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการเข้าถึงแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยควรให้การพยาบาลตามปัญหาที่แท้จริงของแต่ละครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- ดารุณี จงอุดมการณ์. (2558). *แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560ก). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560 hospital-based cancer registry 2017*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560ข). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- American Cancer Society. (2021a). *Can i lower my risk of breast cancer*. Retrieved February 21, 2020, from <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/can-i-lower-my-risk.html>
- American Cancer Society. (2021b). *Breast cancer risk and prevention*. Retrieved September 27, 2022, from https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/tamoxifen-and-raloxifene-for-breast-cancer-prevention.html#written_by
- International Cancer Control Partnership (ICCP). (2017). *Knowledge summaries of comprehensive breast cancer control: prevention - breast cancer risk factors and prevention*. Retrieved November 7, 2022, from <https://www.iccp-portal.org/resources/knowledge-summaries-comprehensive-breast-cancer-control-prevention-breast-cancer-risk>

- National Cancer Institute. (2017). *Harms of cigarette smoking and health benefits of quitting was originally published by the National Cancer Institute*. Retrieved October 20, 2022, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>
- National Cancer Institute. (2022a). *Breast cancer prevention*. Retrieved September 27, 2022, from <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-prevention-pdq>
- National Cancer Institute. (2022b). *Psychological stress and cancer*. Retrieved September 20, 2021, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/stress-fact-sheet>
- National Health Service. (2019). *Prevention breast cancer in women*. Retrieved September 27, 2022, from <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer/prevention/>
- World Health Organization. (2021a). *Breast cancer: prevention and control cancer: prevention and control*. Retrieved September 27, 2021, from <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
- World Health Organization. (2021b). *Breast cancer: behavioural choices and related interventions that reduce the risk of breast cancer include*. Retrieved September 27, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- World Health Organization. (2021c). *Cancer prevention*. Retrieved September 27, 2021, from https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_2

- Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., & Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry*, 28(7), 404-411.
- Rice, F., Eyre, O., Riglin, L., & Potter, R. (2017). Adolescent depression and the treatment gap. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 86-87.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston, MA: McGraw-Hill College.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103.
- World Health Organization. (2019). *Improving health literacy*. Retrieved from <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>

บทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วิยะดา รัตนสุวรรณ, กศ.ด.^{*1}วรัทยา กุลนิธิชัย, พย.ม.²วิมลทิพย์ พวงเข้ม, พร.ด.¹

บทคัดย่อ

ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้นำชุมชนแสดงบทบาทการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่องจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนได้ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกลไกในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืนโดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษางานวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ พบว่า กลไกสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนคือบทบาทผู้นำชุมชน ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ Five I's Model ได้แก่ 1) การมีภาวะผู้นำอย่างมีอุดมการณ์ (idealized leadership) 2) การแสวงหาและชักชวนแกนนำชุมชนเข้ามาร่วมดำเนินงาน (inclusion community vocal) 3) การเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงบันดาลใจผู้นำกลุ่มต่าง ๆ (inspiration & motivation) 4) การรวมพลังทีมผู้นำ (influence collective leader) และ 5) การเพิ่มศักยภาพการทำงานและความยั่งยืน (increase potential and sustainable) ดังนั้นควรมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนในการแสดงบทบาทของการเป็นผู้นำชุมชนด้านผู้สูงอายุทั้ง 5 ด้านอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นไปอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ บทบาทผู้นำชุมชน, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมทางสังคม

วันที่รับ: 4 เมษายน 2566 วันที่แก้ไข: 27 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2566

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

^{*} ผู้ติดต่อหลัก อีเมล : wiyada.ra@up.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

³ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

The role of community leader and sustainable driving the quality of life among the elderly

Wiyada Ratanasuwan, Ed.D^{*1}

Waratya Kulnitichai, M.N.S²

Wimonthip Phuangkhem, Ph.D¹

Abstract

The community leaders are the key people for the development of the quality of life of the elderly. To promote and support them towards continuously and strongly driving the quality of life of the elderly would improve a sustainable quality of life among the elderly. This academic article aimed to find a mechanism to drive sustainable quality of life among the elderly in the community by analyzing data from research studies and relevant literature reviews. From the results of knowledge synthesis, the authors found that the important mechanisms that influenced social capital to drive the quality of life of the elderly in the community were the role of community leaders with five important sides, summarized the Five I's Model: 1) Having ideological leadership (idealized leadership) 2) Seeking and persuading community leaders to join the operation (inclusion community vocal) 3) Encouraging and inspiring leaders from various groups (inspiration and motivation) 4) Mobilizing leadership teams (influence collective leader) and 5) Increasing Performance and Sustainability (increase potential and sustainability). Therefore, it should continuously enhance and develop community leaders' potential in driving the quality of life of the elderly in the community because it is the main mechanism for driving the sustainable quality of life of the elderly in the community.

Keywords: The role of community leaders, Quality of life of the elderly, Social participation

Received: Apr 4, 2023 Revised: Apr 27, 2023 Accepted: Apr 29, 2023

¹ Lecturer, School of Nursing University of Phayao

^{*} Corresponding author, email: wiyada.ra@up.ac.th

² Assistant Professors, School of Nursing University of Phayao

บทนำ

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวและจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จังหวัดพะเยาก้าวสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 คิดเป็นร้อยละ 20.71 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2566) ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่อยู่ในช่วงวงจรสุดท้ายของชีวิตและมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม, 2552) และในช่วงเวลา 3 ปี ที่ผ่านมาจากการศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยาของ วิยะดา รัตนสุวรรณ และกฤติพิชญ์ จิตพิชญนันท์ (2564) พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุ 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่1 กลุ่มติดสังคม มีร้อยละ 95.64 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน มี ร้อยละ 3.11 และ กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง มีร้อยละ 1.25 ทั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพด้วย โรคเรื้อรังจากความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ และสังคม บางส่วนเกิดภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และจากการสำรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเสริม โดยผู้ดูแลและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะปรุงอาหารสำหรับรับประทานเองทั้งครอบครัวโดยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และเข้าใจว่าการลดความเค็มของอาหารต้องงดการใช้น้ำปลาและเกลือในการปรุงรสอาหารเท่านั้น แต่มีการปรุงรสด้วยกะปิและปลา ร้าอยู่เพื่อความสะดวกของอาหาร 2) การรับประทานยา ส่วนใหญ่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะยาลดความดันโลหิตสูงและยาลดไขมัน โดยผู้ดูแลจะช่วยเหลือในการรับประทานยา 3) การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความหมายของการออกกำลังกายคือการทำงานตามปกติ บางส่วนยังทำไม่ได้ และถือว่าการทำนาคือการออกกำลังกาย และ 4) ปัญหาด้านสุขภาพจิตจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในการศึกษา การพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนมีอาการเครียด รู้สึกเบื่อ ไม่สบายใจ ซึมเศร้าและท้อแท้ ร่วมกับมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง และนอนหลับไม่สนิท (วิยะดา รัตนสุวรรณ, วิไลพร ศรีวิชัย, และ วิญญู แก้วเทพ, 2564)

จากการเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ปัญหาที่พบตามมาก็คือการมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้และคุณภาพชีวิตลดลง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความจำเป็นที่จะได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสมจากผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักมักเป็นบุคคลในครอบครัว และจากการศึกษาการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยา (วิยะดา รัตนสุวรรณ และกฤติพิชญ์ จิตพิชญนันท์, 2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัวบางส่วนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้พิการหรือเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถไปทำงานหาเลี้ยงชีพได้ เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอด ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคม และคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลักในครอบครัว

จากปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุบางส่วนที่มีภาวะพึ่งพิงได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจาก คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังและความตระหนักของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2022) ปัจจุบันการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุถูกกำหนดให้เป็นนโยบายตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 พ.ศ.2566-2580 (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566) โดยมีนโยบายและมาตรการดำเนินงานรองรับสังคมสูงวัยเพื่อให้ผู้สูงอายุไทยเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) มีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจและสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต ร่วมกับการมุ่งเน้นกระบวนการในการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการกิจประจำวัน (healthy ageing) ที่ช่วยให้เกิดการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตกับสิ่งที่ได้เป็น และได้ทำในสิ่งที่ตนเห็นว่ามีคุณค่าตลอดช่วงชีวิต ร่วมกับการมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านและชุมชนเดิมของตนเอง (ageing in place) ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และการจัดสรรสวัสดิการสังคมด้านต่าง ๆ ไปสู่บ้านและชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรตลอดช่วงชีวิตที่ได้เตรียมไว้ในแต่ละช่วงวัย

ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนนั้น ปัจจัยสำคัญคือ ผู้นำซึ่งเป็นทั้งผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำสังคม ผู้นำกลุ่มอาชีพ ผู้นำด้านสุขภาพ และผู้นำด้านสิ่งแวดล้อม ที่ถือว่าเป็นผู้นำชุมชน จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยา (วียะดา รัตนสุวรรณ และกฤติพิชญ์ ฐิติพิชานันท์, 2564) พบว่า ผู้นำชุมชนประกอบด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุท่านหนึ่งได้แสดงภาวะผู้นำที่นำการเปลี่ยนแปลงจากการใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่มีอาสาเข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้น และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมกับแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ด้วยการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและพลุแซก (Cohen & Prusak, 2001) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมิน และร่วมรับประโยชน์ นอกจากนี้ ผลการศึกษาคณะชุมชน จ.พะเยา ยังพบว่า การขับเคลื่อนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน ผู้นำชุมชนยังได้แสดงบทบาทสำคัญในการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้นำด้านสังคม ผู้นำกลุ่มอาชีพ ผู้นำด้านสุขภาพ และผู้นำด้านสิ่งแวดล้อม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรวมพลังทีมนี้ นอกจากนี้ผู้นำชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการได้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและพัฒนาแหล่งเรียนรู้เพื่อหนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์ฮอมฮัก ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน และศูนย์เรียนรู้การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร ทำให้แต่ละศูนย์สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับบทบาทการประสานความร่วมมือกับเครือข่าย องค์กรชุมชน และชุมชนในการร่วมดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อรองรับสังคมสูงวัยทำให้ระบบความสัมพันธ์ในชุมชนพัฒนาไปในทางบวกและทำให้เกิดพลังผลักดันการดำเนินงานขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนประสบผลสำเร็จได้ ดังนั้นจึงถือได้ว่าผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพ

และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนทุกด้าน จะสามารถทำให้คนในชุมชนเชื่อมั่นในตัวผู้นำและทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาไปพร้อมกัน จุดแข็งของการให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา คือสามารถแก้ปัญหาของคนในชุมชนได้ตรงจุดและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ทั้งนี้บทบาทผู้นำชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันงานรองรับสังคมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นพลดีพลี มีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจและสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต ซึ่งจะเป็นไปได้ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสที่จะช่วยให้ได้ทำในสิ่งที่ตนเห็นว่ามีคุณค่าตลอดช่วงชีวิตบทความวิชาการนี้ผู้เขียนได้สังเคราะห์และนำเสนอบทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน จากการสังเคราะห์งานวิจัยในพื้นที่และการทบทวนวรรณกรรม โดยสรุปลักษณะของบทบาทผู้นำชุมชน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมีภาวะผู้นำอย่างมีอุดมการณ์ 2) การชักชวนแกนนำชุมชนเข้ามาร่วมดำเนินงานเป็นทีม 3) การเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงบันดาลใจผู้นำกลุ่มต่าง ๆ 4) การรวมพลังทีมนำ และ 5) การเพิ่มศักยภาพการทำงานและความยั่งยืน เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันและขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

บทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

บทบาทสำคัญของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นของคนในชุมชน และสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาพร้อมแก้ปัญหาของคนในชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับสภาพการณ์จริง บทบาทที่สำคัญประกอบด้วย 1) การมีภาวะผู้นำอย่างมีอุดมการณ์ 2) การชักชวนแกนนำชุมชนเข้ามาร่วมดำเนินงานเป็นทีม 3) การเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงบันดาลใจผู้นำกลุ่มต่าง ๆ 4) การรวมพลังทีมนำและ 5) การเพิ่มศักยภาพการทำงานและความยั่งยืน ดังรายละเอียด

1. การแสดงออกถึงการมีภาวะผู้นำและจิตอาสา (idealized leadership)

การแสดงออกถึงการมีภาวะผู้นำและจิตอาสา หมายถึง การที่ผู้นำมีพฤติกรรมแสดงออกเป็นแบบอย่างของการมีจิตบริการ เสียสละ ในการอาสาเข้ามาทำงานให้เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และได้แสดงถึงความมุ่งมั่นในการนำการเปลี่ยนแปลง (James,M.B.,2010) โดยมีความสามารถในการสื่อสารข้อมูลให้ผู้อื่นได้ทราบว่า มีปรากฏการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเกิดขึ้นในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักและเห็นถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะส่งผลให้เกิดความศรัทธาและความเชื่อมั่นของบุคคลอื่น ในการเข้ามาร่วมดำเนินการ โดยผู้นำได้ใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของตนเองมาเป็นฐานในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตัวอย่างของผู้นำชุมชนที่แสดงออกถึงภาวะผู้นำและจิตอาสาเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนของตำบลคงสุวรรณ (วิยะดา รัตนสุวรรณ และ กฤติพิชญ์ จิตพิชานนท์, 2564) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนจากการริเริ่มก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายเพื่อมาพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตรวมทั้งการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวที่ผู้สูงอายุแต่ละคนได้นำมาขอคำปรึกษาในโรงเรียน ทำให้มีการสร้างสัมพันธภาพสำหรับเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกัน เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สร้างความสุขจากการพูดคุย และการรับฟังซึ่งกันและกันทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายในจิตใจของเพื่อนจากการรับฟังอย่างตั้งใจ โดยในชุมชนนี้มีครูที่เกษียณราชการและเป็นจิตอาสา

ได้แสดงถึงการมีภาวะผู้นำและจิตอาสาในการเปลี่ยนแปลงจากผู้นำชุมชนที่มีความรู้ ความสามารถ และมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาสาเข้ามาเป็นผู้นำในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้นำทางสังคมถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งในการดำเนินการทุกกิจกรรมทางสาธารณะควรกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนมีจิตสำนึกในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบในชุมชนของตนเอง (สุปราณี จันทรสง, บุญทัน ดอกไธสง, สอาด บรรเจิดฤทธิ์ และบุญเรือง ศรีเหรียญ, 2558)

2. การแสวงหาและชักชวนแกนนำกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมเพื่อถ่ายทอดความรู้ (inclusion community vocal)

การแสวงหาและชักชวนแกนนำกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมเพื่อถ่ายทอดความรู้ หมายถึง การแสวงหาแกนนำกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินงาน ซึ่งผู้นำควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในแต่ละด้าน รวมทั้งยังเป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการเป็นผู้นำทางความคิด ด้วยการกระตุ้นให้ผู้อื่นคำนึงถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และคิดหาแนวทางใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการมุ่งใจให้สมาชิกกลุ่มได้มีการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ช่วยสร้างความยั่งยืนในอาชีพของตนเองด้วยความสมัครใจ ทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ตัวอย่างการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่เริ่มต้นจากแกนนำชุมชนและแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ที่มีการดำเนินงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย แกนนำด้านสุขภาพ แกนนำด้านสังคม แกนนำด้านเศรษฐกิจ และแกนนำด้านสิ่งแวดล้อม ที่อาสาเข้ามาช่วยริเริ่มก่อตั้ง ซึ่งจากการศึกษาของ อัมมารภรณ์ ภูระย้า และชนิษฐา นันทบุตร (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้เกิดศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การหนุนเสริมปฏิบัติการของกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ แกนนำอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มช่วยเหลือด้านบรรเทาสาธารณภัย กลุ่มช่วยเหลือด้านอาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือด้านกองทุนสวัสดิการ ผู้นำชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานให้แกนนำกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินงานในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลไกในการส่งเสริมการทำงานในมิติต่าง ๆ ให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาของ วียะดา รัตนสุวรรณ และ กฤติพิชญ์ ฐิติพิชญานันท์ (2564) เกี่ยวกับการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยา ได้ให้ความสำคัญกับผู้นำที่มีบทบาทในการชักชวนแกนนำกลุ่มเพื่อให้มาถ่ายทอดองค์ความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุผ่านการทำกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน ดังตัวอย่างของแกนนำของกลุ่มอาชีพผลิตถัณฑ์ไม้กวาดลายดอกแก้ว ของตำบล ดงสุวรรณ มีจุดเริ่มต้นมาจากผู้สูงอายุผู้หญิงท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำไม้กวาดตามวิถีของบรรพบุรุษที่ดำเนินมาแต่เดิม แต่เนื่องจากมีความสนใจในการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำมาพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์เดิมให้มีมูลค่ามากขึ้น เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว เมื่อมีรายได้เพิ่มมากขึ้นจากเดิมจึงเริ่มนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการทำไม้กวาดเพื่อเพิ่มรายได้ในครัวเรือนมาถ่ายทอดให้กับบุคคลอื่นพร้อมกับชักชวนให้มารวมตัวกันเป็นกลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริมให้มีการขยายตลาดผลิตภัณฑ์ไปยังจังหวัดที่มีความต้องการต่อไป และตัวอย่าง ผู้สูงอายุชายอีก 1 ท่านที่เป็นหนึ่งในแกนนำกลุ่มเกษตรกรและผู้สูงอายุในการจัดทำปุ๋ยหมัก แต่เดิมเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้าน มีอาชีพทำนาซึ่งเป็นวิถีชีวิตและเป็นมรดกตกทอดมาตั้งแต่บรรพบุรุษ แต่ต่อมาได้สังเกตเห็นปัญหาของเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงโดยเฉพาะมะเร็ง และในระหว่างนั้นได้สนใจศึกษา

หาความรู้จากสื่อต่าง ๆ ของทางราชการที่ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของสารเคมีที่ใช้กับอาชีพเกษตรกรรม จึงได้แสวงหาความรู้ในการทำปุ๋ยหมักชีวภาพ เพื่อนำมาใช้ทดแทนสารเคมีที่เคยใช้ในการปลูกข้าวและปลูกผักซึ่งทำให้เกิดความปลอดภัยกับสุขภาพ และเมื่อทดลองทำแล้วได้ผลดีจึงนำมาถ่ายทอดวิธีการดังกล่าวกับเพื่อนบ้าน โดยเปิดพื้นที่ทำการเกษตรปลอดสารเคมีให้เพื่อนบ้านได้มีโอกาสมาเรียนรู้ พร้อมชักชวนให้มารวมกลุ่มปลูกข้าวและปลูกผักปลอดสารพิษ และจากนั้นก็เริ่มมีการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดตั้งศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร ทำให้สินค้าเกษตรที่จำหน่ายได้รับการยอมรับในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน และตัวอย่างที่น่าเสนอมาแสดงให้เห็นว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้คิดริเริ่ม การสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเกิดความสนใจและตัดสินใจเข้าร่วมการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มของตนเองในพื้นที่ เป็นการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง ผู้นำทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการ ทุกกิจกรรมทางสาธารณะและกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนมีจิตสำนึกในการพึ่งพาตนเองร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบในชุมชนของตนเอง (สุปราณี จันทรส่งและคณะ, 2558)

3. การเสริมสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ (inspiration & motivation)

การเสริมสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ หมายถึง ผู้นำสามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้นำกลุ่มต่าง ๆ เกิดแรงบันดาลใจที่เป็นพลังขับเคลื่อนในตัวบุคคล เพื่อการพัฒนางานให้เกิดความสำเร็จได้ (Herzberg, Mausne, & Snyderman, 1959) โดยใช้กระบวนการกระตุ้น แกนนำให้เห็นคุณค่าของงานที่แต่ละกลุ่มได้ทำและเกิดประโยชน์ต่อชุมชนในปัจจุบัน โดยการยกย่องให้เกียรติร่วมกับการท้าทายความสามารถเกี่ยวกับการพัฒนางานให้เกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยการสร้างความคิดในแง่บวกหรือเจตคติที่ดี ด้วยการทำให้ผู้ตามได้สัมผัสกับภาพในอนาคตที่สามารถทำให้สำเร็จได้ นอกจากนี้ นฤกร ไชยสุขทักษิณ, ทวีศักดิ์ พุฒสุขชี, และ วันชัย ธรรมสังการ (2561) ได้ศึกษาผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน สรุปได้ว่า ผู้นำควรมีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน การสร้างแรงจูงใจ และแรงบันดาลใจ เพื่อให้สมาชิกในชุมชนร่วมมือกันในการปฏิบัติงานเพื่อสู่เป้าหมายคือสุขภาวะชุมชน

จากการศึกษาของ นธกรณ กันทหายอด (2557) เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยม อำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย มีการศึกษากรณีศึกษาตัวอย่างของผู้นำในชุมชนที่มีบทบาทในการเสริมสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่ ที่โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลห้วยม อำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ที่ผู้นำคือ พระภิกษุ เป็นผู้จุดประกายในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุสืบเนื่องจากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มีการทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตายซึ่งคนในชุมชนมีความศรัทธา ทั้งนี้ผู้นำทางศาสนาได้กระตุ้น เสริมพลังของชุมชนให้มีการรวมตัวกันระหว่างแกนนำชุมชน วัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดโอกาส ขาดการดูแลเอาใจใส่ได้กลับมาใช้ชีวิตที่มีความสุขและมีองค์ความรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ ที่ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน จากบทบาทของผู้นำที่ได้เสริมพลัง (energize) ครั้งนี้ ทำให้ชุมชนได้ร่วมมือกันในการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากแกนนำชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น กรณีศึกษานี้เป็นตัวอย่างของผู้นำชุมชนที่มีบทบาทสำคัญ

ในการเสริมพลัง และสนับสนุนให้กลุ่มแกนนำได้ ค้นหาศักยภาพของตนเอง และประเมินความสามารถของตนเอง ช่วยให้กลุ่มแกนนำมีความมุ่งมั่น เชื่อมั่นและมีแรงบันดาลใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสภาพปัญหาในสถานการณ์จริงในชุมชนให้สำเร็จได้ ทั้งนี้ผู้นำมีส่วนเสริมสร้างให้ชุมชนเข้มแข็งได้ หากมีปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายของสมาชิกให้เกิดขึ้นภายในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการสร้างการเรียนรู้ มีการศึกษาดูงานชุมชนที่เป็นต้นแบบ และมีการพัฒนาแบบพึ่งพาตนเองอย่างเข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาทุนทางสังคมที่สร้างชุมชนเข้มแข็ง (สุปราณี จันทรสง และคณะ, 2558)

4. การส่งเสริมคุณภาพของพลังที่ผู้นำและความผูกพันในการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม (influence collective leader)

การส่งเสริมคุณภาพของพลังที่ผู้นำและความผูกพันในการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม หมายถึง การกระตุ้นการสร้างภาวะผู้นำพลังร่วม ซึ่งเป็นภาวะการทำงานของกลุ่มคนซึ่งสามารถผลักดันนำ ผลัดกันตามในแต่ละสถานการณ์และบริบท เป็นการเสริมสร้างคุณภาพของพลังที่ผู้นำและความผูกพันในการปฏิบัติงานร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่น ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ช่วยขจัดข้อขัดแย้ง จากการศึกษาภาวะผู้นำพลังร่วมที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของครูในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 ของบัณฑิต ลักษณะภาวะรณ และ กนกอร สมปราชญ์ (2562) พบว่า ภาวะผู้นำพลังร่วมของผู้บริหารสถานศึกษาส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของครู โดยมีผลต่อการสร้างความพึงพอใจในงาน คุณภาพของผู้เรียน และความผูกพันต่อการจัดการ จากการศึกษาของ วิยะดา รัตนสุวรรณ และ กฤติพิชญ์ จิตพิชานนท์, 2564) แสดงให้เห็นว่าผู้นำมีบทบาทสำคัญในการสร้างพลังความร่วมมือในการทำงานเชิงบวก ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา เพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งส่วนของพยาธิสภาพของโรคและการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ทำให้มีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะของโรคเรื้อรัง และบางส่วนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีภาวะพึ่งพิง การร่วมมือการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน โดยเป็นศูนย์เรียนรู้ของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนร่วมมือกันด้วยการมีผู้นำชุมชนและแกนนำกลุ่มต่าง ๆ กระตุ้นให้คนในครอบครัว ในชุมชนได้กลับมาให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุในครอบครัวหรือชุมชนให้มากยิ่งขึ้นเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และการเห็นความสำคัญของการได้เข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือทำกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและชุมชนร่วมด้วย

ยกตัวอย่างกรณีผู้สูงอายุที่รวมกลุ่มผลิตถัณฑ์ไม้กวาดลายดอกแก้ว ที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มผู้นำในชุมชนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้นำเศษวัสดุมาทำเป็นหมวกผ้า สามารถทำรายได้ในครัวเรือนได้ และกรณีศึกษากลุ่มเกษตรกรและผู้สูงอายุแกนนำชุมชนซึ่งเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้านที่ได้รวมกลุ่มกันทำการเกษตรปลอดสาร โดยร่วมกันปลูกพืชปลอดสารเคมี ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดีและสามารถลดรายจ่ายของผู้สูงอายุในครัวเรือนได้ รวมถึงสามารถเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัวผู้สูงอายุร่วมด้วย จากการนำไปจำหน่ายตลาดนัดสีเขียวที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ผลพลอยได้คือการช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมจากสารเคมี เช่น ยาฆ่าหญ้า และมีการ

ดำเนินการจัดการขยะ และปรับสภาพแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้านจนเกิดเป็น “หมู่บ้านประดับดาว” ขึ้นหลายแห่ง ทำให้ชุมชนเกิดการรวมกลุ่มกันอย่างเข้มแข็ง ซึ่งการเสริมสร้างพลังของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีศักยภาพสามารถสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ และทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Punnaraj, Nuntaboot, Leelakraiwan, & Prompakping, 2010)

5. การเพิ่มศักยภาพการทำงานของแกนนำและความยั่งยืน (increase potential and sustainable)

การเพิ่มศักยภาพการทำงานของแกนนำและความยั่งยืน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนได้สร้างการมีส่วนร่วมกับกลุ่มแกนนำในการประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนาความรู้และทักษะรวมทั้งกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงาน ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยสร้างความเชื่อมั่นและทัศนคติที่ดีให้กับกลุ่มแกนนำในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง เนื่องจากได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมประเมินประเด็นที่เป็นปัญหาของกลุ่ม การวางแผนพัฒนา การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล (Cohen & Prusak, 2001) ทำให้ผู้นำสามารถเพิ่มศักยภาพการทำงานของกลุ่มแกนนำได้ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของแต่ละกลุ่ม และช่วยเพิ่มศักยภาพของแกนนำชุมชนให้มีโลกทัศน์ใหม่ต่อการพัฒนางาน และสามารถบริหารจัดการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ของแต่ละกลุ่มได้ด้วยตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อหนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กรณีตัวอย่างของการดำเนินงานในโรงเรียนผู้สูงอายุจากการศึกษาการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยา (วิยะดา รัตนสุวรรณ และ กฤติพิชญ์ ฐิติพิชญานันท์, 2564) ซึ่งผู้นำชุมชนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายองค์กรชุมชนและแกนนำชุมชนทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและเกิดเจตคติที่ดี โดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐานในการดำเนินงานตั้งแต่การให้ข้อมูลข่าวสาร การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความผูกพันและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันและทำให้เกิดจิตสำนึกสาธารณะในการทำงานให้ชุมชนโดยรวมมาก ซึ่งกรณีศึกษาของชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเองจนเกิดความยั่งยืน จากการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลได้ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในการจัดทำแผนงาน/โครงการ คือการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยการจัดอบรม อสม. จำนวน 32 คน เพื่อ พัฒนาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง ส่งผลให้ปัจจุบัน อสม. กลุ่มนี้ยังสามารถทำงานและดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร โดยการพัฒนา ศักยภาพของชุมชนและพัฒนาแหล่งเรียนรู้ ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์โฮมฮัก ศูนย์ผลิตภัณท์ชุมชน และศูนย์เรียนรู้การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร ทำให้แต่ละศูนย์สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากองค์การบริหารส่วนตำบลได้ขับเคลื่อนแนวทางดังกล่าวและการประสานภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ทำประชาคมเพื่อสร้างเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการร่วมกันดำเนินงาน สร้างการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ชุมชนเกิดความผูกพันและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และมีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ที่หนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน เพราะการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการบูรณาการความรู้และกิจกรรมใน

ชุมชน ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของแกนนำผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (จริญญา วงษ์พรหม, คีรีบุณ จงวุฒิเวศย์, นวลฉวี ประเสริฐสุข, และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2558)

บทสรุป

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ที่มีผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น จนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้ศึกษาวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า บทบาทผู้นำชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพลัดพลัง ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี มีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจและสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์บทบาทของผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน สามารถสรุปเป็นรูปแบบคือ Five I's model ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 การนำอย่างมีอุดมการณ์ (idealized leadership) โดยผู้นำที่มีความรู้ ความสามารถ และมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการใช้ภาวะนำการเปลี่ยนแปลง โดยทำตนเป็นแบบอย่างของการมีจิตบริการ เสียสละ ในการอาสาเข้ามาทำงานให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนส่งผลให้เกิดความศรัทธาและความเชื่อมั่นของคนในชุมชนในการเข้าร่วมดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชุมชน

ด้านที่ 2 ประสานหาแกนนำเพิ่ม (inclusion community vocal) โดยมีการแสวงหากลุ่มแกนนำในชุมชนเพื่อมาร่วมดำเนินการในงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจ (inspiration & motivation) โดยการสร้างเสริมบรรยากาศความท้าทาย และเรียนรู้สิ่งใหม่ของผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ศึกษาเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างชุมชนที่ประสบผลสำเร็จในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ด้านที่ 4 กระตุ้นพลังทีมนำเสริม (influence collective leader) โดยสร้างภาวะผู้นำพลังร่วม เสริมสร้างพลังความร่วมมือของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ในการทำงานเชิงบวก เพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ

ด้านที่ 5 เพิ่มศักยภาพการทำงานและสอดประสานสู่ความยั่งยืน (increase potential and sustainable) เป็นการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและพัฒนาแหล่งเรียนรู้ให้สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเองโดยมีเป้าหมาย เพื่อหนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งประสานการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรชุมชน ภาคีเครือข่าย และแกนนำชุมชนในการผลักดันให้งานผู้สูงอายุขับเคลื่อนไปอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ทั้ง 5 ด้าน จะทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของผู้นำชุมชนให้เป็นแบบอย่างของการมีจิตอาสา เสียสละ การให้คุณค่ากับบุคคลอื่นและมีความมุ่งมั่นในการประพฤติปฏิบัติในการทำงานเพื่อส่วนรวม รวมทั้งการพัฒนาตนเองให้มีความรู้

ความสามารถและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างแรงจูงใจ การประสานงานกับภาคีเครือข่ายและองค์กรชุมชน รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 256 -2580)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จริญญา วงษ์พรหม, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, นวลฉวี ประเสริฐสุข และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 8(3), 41-54.
- นธกรณ กันทายอด.(2557). *การพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุตามแนวทางการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยม อำเภอบางน้ำจืด จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาชุมชน)*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- นฤกร ไชยสุขทักษิณ, ทวีศักดิ์ พุฒสุขชี และ วันชัย ธรรมสัจการ. (2561). ผู้นำต้นแบบเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 19(1), 99 -113.
- บัณฑิต ลักษณะการวรรณ และ กนกอร สมปราชญ์. (2562). ภาวะผู้นำพลังร่วมที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*,19(4), 1-13.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ และ กฤติพิชญ์ จิตพิชญานันท์. (2564). การพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษากรณีชุมชนจังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(3), 31-46.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ, วิไลพร ศรีวิชัย และ วิญญู แก้วเทพ. (2564). การพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(2), 111-124.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2552). ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากรศาสตร์*, 25(1), 45-62.
- สุปราณี จันทร์สง, บุญทัน ดอกไธสง, สอาด บรรเจิดฤทธิ์ และ บุญเรือง ศรีเหรียญ. (2558). การพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(3), 273-282.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2566). *HDC*. Retrieved March 20, 2023, from <http://www.pyomoph.go.th/index.php>
- อัมราภรณ์ ภูระยา และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2562). ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 22-31.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. Retrieved December 21, 2005, from http://www.academy.umd.edu/publications/presidential_leadership/sorenson_apsa.htm.

- Cohen, D. & Prusak, L. (2001). *How social capital makes organization work*. Boston Ma: Harvard Business School Press.
- Herzberg, F., Mausne, B., & Snyderman, B-C. (1959). *The motivation to work*. Retrieved February 4, 2014, from <https://id.erudit.org/iderudit/1022040ar>.
- James, M. B., (2010). *Leadership*. New York: Harper Perennial Modern Classics.
- Punnaraj. W., Nuntaboot, K., Leelakraiwan, C., & Prompakping, B. (2010). A community capacity enhancement model for care of the elderly. *Pacific Rim International Journal of nursing Research*, 14(4), 360-371.
- World Health Organization. (2022). Ageing and health. Retrieved October 1, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.